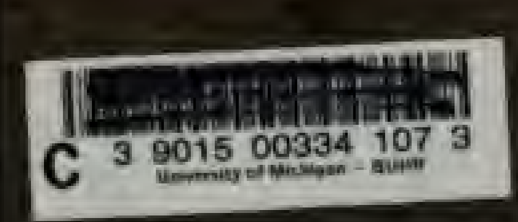

C 3 9015 00334 107 3
University of Michigan - BUHR




ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
MEDICAL LIBRARY



Wiener

Medizinische Presse.

ORGAN FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Redigiert

von

Priv.-Doz. Dr. ANTON BUM.

XLVI. JAHRGANG 1905.

WIEN 1905.
Verlag von Urban & Schwarzenberg, Maximilianstraße Nr. 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

Autoren-Verzeichnis.*)

*) Die Ziffern bedeuten die Seitenzahl.

Sach-Register.

I. Wissenschaftlicher Teil.

II. Feuilleton, Standesangelegenheiten, Tagesgeschichte etc.

III. Literarische Anzeigen.

IV. Verhandlungen ärztlicher Vereine und Kongresse.

Allgemeine Militärärztliche Zeitung.

Autorenverzeichnis.

Sachregister.

Verhandlungen militärärztlicher Vereine.

Literarische Anzeigen.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 1. Januar 1905. Nr. 1.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 5104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über Psychotherapie.

Von **Prof. Sigm. Freud,** Wien.*)

M. H.! Es sind ungefähr 8 Jahre her, seitdem ich über Aufforderung Ihres betrauerten Vorsitzenden Prof. v. REDER in Ihrem Kreise über das Thema der Hysterie sprechen durfte. Ich hatte kurz zuvor (1895) in Gemeinschaft mit Dr. JOSEF BREUER die „Studien über Hysterie“ veröffentlicht und den Versuch unternommen, auf Grund der neuen Erkenntnis, welche wir diesem Forscher verdanken, eine neuartige Behandlungsweise der Neurose einzuführen. Erfreulicherweise, darf ich sagen, haben die Bemühungen unserer „Studien“ Erfolg gehabt; die in ihnen vertretenen Ideen von der Wirkungsweise psychischer Traumen durch Zurückhaltung von Affekt und die Auffassung der hysterischen Symptome als Erfolge einer aus dem Seelischen ins Körperliche versetzten Erregung, Ideen, für welche wir die Termini „Abreagieren“ und „Konversion“ geschaffen hatten, sind heute allgemein bekannt und verstanden. Es gibt — wenigstens in deutschen Landen — keine Darstellung der Hysterie, die ihnen nicht bis zu einem gewissen Grade Rechnung tragen würde, und keinen Fachgenossen, der nicht zum mindesten ein Stück weit mit dieser Lehre ginge. Und doch mögen diese Sätze und diese Termini, solange sie noch frisch waren, befremdend genug geklungen haben!

Ich kann nicht dasselbe von dem therapeutischen Verfahren sagen, das gleichzeitig mit unserer Lehre den Fachgenossen vorgeschlagen wurde. Dasselbe kämpft noch heute um seine Anerkennung. Man mag spezielle Gründe dafür anrufen. Die Technik des Verfahrens war damals noch unausgebildet; ich vermochte es nicht, dem ärztlichen Leser des Buches jene Anweisungen zu geben, welche ihn befähigt hätten, eine derartige Behandlung vollständig durchzuführen. Aber gewiß wirken auch Gründe allgemeiner Natur mit. Vielen Ärzten erscheint noch heute die Psychotherapie als ein Produkt des modernen Mystizismus und im Vergleiche mit unseren physikalisch-chemischen Heilmitteln, deren Anwendung auf physiologische Einsichten gegründet ist, als geradezu unwissenschaftlich, des Interesses eines Naturforschers unwürdig. Gestatten Sie mir nun, vor Ihnen die Sache der Psychotherapie zu führen und hervorzuheben, was an dieser Verurteilung als Unrecht oder Irrtum bezeichnet werden kann

Lassen Sie sich also fürs Erste daran mahnen, daß die Psychotherapie kein modernes Heilverfahren ist. Im Gegenteile, sie ist die älteste Therapie, deren sich die Medizin bedient hat. In dem lehrreichen Werke von LÖWENFELD (Lehrbuch der gesamten Psychotherapie) können Sie nachlesen, welches die Methoden der primitiven und der antiken Medizin waren. Sie werden dieselben zum größten Teile der Psychotherapie zuordnen müssen; man versetzte die Kranken zum Zwecke der Heilung in den Zustand der „gläubigen Erwartung“, der uns heute noch das nämliche leistet. Auch nachdem die Ärzte andere Heilmittel aufgefunden haben, sind psychotherapeutische Bestrebungen der einen oder der anderen Art in der Medizin niemals untergegangen.

Fürs Zweite mache ich Sie darauf aufmerksam, daß wir Ärzte auf die Psychotherapie schon darum nicht verzichten können, weil eine andere beim Heilungsvorgang sehr in Betracht kommende Partei — nämlich die Kranken — nicht die

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 12. Dezember 1904.

Absicht hat, auf sie zu verzichten. Sie wissen, welche Aufklärungen wir hierüber der Schule von Nancy (Liébault, Bernheim) verdanken. Ein von der psychischen Disposition der Kranken abhängiger Faktor tritt, ohne daß wir es beabsichtigen, zur Wirkung eines jeden vom Arzte eingeleiteten Heilverfahrens hinzu, meist im begünstigenden, oft auch im hemmenden Sinne. Wir haben für diese Tatsache das Wort „Suggestion" anzuwenden gelernt, und Moebius hat uns belehrt, daß die Unverläßlichkeit, die wir an so manchen unserer Heilmethoden beklagen, gerade auf die störende Einwirkung dieses übermächtigen Momentes zurückzuführen ist. Wir Ärzte, Sie alle, treiben also beständig Psychotherapie, auch wo Sie es nicht wissen und nicht beabsichtigen; nur hat es einen Nachteil, daß Sie den psychischen Faktor in Ihrer Einwirkung auf den Kranken so ganz dem Kranken überlassen. Er wird auf diese Weise unkontrollierbar, undosierbar, der Steigerung unfähig. Ist es dann nicht ein berechtigtes Streben des Arztes, sich dieses Faktors zu bemächtigen, sich seiner mit Absicht zu bedienen, ihn zu lenken und zu verstärken? Nichts anderes als dies ist es, was die wissenschaftliche Psychotherapie Ihnen zumutet.

Zu dritt, meine Herren Kollegen, will ich Sie auf die altbekannte Erfahrung verweisen, daß gewisse Leiden und ganz besonders die Psychoneurosen, seelischen Einflüssen weit zugänglicher sind als jeder anderen Medikation. Es ist keine moderne Rede, sondern ein Ausspruch alter Ärzte, daß diese Krankheiten nicht das Medikament heilt, sondern der Arzt, d. h. wohl die Persönlichkeit des Arztes, insofern er psychischen Einfluß durch sie ausübt. Ich weiß wohl, meine Herren Kollegen, daß bei Ihnen jene Anschauung sehr beliebt ist, welcher der Ästhetiker Vischer in seiner Faustparodie (Faust, der Tragödie III. Teil) klassischen Ausdruck geliehen hat:

„Ich weiß, das Physikalische
Wirkt öfters aufs Moralische."

Aber sollte es nicht adäquater sein und häufiger zutreffen, daß man aufs Moralische eines Menschen mit moralischen, d. h. psychischen Mitteln einwirken kann?

Es gibt viele Arten und Wege der Psychotherapie. Alle sind gut, die zum Ziele der Heilung führen. Unsere gewöhnliche Tröstung: Es wird schon wieder gut werden, mit der wir den Kranken gegenüber so freigebig sind, entspricht einer der psychotherapeutischen Methoden; nur sind wir bei tieferer Einsicht in das Wesen der Neurosen nicht genötigt gewesen, uns auf die Tröstung einzuschränken. Wir haben die Technik der hypnotischen Suggestion, der Psychotherapie durch Ablenkung, durch Übung, durch Hervorrufung zweckdienlicher Affekte entwickelt. Ich verachte keine derselben und würde sie alle unter geeigneten Bedingungen ausüben. Wenn ich in Wirklichkeit mich auf ein einziges Heilverfahren beschränkt habe, auf die von Breuer „kathartisch" genannte Methode, die ich lieber die „analytische" heiße, so sind bloß subjektive Motive für mich maßgebend gewesen. Infolge meines Anteils an der Aufstellung dieser Therapie fühle ich die persönliche Verpflichtung, mich ihrer Erforschung und dem Ausbau ihrer Technik zu widmen. Ich darf behaupten, die analytische Methode der Psychotherapie ist diejenige, welche am eindringlichsten wirkt, am weitesten trägt, durch welche man die ausgiebigste Veränderung des Kranken erzielt. Wenn ich für einen Moment den therapeutischen Standpunkt verlasse, kann ich für sie geltend machen, daß sie die interessanteste ist, uns allein etwas über die Entstehung und den Zusammenhang der Krankheitserscheinungen lehrt. Infolge der Einsichten in den Mechanismus des seelischen Krankseins, die sie uns eröffnet, könnte sie allein imstande sein, über sich selbst hinaus zu führen und uns den Weg zu noch anderen Arten therapeutischer Beeinflussung zu weisen.

In bezug auf diese kathartische oder analytische Methode der Psychotherapie gestatten Sie mir nun, einige Irrtümer zu verbessern und einige Aufklärungen zu geben.

a) Ich merke, daß diese Methode sehr häufig mit der hypnotischen Suggestivbehandlung verwechselt wird, merke es daran, daß verhältnismäßig häufig auch Kollegen, deren Vertrauensmann ich sonst nicht bin, Kranke zu mir schicken, refraktäre Kranke natürlich, mit dem Auftrage, ich solle sie hypnotisieren. Nun habe ich seit etwa 8 Jahre keine Hypnose mehr zu Zwecken der Therapie ausgeübt (vereinzelte Versuche ausgenommen) und pflege solche Sendungen mit dem Rate, wer auf die Hypnose baut, möge sie selbst machen, zu retournieren. In Wahrheit besteht zwischen der suggestiven Technik und der analytischen der größtmögliche Gegensatz, jener Gegensatz, den der große Leonardo da Vinci für die Künste in die Formeln per via di porre und per via di levare gefaßt hat. Die Malerei, sagt Leonardo, arbeitet per via di porre; sie setzt nämlich Farbenhäufchen hin, wo sie früher nicht waren, auf die nicht farbige Leinwand; die Skulptur dagegen geht per via di levare vor, sie nimmt nämlich vom Stein soviel weg, als die Oberfläche der in ihm enthaltenen Statue noch bedeckt. Ganz ähnlich, meine Herren, sucht die Suggestivtechnik per via di porre zu wirken, sie kümmert sich nicht um Herkunft, Kraft und Bedeutung der Krankheitssymptome, sondern legt etwas auf, die Suggestion nämlich, wovon sie erwartet, daß es stark genug sein wird, die pathogene Idee an der Äußerung zu hindern. Die analytische Therapie dagegen will nicht auflegen, nichts Neues einführen, sondern wegnehmen, herausschaffen, und zu diesem Zwecke bekümmert sie sich um die Genese der krankhaften Symptome und den psychischen Zusammenhang der pathogenen Idee, deren Wegschaffung ihr Ziel ist. Auf diesem Wege der Forschung hat sie unserem Verständnis so bedeutende Förderung gebracht. Ich habe die Suggestionstechnik und mit ihr die Hypnose so frühzeitig aufgegeben, weil ich daran verzweifelte, die Suggestion so stark und so haltbar zu machen, wie es für die dauernde Heilung notwendig wäre. In allen schweren Fällen sah ich die darauf gelegte Suggestion wieder abbröckeln, und dann war das Kranksein oder ein dasselbe Ersetzendes wieder da. Außerdem mache ich dieser Technik den Vorwurf, daß sie uns die Einsicht in das psychische Kräftespiel verhüllt, z. B. uns den Widerstand nicht erkennen läßt, mit dem die Kranken an ihrer Krankheit festhalten, mit dem sie sich also auch gegen die Genesung sträuben, und der doch allein das Verständnis ihres Benehmens im Leben ermöglicht.

b) Es scheint mir der Irrtum unter den Kollegen weit verbreitet zu sein, daß die Technik der Forschung nach den Krankheitsanlässen und die Beseitigung der Erscheinungen durch diese Erforschung leicht und selbstverständlich sei. Ich schließe dies daraus, daß noch keiner von den vielen, die sich für meine Therapie interessieren und sichere Urteile über dieselbe von sich geben, mich noch je gefragt hat, wie ich es eigentlich mache. Das kann doch nur den einzigen Grund haben, daß sie meinen, es sei nichts zu fragen, es verstünde sich ganz von selbst. Auch höre ich mitunter mit Erstaunen, daß auf dieser oder jener Abteilung eines Spitals ein junger Arzt von seinem Chef den Auftrag erhalten hat, bei einer Hysterischen eine „Psychoanalyse" zu unternehmen. Ich bin überzeugt, man würde ihm nicht einen exstirpierten Tumor zur Untersuchung überlassen, ohne sich vorher versichert zu haben, daß er mit der histologischen Technik vertraut ist. Ebenso erreicht mich die Nachricht, dieser oder jener Kollege richte sich Sprechstunden mit einem Patienten ein, um eine psychische Kur mit ihm zu machen, während ich sicher bin, daß er die Technik einer solchen Kur nicht kennt. Er muß also erwarten, daß ihm der Kranke seine Geheimnisse entgegenbringen wird, oder sucht das Heil in irgend einer Art von Beichte oder Anvertrauen. Es würde mich nicht wundern, wenn der so behandelte Kranke dabei eher zu Schaden als zum Vorteil käme. Das seelische Instrument ist nämlich nicht gar leicht zu spielen. Ich muß bei solchen Anlässen an die Rede eines weltberühmten Neurotikers

denken, der freilich nie in der Behandlung eines Arztes gestanden, der nur in der Phantasie eines Dichters gelebt hat. Ich meine den Prinzen Hamlet von Dänemark. Der König hat die beiden Höflinge Rosenkranz und Güldenstern über ihn geschickt, um ihn auszuforschen, ihm das Geheimnis seiner Verstimmung zu entreißen. Er wehrt sie ab; da werden Flöten auf die Bühne gebracht. Hamlet nimmt eine Flöte und bittet den einen seiner Quäler, auf ihr zu spielen, es sei so leicht wie lügen. Der Höfling weigert sich, denn er kennt keinen Griff, und da er zu dem Versuch des Flötenspiels nicht zu bewegen ist, bricht Hamlet endlich los: „Nun seht ihr, welch ein nichtswürdiges Ding ihr aus mir macht? Ihr wollt auf mir spielen; ihr wollt in das Herz meines Geheimnisses dringen; ihr wollt mich von meiner tiefsten Note bis zum Gipfel meiner Stimme hinauf prüfen, und in diesem kleinen Instrument hier ist viel Musik, eine vortreffliche Stimme, dennoch könnt ihr es nicht zum Sprechen bringen. Wetter, denkt ihr, daß ich leichter zu spielen bin als eine Flöte? Nennt mich was für ein Instrument ihr wollt, ihr könnt mich zwar verstimmen, aber nicht auf mir spielen" (III. Akt, 2.).

c) Sie werden aus gewissen meiner Bemerkungen erraten haben, daß der analytischen Kur manche Eigenschaften anhaften, die sie von dem Ideal einer Therapie ferne halten. Tuto, cito, iucunde; das Forschen und Suchen deutet nicht eben auf Raschheit des Erfolges, und die Erwähnung des Widerstandes bereitet Sie auf die Erwartung von Unannehmlichkeiten vor. Gewiß, die psychoanalytische Behandlung stellt an den Kranken wie an den Arzt hohe Ansprüche; von ersterem verlangt sie das Opfer voller Aufrichtigkeit, gestaltet sich für ihn zeitraubend und daher auch kostspielig; für den Arzt ist sie gleichfalls zeitraubend und wegen der Technik, die er zu erlernen und auszuüben hat, ziemlich mühselig. Ich finde es auch selbst ganz berechtigt, daß man bequemere Heilmethoden in Anwendung bringt, solange man eben die Aussicht hat, mit diesen letzteren etwas zu erreichen. Auf diesen Punkt kommt es allein an; erzielt man mit dem mühevolleren und langwierigeren Verfahren erheblich mehr als mit dem kurzen und leichten, so ist das erstere trotz alledem gerechtfertigt. Denken Sie, meine Herren, um wieviel die Finsentherapie des Lupus unbequemer und kostspieliger ist als das früher gebräuchliche Ätzen und Schaben, und doch bedeutet es einen großen Fortschritt, bloß weil es mehr leistet; es heilt nämlich den Lupus radikal. Nun will ich den Vergleich nicht gerade durchsetzen; aber ein ähnliches Vorrecht darf doch die psychoanalytische Methode für sich in Anspruch nehmen. In Wirklichkeit habe ich meine therapeutische Methode nur an schweren und schwersten Fällen ausarbeiten und versuchen können; mein Material waren zuerst nur Kranke, die alles erfolglos versucht und durch Jahre in Anstalten geweilt hatten. Ich habe kaum Erfahrung genug gesammelt, um Ihnen sagen zu können, wie sich meine Therapie bei jenen leichteren, episodisch auftretenden Erkrankungen verhält, die wir unter den verschiedenartigsten Einflüssen und auch spontan abheilen sehen. Die psychoanalytische Therapie ist an dauernd existenzunfähigen Kranken und für solche geschaffen worden, und ihr Triumph ist es, daß sie eine befriedigende Anzahl von solchen dauernd existenzfähig macht. Gegen diesen Erfolg erscheint dann aller Aufwand geringfügig. Wir können uns nicht verhehlen, was wir vor den Kranken zu verleugnen pflegen, daß eine schwere Neurose in ihrer Bedeutung für das ihr unterworfene Individuum hinter keiner Kachexie, keinem der gefürchteten Allgemeinleiden, zurücksteht.

d) Die Indikationen und Gegenanzeigen dieser Behandlung sind infolge der vielen praktischen Beschränkungen, die meine Tätigkeit betroffen haben, kaum endgültig anzugeben. Indes will ich versuchen, einige Punkte mit Ihnen zu erörtern:

1. Man übersehe nicht über die Krankheit den sonstigen Wert einer Person und weise Kranke zurück, welche nicht einen gewissen Bildungsgrad und einen einigermaßen verläßlichen Charakter besitzen. Man darf nicht vergessen, daß es auch Gesunde gibt, die nichts taugen, und daß man nur allzu leicht geneigt ist, bei solchen minderwertigen Personen alles, was sie existenzunfähig macht, auf die Krankheit zu schieben, wenn sie irgend einen Anflug von Neurose zeigen. Ich stehe auf dem Standunkt, daß die Neurose ihren Träger keineswegs zum Dégénéré stempelt, daß sie sich aber häufig genug mit den Erscheinungen der Degeneration vergesellschaftet an demselben Individuum findet. Die analytische Psychotherapie ist nun kein Verfahren zur Behandlung der neuropathischen Degeneration, sie findet im Gegenteile an derselben ihre Schranke. Sie ist auch bei Personen nicht anwendbar, die sich nicht selbst durch ihre Leiden zur Therapie gedrängt fühlen, sondern sich einer solchen nur infolge des Machtgebotes ihrer Angehörigen unterziehen. Die Eigenschaft, auf die es für die Brauchbarkeit zur psychoanalytischen Behandlung ankommt, die Erziehbarkeit, werden wir noch von einem anderen Gesichtspunkte würdigen müssen.

2. Wenn man sicher gehen will, beschränke man seine Auswahl auf Personen, die einen Normalzustand haben, da man sich im psychoanalytischen Verfahren von diesem aus des Krankhaften bemächtigt. Psychosen, Zustände von Verworrenheit und tiefgreifender (ich möchte sagen: toxischer) Verstimmung sind also für die Psychoanalyse, wenigstens wie sie bis jetzt ausgeübt wird, ungeeignet. Ich halte es für durchaus nicht ausgeschlossen, daß man bei geeigneter Abänderung des Verfahrens sich über diese Gegenindikation hinaussetzen und so eine Psychotherapie der Psychosen in Angriff nehmen könne.

3. Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl zur psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe an oder über 50 Jahre einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche die Therapie rechnet — alte Leute sind nicht mehr erziehbar —, und als andrerseits das Material, welches durchzuarbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert. Die Altersgrenze nach unten ist nur individuell zu bestimmen; jugendliche Personen noch vor der Pubertät sind oft ausgezeichnet zu beeinflussen.

4. Man wird nicht zur Psychoanalyse greifen, wenn es sich um die rasche Beseitigung drohender Erscheinungen handelt, also z. B. bei einer hysterischen Anorexie.

Sie werden nun den Eindruck gewonnen haben, daß das Anwendungsgebiet der analytischen Psychotherapie ein sehr beschränktes ist, da Sie eigentlich nichts anderes als Gegenanzeigen von mir gehört haben. Nichsdestoweniger bleiben Fälle und Krankheitsformen genug übrig, an denen diese Therapie sich erproben kann, alle chronischen Formen von Hysterie mit Resterscheinungen, das große Gebiet der Zwangszustände und Abulien u. dgl.

Erfreulich ist es, daß man gerade den wertvollsten und sonst höchst entwickelten Personen auf solche Weise am ehesten Hilfe bringen kann. Wo aber mit der analytischen Psychotherapie nur wenig auszurichten war, da darf man getrost behaupten, hätte irgend welche andere Behandlung sicherlich gar nichts zustande gebracht.

e) Sie werden mich gewiß fragen wollen, wie es bei Anwendung der Psychoanalyse mit der Möglichkeit, Schaden zu stiften, bestellt ist. Ich kann Ihnen darauf erwidern, wenn Sie nur billig urteilen wollen, diesem Verfahren dasselbe kritische Wohlwollen entgegenbringen, das Sie für unsere anderen therapeutischen Methoden bereit haben, so werden Sie meiner Meinung zustimmen müssen, daß bei einer mit Verständnis geleiteten analytischen Kur ein Schaden für den Kranken nicht zu befürchten ist. Anders wird vielleicht urteilen, wer als Laie gewohnt ist, alles, was sich in einem Krankheitsfalle begibt, der Behandlung zur Last zu legen. Es ist ja nicht lange her, daß unseren Wasserheilanstalten ein ähnliches Vorurteil entgegenstand. So mancher, dem man

riet, eine solche Anstalt aufzusuchen, wurde bedenklich, weil er einen Bekannten gehabt hatte, der als Nervöser in die Anstalt kam und dort verrückt wurde. Es handelte sich, wie Sie erraten, um Fälle von beginnender allgemeiner Paralyse, die man im Anfangsstadium noch in einer Wasserheilanstalt unterbringen konnte und die dort ihren unaufhaltsamen Verlauf bis zur manifesten Geistesstörung genommen hatten; für die Laien war das Wasser Schuld und Urheber dieser traurigen Veränderung. Wo es sich um neuartige Beeinflussungen handelt, halten sich auch Ärzte nicht immer von solchen Urteilsfehlern frei. Ich erinnere mich, einmal bei einer Frau den Versuch mit Psychotherapie gemacht zu haben, bei der ein gutes Stück ihrer Existenz in der Abwechslung von Manie und Melancholie verflossen war. Ich übernahm sie zu Ende einer Melancholie; es schien zwei Wochen lang gut zu gehen; in der dritten standen wir bereits zu Beginn der neuen Manie. Es war dies sicherlich eine spontane Veränderung des Krankheitsbildes, denn zwei Wochen sind keine Zeit, in welcher die analytische Psychotherapie irgend etwas zu leisten unternehmen kann, aber der hervorragende — jetzt schon verstorbene — Arzt, der mit mir die Kranke zu sehen bekam, konnte sich doch nicht der Bemerkung enthalten, daß an dieser „Verschlechterung" die Psychotherapie Schuld sein dürfte. Ich bin ganz überzeugt, daß er sich unter anderen Bedingungen kritischer erwiesen hätte.

f) Zum Schlusse, meine Herren Kollegen, muß ich mir sagen, es geht doch nicht an, Ihre Aufmerksamkeit so lange zugunsten der analytischen Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, ohne Ihnen zu sagen, worin diese Behandlung besteht und worauf sie sich gründet. Ich kann es zwar, da ich kurz sein muß, nur mit einer Andeutung tun. Diese Therapie ist also auf die Einsicht gegründet, daß unbewußte Vorstellungen — besser: die Unbewußtheit gewisser seelischer Vorgänge — die nächste Ursache der krankhaften Symptome ist. Eine solche Überzeugung vertreten wir gemeinsam mit der französischen Schule (Janet), die übrigens in arger Schematisierung das hysterische Symptom auf die unbewußte idée fixe zurückführt. Fürchten Sie nun nicht, daß wir dabei zu tief in die dunkelste Philosophie hineingeraten werden. Unser Unbewußtes ist nicht ganz dasselbe wie das der Philosophen, und überdies wollen die meisten Philosophen vom „unbewußten Psychischen" nichts wissen. Stellen Sie sich aber auf unseren Standpunkt, so werden Sie einsehen, daß die Übersetzung dieses Unbewußten im Seelenleben der Kranken in ein Bewußtes den Erfolg haben muß, deren Abweichung vom Normalen zu korrigieren und den Zwang aufzuheben, unter dem ihr Seelenleben steht. Denn der bewußte Wille reicht soweit als die bewußten psychischen Vorgänge, und jeder psychische Zwang ist durch das Unbewußte begründet. Sie brauchen auch niemals zu fürchten, daß der Kranke unter der Erschütterung Schaden nehme, welche der Eintritt des Unbewußten in sein Bewußtsein mit sich bringt, denn Sie können es sich theoretisch zurecht legen, daß die somatische und affektive Wirkung der bewußt gewordenen Regung niemals so groß werden kann wie die der unbewußten. Wir beherrschen alle unsere Regungen doch nur dadurch, daß wir unsere höchsten, mit Bewußtsein verbundenen Seelenleistungen auf sie wenden.

Sie können aber auch einen anderen Gesichtspunkt für das Verständnis der psychoanalytischen Behandlung wählen. Die Aufdeckung und Übersetzung des Unbewußten geht unter beständigem Widerstand von seiten der Kranken vor sich. Das Auftauchen dieses Unbewußten ist mit Unlust verbunden, und wegen dieser Unlust wird es von ihm immer wieder zurückgewiesen. In diesen Konflikt im Seelenleben des Kranken greifen Sie nun ein; gelingt es Ihnen, den Kranken dazu zu bringen, daß er aus Motiven besserer Einsicht etwas akzeptiert, was er zufolge der automatischen Unlustregulierung bisher zurückgewiesen (verdrängt) hat, so haben Sie ein Stück Erziehungsarbeit an ihm geleistet. Es ist ja schon Erziehung, wenn Sie einen Menschen, der nicht gern früh morgens das Bett verläßt, dazu bewegen, es doch zu tun. Als eine solche Nacherziehung zur Überwindung innerer Widerstände können Sie nun die psychoanalytische Behandlung ganz allgemein auffassen. In keinem Punkte aber ist solche Nacherziehung bei den Nervösen mehr vonnöten als betreffs des seelischen Elementes in ihrem Sexualleben. Nirgends haben ja Kultur und Erziehung so großen Schaden gestiftet wie gerade hier, und hier sind auch, wie Ihnen die Erfahrung zeigen wird, die beherrschbaren Ätiologien der Neurosen zu finden; das andere ätiologische Element, der konstitutionelle Beitrag, ist uns ja als etwas Unabänderliches gegeben. Hieraus erwächst aber eine wichtige an den Arzt zu stellende Anforderung. Er muß nicht nur selbst ein integrer Charakter sein — „das Moralische versteht sich ja von selbst", wie die Hauptperson in Th. Vischers „Auch Einer" zu sagen pflegt —; er muß auch für seine eigene Person die Mischung von Lüsternheit und Prüderie überwunden haben, mit welcher leider so viele Andere den sexuellen Problemen entgegenzutreten gewohnt sind.

Hier ist vielleicht der Platz für eine weitere Bemerkung. Ich weiß, daß meine Betonung der Rolle des Sexuellen für die Entstehung der Psychoneurosen in weiteren Kreisen bekannt geworden ist. Ich weiß aber auch, daß Einschränkungen und nähere Bestimmungen beim großen Publikum wenig nützen; die Menge hat für Wenig Raum in ihrem Gedächtnis und behält von einer Behauptung doch nur den rohen Kern, schafft sich ein leicht zu merkendes Extrem. Es mag auch manchen Ärzten so ergangen sein, daß ihnen als Inhalt meiner Lehre vorschwebt, ich führe die Neurosen in letzter Linie auf sexuelle Entbehrung zurück. An dieser fehlt es nicht unter den Lebensbedingungen unserer Gesellschaft. Wie nahe mag es nun bei solcher Voraussetzung liegen, den mühseligen Umweg über die psychische Kur zu vermeiden und direkt die Heilung anzustreben, indem man die sexuelle Betätigung als Heilmittel empfiehlt? Ich weiß nun nicht, was mich bewegen könnte, diese Folgerung zu unterdrücken, wenn sie berechtigt wäre. Die Sache liegt aber anders. Die sexuelle Bedürftigkeit und Entbehrung, das ist bloß der eine Faktor, der beim Mechanismus der Neurose ins Spiel tritt; bestünde er allein, so würde nicht Krankheit, sondern Ausschweifung die Folge sein. Der andere ebenso unerläßliche Faktor, an den man allzu bereitwillig vergißt, ist die Sexualabneigung der Neurotiker, ihre Unfähigkeit zum Lieben, jener psychische Zug, den ich „Verdrängung" genannt habe. Erst aus dem Konflikt zwischen beiden Strebungen geht die neurotische Erkrankung hervor, und darum kann der Rat der sexuellen Betätigung bei den Psychoneurosen eigentlich nur selten als guter Rat bezeichnet werden.

Lassen Sie mich mit dieser abwehrenden Bemerkung schließen. Wir wollen hoffen, daß Ihr von jedem feindseligen Vorurteil gereinigtes Interesse für die Psychotherapie uns darin unterstützen wird, auch in der Behandlung der schweren Fälle von Psychoneurosen Erfreuliches zu leisten.

Über lokale Heißluftbehandlung.

Von **Dr. J. Lamberger**, Wien.[1])

I.

Seit ca. 3—4 Jahren findet die lokale Heißluftbehandlung, speziell in Wien, vielfache Anwendung. Wenn ich mit Rücksicht auf den relativ kurzen Zeitraum von einer neuen therapeutischen Methode spreche, so möchte ich vorsichtigerweise das Schwergewicht auf die Betonung des Wörtchens „lokale" legen, nicht nur darum, weil die lokale Form der Applikation die Neuerung darstellt, sondern weil sie eines

[1]) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 14. November 1904.

der wichtigsten, ausschlaggebendsten Momente in physiologischer Beziehung wie auch in therapeutischer Bewertung involviert. Von der Heißluft an und für sich könnte und müßte man nur dasselbe sagen wie vom Licht, Luft, Wasser etc., welche Faktoren alle seit jeher auch von den wissenschaftlich gebildeten Ärzten verwendet wurden, mit dem mächtigen Aufschwunge der physikalischen Heilmethoden, speziell der Hydrotherapie, in ebenso vielseitiger als auch rationeller Weise in den Dienst der leidenden Menschheit gestellt wurden.

Auch die lokale Anwendung der Hitze ist keine absolute Neuerung, ich hatte mehrmals persönlich Gelegenheit, mich davon zu überzeugen, daß sie im Volke durchaus nicht fremd ist, ja in einzelnen Gegenden systematisch angewendet wird. Eine Frau, welche ich wegen eines schweren Rheumatismus der Armmuskulatur der Heißluftbehandlung in einem Armapparate unterzog, erzählte mir, daß sie etwas ganz Ähnliches schon gemacht habe. Auf den Rat von Nachbarn habe sie Holz in die Bratröhre geschoben, um den Arm darauf stützen und so denselben längere Zeit der Hitze, welche ihr so gut tat, aussetzen zu können. Ein anderer Patient, ein Kaufmann aus einem südböhmischen Dorfe, berichtete mir von einer interessanten Prozedur, welche die Bauern in seiner Heimat anwenden, wenn sie Gliederreißen etc. etc. haben. Es wird in den Boden ein Loch gegraben, $^1/_2$ *m* im Geviert, die Höhlung bis zur halben Höhe mit Ziegeln ausgekleidet. Da drinnen wird nun ein Feuer angemacht, die Glut mit Asche zugedeckt und der kranke Körperteil, Hand oder Fuß, durch Stunden der Hitze über dem improvisierten Backofen ausgesetzt. Interessant erscheint mir diese Prozedur deshalb, weil der in der Literatur zu allererst beschriebene Apparat für Heißluftbehandlung fast identisch ist mit diesem Backofen.

Der Franzose Clado hat auf dem französischen Chirurgenkongreß im Jahre 1891 einen Ofen aus heißen Ziegelsteinen beschrieben, in welchem er Knochen- und Gelenktuberkulose durch intensive lokale Wärmeapplikation zu heilen suchte.

Trotzdem nun die Anwendung heißer Luft, wie auch des Wassers, Schlammes etc. etc. seit altersher zu den beliebtesten therapeutischen Faktoren zählte, trotzdem auch die lokale Anwendung der Hitze, wenn auch in bescheidenstem Umfange und in primitivster Weise dem Volke nicht fremd war, erscheint die heute so verbreitete lokale Applikation heißer Luft für therapeutische Zwecke nicht aus dem reichen Schatze unserer Volksheilmittel, Hausmittel und im Volke verbreiteten physikalischen Methoden gewonnen.

Im Gegensatze zu den übrigen Zweigen der Hydro- und Thermotherapie, welche aus uralten, zum größten Teile von Laien und Naturärzten popularisierten Anwendungsformen von der wissenschaftlichen Medizin übernommen und auf Grund sorgfältiger physiologischer und physikalischer Untersuchungen zu einer exakten Disziplin ausgestaltet wurden, entspringt die Bereicherung unseres therapeutischen Schatzes durch die lokale Heißluftbehandlung nicht der Praxis, sondern ist aus der wissenschaftlichen Forschung hervorgegangen.

Zur Begründung dieser Behauptung, ebenso auch, um der „historischen Gerechtigkeit" zu genügen, will ich auf die ersten Anfänge der Heißluftbehandlung zurückgehen. In seinem Werke über „Hyperämie als Heilmittel" weist Bier in zweifelloser Weise nach, daß er der Begründer der lokalen Heißlufttherapie ist, daß er die ersten Heißluftapparate konstruiert hat. Wohl hat der Franzose Clado, wie bereits erwähnt, schon 1891 einen Ofen beschrieben, in welchem er durch lokale Wärmewirkung Tuberkelbazillen abtöten wollte, aber Prof. Bier aus Greifswald hatte im selben Jahre und ganz unbeeinflußt von den Publikationen des französischen Chirurgenkongresses seine ersten Heißluftapparate gebaut, durch 2 Jahre geprobt und seine Erfahrungen im Jahre 1893 in der Festschrift zu Ehren Esmarchs publiziert. Da nun die bekannten Tallermannschen Apparate erst im Jahre 1894 konstruiert wurden, erscheint die Priorität für die Bierschen Apparate gesichert, wie ja auch Bier durch seine exakten Forschungen auf dem Gebiete der Hyperämie dieser Therapie die wissenschaftliche Fundierung und rationelle Anwendung gesichert hat. Man schrieb Tallermann die Erfindung der Heißluftapparate zu, weil die von ihm erzielten therapeutischen Resultate durch Publikationen englischer Ärzte in den Jahren 1895 und 1896 die Aufmerksamkeit der weitesten Kreise erregten, und sprach von den zahlreichen anderen Systemen als von Modifikationen der Tallermannschen Apparate. Das ist zweifellos falsch, fast alle Apparate, welche in den letzten Jahren erprobt und empfohlen wurden, von Krause, Reitler, Roth etc. etc., lehnen sich ungleich mehr den Bierschen Apparaten an als den Tallermannschen, wie auch auf die theoretische Entwicklung der lokalen Heißluftbehandlung die Bierschen Forschungen über die Bedeutung der Hyperämie den maßgebendsten Einfluß geübt haben.

Aber ebenso zweifellos ist es, daß die von den Engländern veröffentlichten überaus günstigen therapeutischen Resultate speziell in Deutschland zur Nachprüfung derselben lebhaft aneiferten, und daß selbst Bier durch diese Veröffentlichungen bestimmt wurde, der von ihm seit dem Jahre 1891 geübten Erzeugung aktiver, arterieller Hyperämie mittelst der von ihm konstruierten Apparate wieder größere Aufmerksamkeit zu schenken; er wandte nämlich mit Vorliebe die durch künstliche Stauung hervorgerufene passive (venöse) Hyperämie an, mit der er speziell bei Gelenktuberkulose und gonorrhoischen Gelenkerkrankungen vorzügliche Erfolge aufwies.

Es würde zu weit abführen, die Gründe zu erörtern, warum Bier so wenig Gefolgschaft fand in seinen Bestrebungen, die von ihm so außerordentlich favorisierte Verwendung der Stauungshyperämie demselben Indikationsgebiete dienstbar zu machen, wie die durch lokale Hitzewirkung erzielte arterielle Hyperämie. Tatsächlich wurden die auf mehreren Seiten unternommenen Versuche mit der Bierschen Stauung fast allseits aufgegeben, trotzdem der so verdiente Forscher die Mißerfolge und hie und da zutage tretenden üblen Erfahrungen in sehr plausibler Weise mit mangelnder Technik der Versucher erklärte.

Vollauf berechtigt scheint es aber, wenn Bier die in Deutschland gebräuchlichen Apparate als mehr oder minder weitgehende Modifikationen seiner im Jahre 1891 konstruierten Apparate für lokale Heißluftbehandlung erklärt. Ja, ich gehe noch weiter, ich möchte die Bierschen Apparate samt den nach ihnen konstruierten von Krause, Roth, Reitler usw. als einen eigenen Typus entgegenstellen den Tallermannschen Apparaten, die in ihrer Eigenart meines Wissens gar keine Nachahmer fanden. Bevor ich aber auf die wesentlichen Unterschiede eingehe, die zu einer derartigen Differenzierung berechtigen, möchte ich mir erlauben, mit dem größten Nachdrucke eine Behauptung aufzustellen:

In bezug auf therapeutische Bewertung besteht kaum ein Unterschied unter all den verschiedenen Konstruktionen. Die ausgezeichneten Resultate, welche der Heißluftbehandlung unter den verschiedenen Thermalmethoden ihre Position verschafften — eine Position, welche weder durch den Pessimismus der „Gegner" noch den Überschwang der „Freunde" erschüttert werden konnte —, wurden ebenso erzielt durch die primitiven einfachen Holzkästchen als auch durch die technisch und hygienisch vervollkommneten neueren Modelle.

Es läßt sich nicht bestreiten, daß der Heißluftbehandlung eine Reihe von Mängeln und Übelständen anhaftet, es wird dies nicht allein von den Gegnern behauptet, sondern auch von allen objektiven Anhängern anerkannt; und wenn es trotz alledem den konkurrierenden Thermalmethoden nicht gelungen ist, jene zu verdrängen, so beweist dieser Umstand in prägnanter Weise, daß eben die Erfolge der lokalen Heißluftapplikation so groß sind, daß sie die unangenehmen Begleiterscheinungen in den Hintergrund treten lassen.

Eine mehrjährige praktische Erfahrung hat mir gezeigt, daß die so vielseitig konstatierten Übelstände keineswegs der lokalen Wärmeanwendung an und für sich anhaften, daß sie nicht in physikalischen oder physiologischen Verhältnissen begründet sind, sondern daß die mangelhafte Konstruktion der Apparate in erster Linie und die durch die Neuheit des Verfahrens begründete mangelhafte Technik die Veranlassung sind. Ich glaube nicht zu weit zu gehen, wenn ich behaupte, daß die Anwendung technisch vollendeter Apparate und Verwertung der im Laufe der Jahre gemachten Erfahrungen zu einer Durchbildung der Methodik, die Heißluftbehandlung von den anhaftenden unangenehmen Erscheinungen zu befreien und dadurch indirekt den Heileffekt zu steigern vermögen.

II.

Konstruktion der Apparate.

Was die Konstruktion der Apparate anbelangt, so kommen wohl hauptsächlich zwei Faktoren in Betracht, erstens die Größenverhältnisse resp. die Gliederung der Modelle, zweitens die Art der Gewinnung der heißen Luft. Diese Faktoren sind maßgebend bei der Beurteilung der Apparate und ihre Verbesserung und Ausgestaltung ist die Grundbedingung für irgendwelche Fortschritte auf dem Gebiete dieses Heilverfahrens. Alles andere, die Ausstattung, das Material, gefälliges Aussehen etc., will ich nicht gerade als irrelevant bezeichnen, aber es tritt in den Hintergrund gegenüber diesen Faktoren.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend stelle ich die Typen der TALLERMANNschen Apparate den BIERschen und deren Modifikationen gegenüber. Den ersteren ist geringe Anzahl der Modelle (2) und direkte Heizung, den letzteren große Anzahl von Modellen und indirekte Heizung eigen. Die Konstruktion der TALLERMANNschen Apparate macht eine strenge Lokalisation unmöglich — bei einer Kniegelenkentzündung muß das ganze Bein in den Apparat hinein, bei einer Erkrankung der Hand der ganze Arm —, während BIER für alle Körperteile, Knie, Schulter, Fuß, Hand usw., eigene Apparate gebaut hat, welche eine exakte Beschränkung der Applikation auf die kranke Stelle ermöglichen. Und darin liegt meines Erachtens das Wesen der lokalen Heißluftbehandlung, darin einer ihrer wichtigsten Vorzüge. Während selbstverständlich die physikalischen Eigenschaften heißer Luft, geringe Wärmekapazität, geringes spezifisches Gewicht, schlechte Wärmeleitung usw., immer dieselben sind, sind die physiologischen Wirkungen derselben auf den tierischen Organismus sehr verschieden, je nachdem die Einwirkung auf den ganzen Körper gerichtet oder auf einen Teil desselben beschränkt ist. Und auch das ist nicht gleichgültig, wie groß dieser Körperteil ist; in präziser Weise drückt das REITLER[1]) mit den Worten aus: „Die Menge der dem Körper zugeführten Wärme hängt nicht nur von der Intensität der Temperatur, sondern auch von der Ausdehnung ihrer Einwirkungsfläche ab."

Verschiedene Forscher haben es unternommen, die Toleranzgrenze des tierischen Organismus für hohe Temperaturen bei den verschiedenen Medien, Wasser, Schlamm, Wasserdampf, trockenem Sand, trockener Luft, zu bestimmen. Die Ergebnisse der einschlägigen Studien wiesen übereinstimmend das Resultat auf, daß bei partieller Anwendung nennenswert höhere Temperaturen vertragen werden als bei der auf den ganzen Körper sich erstreckenden Applikation. Die Differenz ist weitaus am größten bei der trockenen heißen Luft, REITLER gibt sie mit ca. 70° an. Diese Ziffern sind allerdings nur als Durchschnittsziffern anzusehen, denn die Toleranz gegen thermale Einflüsse ist von zahlreichen individuellen Momenten, wie Blutfülle, Alter, Trockenheit der Haut des Individuums abhängig und beim Individuum selbst wieder nicht nur von seinem physischen, sondern auch psychischen resp. Nervenzustand; der aufgeregte, nervöse Mensch wird Wärme nicht vertragen, trotzdem er in normalem Zustande eine bedeutende Toleranz aufweist.

Der tierische Organismus ist in vollendeter Weise für die Aufgabe ausgestattet, sein thermales Gleichgewicht zu erhalten, und er wird dieser Aufgabe unter normalen Verhältnissen gerecht werden, ohne die reiche Fülle seiner Regulier- und Abwehrvorrichtungen, die sich auf das ganze Gebiet der Zirkulation, Respiration und Transspiration erstrecken, in Tätigkeit zu setzen, d. h. ohne eine allgemeine Reaktion des Körpers hervorzurufen. Wenn Wärme auf eine Stelle des Körpers einwirkt, so werden vorerst die Reguliervorrichtungen des Organismus nur an dieser Stelle ausgelöst, es erfolgt eine lokale Abwehrreaktion, welcher erst bei stärkerer Wärmezufuhr die allgemeine Reaktion des Körpers sich anschließt. Als lokale Abwehrreaktion der Haut tritt lokale Schweißsekretion, als die des Gewebes starke Durchblutung nicht nur der oberflächlichen, sondern auch der tiefen Schichten auf. Der Schweiß schützt die Haut, indem er verdunstet und dadurch Wärme bindet; der Blutstrom wirkt als Kühlstrom[2]), welcher die übernommene Wärme weiterführt und nach außen abgibt. (Damit erscheint wohl eigentlich die Idee der lokalen Abwehr zerstört.) Solange die Wärmemenge, welche zugeführt wird, eine geringe ist, bleibt es bei den lokalen Reaktionserscheinungen, kommt es zu keiner oder keiner nennenswerten Temperatursteigerung des Blutes, ist aber die Einwirkungsfläche der Hitze eine größere, so erscheint die dem Blute zugeführte Wärmemenge vergrößert, die Körpertemperatur steigt an, es kommt zur Transspiration am ganzen Körper, zur Steigerung der Puls- und Atmungsfrequenz, zum Sinken des Blutdrucks — kurz zu einer allgemeinen Reaktion.

Der durch lokale Anwendung heißer Luft angestrebte therapeutische Effekt wird, wie wir wissen, durch die lokalen Abwehrreaktionen, lokale Transspiration und lokale Hyperämie erzielt, die eventuellen Allgemeinerscheinungen sind ohne jede therapeutische Bedeutung. Sind sie für den ansonst gesunden Organismus bei einer lokalen Erkrankung auch ohne weitere schädliche Wirkung — schwächend und unangenehm wirken sie immer —, so erscheinen sie bei alten, kranken geschwächten Individuen unter Umständen als eine arge Kalamität, deren Ausmerzung zweifellos dazu beitragen würde, die von einzelnen Autoren verlangte Indikationsausschließung „für Patienten mit geschädigtem Zirkulationsapparat" (von WILLEBRANDT) zu beseitigen.

Unbedingt berechtigt erscheint demnach die Forderung einer strengen Lokalisation der Behandlung auf die erkrankte Körperstelle, da wir dadurch in erster Linie imstande sind, eine Allgemeinreaktion des Körpers, wenn nicht immer vollständig zu verhindern, so doch auf ein physiologisch bedeutungsloses Minimum herunterzudrücken. Da nun die BIERschen Apparate eine sorgfältige Lokalisation der Behandlung ermöglichen, gebührt ihnen in diesem wichtigen Punkte der Vorzug.

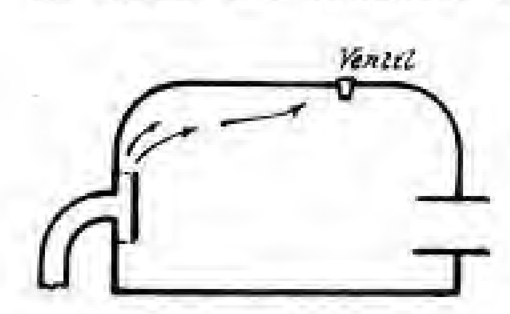
Ebenso wichtig als die für die Lokalisation der Behandlung entscheidende Spezialisierung der Apparate ist die Frage der Heizung. Die TALLERMANNschen Apparate werden durch Gasflammen, die BIERschen und ihre Modifikationen durch Gas- oder Spiritusflammen geheizt. Doch herrscht ein sehr wesentlicher Unterschied, der in den bisherigen Publikationen meines Wissens nicht erörtert wurde, wie ja auch die ganze Frage der Gewinnung der heißen Luft bei den verschiedenen Systemen in zweifelloser Verkennung ihrer Bedeutung vernachlässigt wurde. TALLERMANN heizt seinen Kupferkessel durch eine größere Anzahl darunter angezündeter Gasflammen; die

[1]) RUDOLF REITLER, Die Trocken-Heißluftbehandlung. Baden 1900.

[2]) BIER, Die Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1903.

Luft im Apparate ist rein und trocken — soweit eben reine atmosphärische Luft trocken ist —, sie ist nicht durch Verbrennungsgase verunreinigt. Die Verbrennungsgase, darunter speziell Wasserdampf, teilen sich im Laufe der Behandlung allerdings der Zimmerluft mit, aber da dies allmählich geschieht und die Gase direkt in die Höhe aufsteigen, ist die Belästigung des Patienten eine verhältnismäßig geringe, wenn nur das Behandlungszimmer genügend groß und für entsprechende Ventilation gesorgt ist.

Anders steht es mit der Heizung der in Österreich und Deutschland allgemein gebräuchlichen Apparate, welche ich hauptsächlich aus diesem Grunde den TALLERMANNschen entgegengestellt habe. BIER übernahm den Heizmodus des QUINCKEschen Schwitzbettes. Unter dem „QUINCKEschen Schornstein", dem sogenannten Ofen, befindet sich eine Spirituslampe oder ein Gasbrenner. Die durch die Flamme erwärmte Luft steigt in dem Schornstein auf und gelangt infolge des starken Auftriebes als Luftstrom in das Innere des Apparates. Mit der heißen Luft gelangen aber auch die Verbrennungsgase sämtlich in den Apparat, da sie infolge ihres geringen spezifischen Gewichtes (gegenüber der kalten Luft im Schornstein) gerade so senkrecht in die Höhe steigen wie die heiße Luft. Im Apparat stauen sie sich, da keine Konstruktion einen kontinuierlichen Abzug der Gase besitzt. Die vorhandenen Ventilationsöffnungen an der Decke der Apparate können ja ihren Zweck nicht erfüllen, denn abgesehen davon, daß der in den Apparat dringende heiße Luftstrom immer von den Verbrennungsprodukten verunreinigt ist, bewirkt eine Öffnung des Ventils eine bedeutende Verschlechterung der Wärmeverteilung im Apparate, indem die heiße Luft von der Einströmungsöffnung direkt zum Ventil aufsteigt, ein Teil des Apparates überhitzt, ein anderer abgekühlt wird. (Siehe Figur.)



Besser sind in dieser Beziehung die Apparate, welche vom Boden aus geheizt werden, d. h. bei denen das Einströmungsrohr in den Boden eingefügt ist. Bei ihnen ist die Ventilation leichter, aber auch für sie gilt der Umstand, daß die ununterbrochen zuströmende Luft auch ununterbrochen Verbrennungsprodukte mitführt.

Diese Verbrennungsprodukte treten in solchen Quantitäten auf, daß ihre Wirkung weder in physikalischer noch physiologischer Hinsicht vernachlässigt werden kann. Wir sprechen von der therapeutischen Verwendung trockener heißer Luft und übersehen, daß das beim Verbrennungsprozeß entstehende Wasser in Dampfform unseren Apparat erfüllt. Es wurde wohl schon von mehreren Autoren, darunter KRAUSE[4]) und REITLER[5]), darauf hingewiesen, daß der Raum im Heißluftapparat mit Wasserdampf gesättigt ist, aber beide führten diesen Umstand auf die fortgesetzte Verdampfung des Schweißes unter der Einwirkung der großen Hitze zurück, sie alle gingen von der Ansicht aus, daß überhitzte trockene Luft in den Apparat eindringt.

Ein einfaches Experiment beweist, daß die in den Apparat einströmende heiße Luft nicht trocken ist. REITLER verwendet bekanntlich zur Trocknung des Innenraumes bei der Behandlung pulverisiertes, durch Ausglühen wasserfrei gemachtes Chlorkalzium. Gibt man eine Tasse mit Chlorkalzium in einen Heißluftapparat, schließt denselben ab und heizt den Ofen mit Gas oder Spiritus auf ca. 120°, so zeigt sich, daß das Chlorkalzium naß geworden ist. Eine Wägung der Schüssel nach wenigen Minuten ergibt eine zweifellose, auf die Feuchtigkeit der heißen Luft zurückzuführende Gewichtszunahme. Doch ist diese keine bedeutende und steht in keinem Verhältnisse zu der Menge von Wasser, welche durch den Verbrennungsprozeß in den Apparat gedrungen ist. Die Ursache der mangelhaften Wasseraufsaugung durch das Chlorkalzium ist zweierlei. Erstens streicht die feuchte Luft nicht durch das hygroskopische Medium, nicht einmal recht darüber — bei den meisten REITLERschen Apparaten befindet sich der kästchenartige Vorbau in der Nähe des Bodens. Es würde viele Stunden brauchen, bis durch die hygroskopische Eigenschaft des Chlorkalziums eine nennenswerte Menge Feuchtigkeit auf diese Weise angezogen würde. In zweiter Linie erschwert die hohe Temperatur der Luft die Trocknung derselben. Ein praktischer Versuch bestätigt die vorstehende Behauptung. Ein REITLERscher sogenannter „Hautstellenapparat" wird in Tätigkeit versetzt. Da infolge der kleinen Applikationsstelle vom Patienten hohe Temperaturen vertragen werden, weist das Thermometer in der Höhe der Einströmungsstelle der heißen Luft 170—180—200° auf. Nach wenigen Minuten ist das Chlorkalzium in der Schüssel feucht zerflossen; am Schlusse der Behandlung aber zeigt sich keine Spur von Feuchtigkeit, das Chlorkalzium ist beintrocken, ausgeglüht, „zusammengebacken", wie es im Fachjargon lautet. Da auch das Weglassen des Chlorkalziums gar keine Änderung hervorruft, ja von den Patienten gar nicht bemerkt wird, ist in der Praxis die Entbehrlichkeit desselben erwiesen.

Rationeller schon erscheint das Vorgehen des Engländers WILSON, der seinen ganzen Apparat mit einer Salzmasse ausgekleidet hat. Ich bedaure lebhaft, daß mir die von BIER erwähnte Publikation WILSONS nicht zugänglich ist, da es mich sehr interessiert hätte, zu wissen, von welcher physikalischen Anschauung dieser ausgegangen ist.

Daß bei der Heizung mit Spiritus ansehnliche Mengen von Verbrennungsprodukten in den Apparat geleitet werden, zeigt eine einfache Berechnung. Ich verwende Spirituslampen mit einem Fassungsraum von 200 *g* Spiritus. Diese Menge wird während einer 30—40 Minuten dauernden Behandlung verbrannt.

200 *g* Brennspiritus mit einem Alkoholgehalt von ungefähr 90% entsprechen 180 *g* absolutem Alkohol.

Das Molekulargewicht von Alkohol = C_2H_6O beträgt 46 ($C_2 + H_6 + O = 24 + 6 + 16 = 46$). 1 Molekül Alkohol gibt beim Verbrennen 2 Moleküle Kohlensäure und 3 Moleküle Wasser.

$$\underbrace{C_2H_6O + 6O}_{46\,g\ \text{Alkohol}} = \underbrace{2CO_2}_{88\,g\ \text{Kohlensäure}} + \underbrace{3H_2O}_{54\,g\ \text{Wasser}}.$$

46 *g* Alkohol geben demnach bei der Verbrennung 88 *g* Kohlensäure und 54 *g* Wasser.

Wenn 46 *g* Alkohol 54 *g* Wasser geben,
so geben 180 „ „ x „ „

$$x : 54 = 180 : 46$$

$$x = \frac{54 \times 180}{46} = 211{\cdot}3.$$

211 *g* Wasser werden bei der Verbrennung von 200 *g* Brennspiritus frei und gelangen durch den rapiden Auftrieb in den Apparat. Dazu können wir noch rechnen einen Teil des im Brennspiritus enthaltenen Wassers (d. i. ca. 20 *g*), welches durch Verdampfen den Brenngasen sich beimengt.

Zur Berechnung der bei der Verbrennung sich bildenden Kohlensäure dient nachfolgende Gleichung:

46 *g* Alkohol — 88 *g* Kohlensäure
180 „ „ — x „ „

$$x : 88 = 180 : 46$$

$$x = \frac{88 \times 180}{46} = 344,$$

d. h. es entwickeln sich bei der Verbrennung von 200 *g* Brennspiritus 344 *g* Kohlensäure. Das Molekulargewicht der Kohlen-

[4]) „Münchener med. Wochenschr.", 1898.
[5]) RUDOLF REITLER, Die Trocken-Heißluftbehandlung. Baden 1900.

säure in Gramm ausgedrückt beträgt 44. Diese Menge nimmt bei Zimmertemperatur einen Raum von $23\frac{1}{2}$ *l* ein.

$$\begin{array}{c} 44\,g - 23\frac{1}{2} \\ 344\,g - x \\ \hline x : \frac{47}{2} = 344 : 44 \\ x = \frac{47 \times 344}{88} = 183{\cdot}7. \end{array}$$

Bei Zimmertemperatur nimmt die bei der Verbrennung gebildete Kohlensäure 183·7 *l* ein.

Mehr als 211 *g* Wasser und 344 *g* Kohlensäure gelangen in den Apparat.

Bedenkt man nun, daß nur wenige Apparate mit einem Ofen, Apparate für den Oberarm mit 2, für das Bein mit 3 Öfen geheizt zu werden pflegen, daß weiterhin die Behandlung nur bei uns in Wien auf $\frac{1}{2}$ Stunde beschränkt wird, an vielen anderen Orten auf 1—2 Stunden ausgedehnt wird, so sehen wir, daß wir mit bedeutenden Wasser- und Kohlensäuremengen zu rechnen haben, welche die Forderung nach reiner, trockener, heißer Luft illusorisch machen.

Außer Wasser und Kohlensäure verrät sich bei der Verbrennung des denaturierten Spiritus die Beimengung von Pyridinbasen zur Atmungsluft durch den unangenehmen Geruch, wie ja auch infolge der meist unvollkommenen Verbrennung auch Alkoholdämpfe nachzuweisen sind.

Ähnliche Verhältnisse, speziell in bezug auf Wasser und Kohlensäure herrschen bei Leuchtgasheizung, nur daß an Stelle von Pyridinbasen, die allerdings bei reinem Alkohol fehlen, und Alkoholdämpfen der unvermeidliche Gasgeruch die Atmosphäre noch mehr verschlechtert. Bei der Beurteilung von dem Einflusse der durch die Verbrennung entwickelten Kohlensäure ist nicht die relativ geringe Menge von ein paar hundert Litern Kohlensäure gegenüber dem Kubikinhalt der Luft in Betracht zu ziehen, sondern der Umstand, daß der Patient infolge der Nähe des Apparates vielfach gezwungen ist, die aus dem Innern strömende und die schädlichen Beimengungen in sehr konzentriertem Zustande enthaltende heiße Luft einzuatmen. TIGERSTEDT [6]) sagt, daß die Kohlensäure in der Luft, ohne eine schädliche Wirkung auszuüben, bis auf etwa 4—5% und höher ansteigen kann, und daß die Giftwirkung verdorbener Luft nur von Ammoniak herrühre, der aus den festen und flüssigen Exkreten der Tiere freigemacht wurde. Es besteht aber kein Zweifel, daß, wenn Luft aus dem Apparate streicht, der Kohlensäuregehalt desselben das von TIGERSTEDT angegebene zuträgliche Maß überschreitet.

Auch ist der Wärmeverbrauch durch die QUINCKEsche Heizung nichts weniger als ökonomisch, ein beträchtlicher Teil der Wärme wird, bevor sie den Ofen und das Verbindungsrohr passiert hat, an die Außenluft abgegeben und bewirkt eine oft unangenehme Erhöhung der Zimmertemperatur. Alle diese Momente berechtigen mich, wenn ein Patient über Üblichkeit, Kopfschmerz etc. klagt, zu behaupten, daß nicht die Behandlung mit heißer Luft, sondern damit nur indirekt in Zusammenhang stehende Übelstände, insbesondere in der Heizung der Apparate, das veranlassende Moment sind. Zum Teil vermieden sind diese Übelstände bei der TALLERMANNschen Heizung, wie auch bei der Heizmodifikation, welche ROTH an seinen Apparaten angebracht hat, gänzlich beseitigt sind sie aber durch die elektrische Heizung, deren Vorzüge allgemein anerkannt sind. Konstruktionsschwierigkeiten hinderten bisher eine allseitige Anwendung dieser so rationellen Heizform, doch glaube ich, daß die Aufgabe bedeutend überschätzt wurde und hoffe, daß ich durch meine Konstruktion elektrisch geheizter Apparate die Schwierigkeiten beseitigt habe, die sich der allseitigen Verwendung elektrischer Heißluftapparate in der Praxis entgegengestellt haben. Doch davon ein andermal.

Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstraktes.

Von **Dr. Franz Halbhuber**, k. u. k. Regimentsarzt.

Den Ausführungen WEITLANERS in Nr. 49 der „Wiener Med. Presse" betreffs der souveränen Wirkung der Salizylnatrontherapie mit Pulv. ipec. opiat. und Antipyrin muß ich auf Grund meiner seit 8 Jahren gemachten Erfahrungen vollauf zustimmen, sowohl bei akuten, subakuten und auch chronischen Entzündungen des Respirationstraktes.

Ich kenne seit 8 Jahren keine andere Therapie, die symptomatisch und kausal zugleich so trefflich wirkt wie gerade die Salizyltherapie bei Erwachsenen und auch bei Kindern.

Der gleichzeitigen Verwendung des Salizylnatrons mit der halben Dosis Antipyrin in $\frac{1}{2}$ Glas Wasser als spezifisch wirkendes Mittel gegen Stirnkopfschmerz, gegen Abgeschlagenheit und Schmerzen in der Muskulatur bei katarrhalischen und infektiösen Erkrankungen des Respirationstraktes sei dringend das Wort geredet, ebenso als Präventivmittel und überhaupt als Antineuralgikum.

Meine Verordnung ist folgende:

Bei **akuten Erkrankungen** der Nase, des Rachens, der Bronchien mit Fieber oder Kopfschmerz und Abgeschlagenheit:

Rp. Natr. salicyl. . . . . 1·00 (0·75)
Antipyrini . . . . 0·25
M. D. tal. dos. Nr. X ad ch. cerat.
S. 2—4 Pulver in $\frac{1}{2}$ Glas Wasser.

Bei den subakuten und chronischen Erkrankungen des Rachens und der Bronchien mit vermehrtem Hustenreiz, Kitzeln im Rachen, verschleierter Stimme täglich 1·50 *g* Salizylnatron, außerdem

Rp. Pulv. Ipec. opiat.,
Natrii bicarb. . . . . aa. 1·00
Pulv. gummos. . . . . 4·00
M. Div. in dos. Nr. X ad ch. cerat.
S. 3—4 Pulver täglich.

Bei Kindern:

Rp. Natr. salicyl. . . . . 1·50
Natr. bicarb. . . . . 1·00
Aqu. destill. s. font. . . . . 130·00
Syr. simpl. . . . . 20·00
M. D. S. Zweistündlich 1 Kaffee-, Kinder- oder Eßlöffel je nach dem Alter.

Erbrechen wurde nur in den allerseltensten Fällen beobachtet, und nur vorübergehend, aber es sei hier auch bemerkt, daß gerade bei den Kindern oft die Angina mit ganz bedeutender Geschwürsbildung und bedeutendem Belag durch die Salizyltherapie nebst ungefährlicher Lokalbehandlung immer zur Heilung führte.

Unter diesen Anginafällen sind auch solche, wo die bakteriologische Untersuchung Reinkulturen von Streptokokken und auch Pseudodiphtheriebazillen ergab.

Es verdient bei allen Erkältungskrankheiten und Krankheiten, bei denen die Erkältung das disponierende Moment ist, das Salizylnatron eine erste Stelle in der Therapie.

Auch Appetitlosigkeit, die bei Schnupfen und Influenza oft erst am 3. und 4. Krankheitstage sich geltend macht, wird durch die Salizyltherapie geheilt, auf den ersten Blick merkwürdig, da Salizyl so häufig den Magen irritiert, aber durch die Berücksichtigung der Ätiologie der Appetitlosigkeit indiziert.

Übrigens ist das Salizylnatron, mit der nötigen Menge Wasser genommen, für den Magen nicht allzu reizend.

Durch diese Therapie ist die ambulatorische Behandlung des Schnupfens und der Influenza möglich; nur in Fällen, wo auf Salizylgebrauch stärkere Transspiration eintritt, soll man den Salizylgebrauch auf den Nachmittag und Abend verlegen.

Revue.

Neuere Arbeiten über Ohrenheilkunde.

(Aus den Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft.)

Literatur: 1. HAUG (München), „Gangrän der Ohrmuschel." — 2. A. SCHEIBE (München), „Schwerhörigkeit bei Furunkel des Gehörgangs." — 3. E. P. FRIEDRICH (Kiel), „Kiefergelenkerkrankung durch Karies der vorderen Gehörgangswand." — 4. MOXTER (Wiesbaden), „Ein Fall schwerer Mittelohrtuberkulose." — 5. KRETSCHMANN (Magdeburg), „Steinbildung in der Paukenhöhle." — 6. HÖLSCHER (Ulm), „Beitrag zur Wirkung der Eiterverhaltung bei Mittelohreiterung." — 7. RÖPKE (Solingen), „Über Hysterie als Folge oder Begleiterscheinung von Ohr- und Schläfenbeineiterungen." — 8. ALFRED DENKER (Erlangen), „Über Stapesankylose." — 9. SIEBENMANN (Basel), „Kollaps des häutigen Ductus cochlearis." — 10. WITTMACK (Leipzig), „Neuritis acustica mit vorwiegender Beteiligung des Nervus cochlearis und des Ganglion spirale bei Tuberkulose." — 11. WANNER (München), „Funktionsprüfungen bei Labyrinthnekrose und einseitiger Taubheit. Ein Beitrag zur Diagnose der Labyrintheiterung und einseitiger Taubheit." — 12. RUDLOFF (Wiesbaden), „Über den Verlauf des Sinus sigmoideus am kindlichen Schläfenbein." — 13. WINCKLER (Bremen), „Die Freilegung des tympanalen Tubenostium." — 14. ESCHWEILER (Bonn), „Transplantation und erster Verband nach der Totalaufmeißlung." — 15. BLOCH (Freiburg i. B.), „Die Skopolaminnarkose in der Ohrchirurgie." — 16. BEZOLD (München), „Hörprüfung mit Stimmgabeln bei einseitiger Taubheit und die Schlüsse, welche sich daraus für die Knochenleitung und für die Funktion des Schalleitungsapparates ziehen lassen." — 17. OSTMANN (Marburg), „Die Amplituden der EDELMANNschen C- und G-Gabeln als objektives, einheitliches Hörmaß." — 18. LUCAE (Berlin), „Beitrag zu dem Verhältnis zwischen Tongehör und Sprachgehör." — 19. HEINE (Berlin), „Amnestische Aphasie und Hemiopie infolge Abszesses des rechten Schläfen- und Hinterhauptslappen." — 20. BRÜHL (Berlin), „Rachenmandel und Gehörorgan der Idioten." — 21. G. KREBS (Hildesheim), „Vorbereitung und Nachbehandlung endonasaler Operationen." — 22. WINCKLER (Bremen), „Zur Chirurgie der Oberkieferhöhlenerkrankungen."

I. Äußeres Ohr.

HAUG (1) beobachtete kurz hintereinander zwei Fälle von spontaner Gangrän der Ohrmuschel, Säuglinge im Alter von 10 bzw. 6 Wochen, beide in einer „Krippenanstalt" untergebracht, beide unter dem Bild einer hoffnungslosen, allgemeinen, höchstgradigen Pädatrophie; beiden waren „Schnuller", zum Teil mit Mohnsamen gefüllt, gereicht worden. Obwohl es in dem einen Falle verlockend gewesen wäre, von einer reinen symmetrischen Ohrgangrän auf nervöser Basis zu sprechen, sieht Verf. trotzdem diesen Fall als „eine Kombination mit Infektion bei ausgesprochener Pädatrophie" an.

SCHEIBE (2) ist der Ansicht, daß die bei Furunkeln des Gehörganges auftretende Schwerhörigkeit in der Regel nicht auf eine etwaige zufällige Komplikation dieser Erkrankung mit einem Paukenhöhlenkatarrh zurückzuführen ist, sondern daß es sich dann meist um ein durch den Furunkel bedingtes kollaterales Ödem der Paukenschleimhaut handelt. Kollaterale Schwellungen kommen ja übrigens auch bei Erkrankung der übrigen Abschnitte des Gehörorgans vor. Daß bei Furunkeln des Gehörgangs nicht so häufig das Mittelohr mitbeteiligt ist, läßt sich durch die entfernte Lage der Paukenhöhle vom knorpeligen Teil des Gehörgangs (dem alleinigen Sitz der Furunkeln) wohl erklären.

FRIEDRICH (3) beobachtete einen 36jährigen Mann, der 10 Jahre lang an chronischer Mittelohreiterung gelitten hatte mit Zunahme der Eiterung in den letzten zwei Wochen; dabei Auftreten von Schmerzen im Hals und linken Kiefer beim Schlucken und Kauen. Festzustellen war eine diffuse Schwellung der Parotisgegend, des Tragus und des hinteren Randes des Unterkieferastes auf der linken Seite mit Erhebung des Ohrläppchens; keine eigentliche Kiefersperre; leichte Lähmung des unteren Astes des linken Fazialis. Nach Ausführung der Radikaloperation und operativer Eingriffe gegen Gehirnabszesse sproßten von der medialen Partie der vorderen Gehörgangswand neue Granulationen (schon vor der Operation bestanden solche an dieser Stelle), zwischen denen dicker Eiter vorquoll.

Bei der Obduktion zeigte sich, daß das Os tympanicum in seinem ganzen medialen Teil bis zur ursprünglichen Anlagerung an das Os petrosum, also bis zur Fissura petrotympanica (GLASERsche Spalte) fehlte. Dadurch entstand ein fast kreisrunder Defekt, der seine Fortsetzung in einem 3 *mm* breiten, horizontalen Spalt fand, der die laterale knöcherne Gehörgangswand durchzog. „Die Karies ist aber noch tiefer auf die den Karotiskanal deckende Knochenlamelle übergegangen, die sie im aufsteigenden Ast in Form eines kreisrunden, 4 *mm* im Durchmesser habenden Loches durchbrochen hat."

II. Mittelohr.

MOXTER (4) behandelte eine 45jährige Patientin mit anfänglich tuberkulöser Erkrankung der Nase, später Tuberkulose des Ohrs, die eine Operation (Radikaloperation) erforderte. Da trotzdem keine Tendenz zur Heilung zu sehen war, versuchte Verf. Tuberkuloalbumin, das, von Dr. THAMM im PIORKOWSKIschen bakteriologischen Institut zu Berlin hergestellt, nach Angabe der Autoren „den toxinfreien Heilstoff der Tuberkelbazillen" enthalten soll. Dosis von zehn Tropfen beginnend bis 25 Tropfen; Appetit stets gut, keine Temperaturerhöhung. Der Erfolg war recht zufriedenstellend.

KRETSCHMANN (5) fand in der Paukenhöhle eines 11jährigen Knaben, der seit frühester Kindheit an Otorrhöe litt, einen ungefähr erbsengroßen Stein, der bei loser Berührung in drei annähernd gleiche Teile zerfiel. „Kleine Partikelchen des Präparates getrocknet und zerrieben unter das Mikroskop gebracht, erschienen bei durchfallendem Lichte als dunkle, drusige Gebilde. Einzelne Teilchen haben kristallinisches Gefüge, doch ist die Form nicht genau zu bestimmen. Zusatz von Schwefelsäure rief lebhafte Gasentwicklung hervor."

Die Eiterung ließ nach Entfernung des Steines allmählich nach, hörte schließlich für eine Zeit auf, rezidiviert jedoch hie und da. Der otoskopische Befund (nach 3 Jahren) ergab: Destruktion des Trommelfells bis auf den vorderen oberen Quadranten, der den Hammer enthielt. Keine Granulationen, keine weiteren Konkremente. Eiterung minimal und geruchlos.

Verf. ist der Meinung, daß es sich in dem Fall um Inkrustierung (und Apposition von kalkhaltigem Material) eines Knochensequesters gehandelt hat und begründet seine Ansicht damit, daß seit frühester Kindheit bei dem Patienten Ohreneiterung bestanden hat und daß im Verlaufe dieser mehrfache Abszesse in der Umgebung des Ohrs aufgetreten sind, was für einen Nekrotisierungsprozeß spräche. — Bei dieser Gelegenheit bespricht Verf. auch einige Fälle aus der Literatur.

HÖLSCHER (6) sah zwei Fälle, in denen infolge verhinderten leichten Eiterabflusses bedrohlichere Erscheinungen aufgetreten sind, so in dem einen Fall Meningitis durch eine Otitis externa diffusa.

RÖPKE (7) bespricht die Schwierigkeiten, die sich mitunter der Diagnose einer intrakraniellen Komplikation entgegenstellen können, indem Hysterie zuweilen imstande ist, Eiterungssymptome innerhalb der Schädelhöhle vorzutäuschen. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um ohrkranke Patienten, die sich beständig fürchten, an Gehirnabszeß oder dergleichen zugrunde zu gehen. Differentialdiagnostisch berücksichtigenswert ist, daß für Hysterie spricht: erbliche Belastung, Lebhaftigkeit und Ausführlichkeit der Krankheitsschilderung, Sensibilitätsstörungen (namentlich Hemianästhesie der ohrkranken Seite), Motilitätsstörungen (sobald der Grad und eventuell auch der Ort der Störung wechselt), der Augenbefund (normaler Augenhintergrund, nicht selten kombiniert mit bedeutender konzentrischer Gesichtsfeldeinschränkung). Zur Illustration dessen dienen 5 Krankengeschichten.

III. Inneres Ohr.

DENKER (8) versteht unter „Stapesankylose" eine Krankheitsgruppe, deren pathologisch-anatomisches Substrat eine knöcherne Verwachsung des Steigbügels im Rahmen oder in der Nische des ovalen Fensters darstellt, bei wegsamer Tube und normalem Trommelfellbefund, klinisch das Bild einer progressiven Schwerhörigkeit zeigend. 1885 lieferte BEZOLD den pathologisch-anatomischen Nachweis, daß eine Fixation des Steigbügels den Rinne negativ ausfallen läßt. Ergebnis der histologischen Untersuchungen seit dem Jahre 1890: stärkere pathologische Veränderungen nur am Stapes, Ligament. annulare und in den an die Vorhofsfensternische angrenzenden Knochenpartien, wobei die obere und vordere Umrandung des ovalen Fensters als Prädilektionsstellen zu betrachten sind. Veränderungen in der Labyrinthkapsel und am Steigbügel: Stapesplatte und Periost vielfach verdickt, teils mit der Umgebung in toto verwachsen, teils durch Knochenbrücken verbunden. Die genaueren Vorgänge bei dieser Umwandlung verdanken wir den Untersuchungen von SIEBENMANN.

Als Ursache der Entstehung betrachten KATZ und HABERMANN zunächst eine Periostitis in der Paukenhöhle, meist bei Personen mit



konstitutionellen resp. dyskrasischen Leiden. Nach anderen Autoren (MOOS, BEZOLD, SCHEIBE, POLITZER, HARTMANN, SIEBENMANN) handelt es sich hingegen um einen primären Knochenprozeß.

Die Erkrankung kommt gewöhnlich doppelseitig vor (nach BEZOLD bei 88%), der Grad der Schwerhörigkeit ist oft beiderseits gleich. Erbliche Belastung ist ein wichtiges ätiologisches Moment. Die Stapesankylose ist eine Erkrankung hauptsächlich des mittleren Alters. Der Verlauf ist ein schleichender. Subjektive Geräusche sind sehr häufig, in $^2/_3$—$^3/_4$ der Fälle. Schwindel nicht allzu häufig (nach DENKER in 5%), Schmerzen in der Tiefe des Ohrs hie und da. Hyperämie der Paukenschleimhaut, besonders des Promontoriums, kommt außer bei Stapesankylose (SCHWARTZE) auch bei reiner nervöser Schwerhörigkeit (SIEBENMANN) vor. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß bei der Ankylose die Töne mit der Zunahme ihrer Schwingungsfähigkeit auch länger per Luft gehört werden, während die rein nervösen Fälle sich anders verhalten. Die Therapie sei ziemlich machtlos; zu versuchen wäre Katheterismus, Drucksondenbehandlung, Trommelfellmassage, elektromotorische Trommelfellmassage und von innerer Medikation Phosphor. Das elektrolytische Verfahren überging Referent mit Stillschweigen.

SIEBENMANN (9) fand im Ductus cochl. membr. eines Falles eine Verbildung aller drei Wände, die zu groß angelegt und offenbar nachträglich durch die normal groß gebildete knöcherne Labyrinthkapsel gefaltet worden sind (auf Kosten des Lumens des endolymphatischen Raumes). Lig. spir. bedeutend verdünnt; Cort.-Organ nirgends normal, Ganglienzellen und Akustikusstamm wenig verändert. Sakkulus, Utrikulus, Bogengänge normal.

WITTMACK (10) beobachtete eine 29jährige Patientin, die im Anschlusse an eine floride Phthise innerhalb 3 Wochen unter starkem Ohrensausen fast gänzlich ertaubte. Die Autopsie und histologische Untersuchung der Gehörnerven ergab eine akute Neuritis acustica.

WANNER (11) stellte Untersuchungen an, die ergaben, daß die Diagnose auf einseitige Taubheit resp. Labyrintheiterung gestellt werden darf, wenn 1. bei der Prüfung der Hördauer diese kontinuierliches, treppenförmiges Ansteigen vom untersten zum obersten überhaupt perzipierten Tone ergeben und wenn bei starker Herabsetzung für einzelne Töne auf dem hörenden Ohr die entsprechende Verkürzung resp. der totale Ausfall für die gleichen Töne auf der tauben Seite nachweisbar ist, 2. der mittlere Ton der Skala a' von 435 Doppelschwingungen nicht mehr per Luft perzipiert wird; 3. die Sprache nicht oder beim LUCAE-DENNERTschen Versuch bei verschlossenen beiden Ohren ebenso gehört wird wie bei offenem kranken Ohr; 4. die untere Tongrenze in der kleinen Oktave oder deren Nachbarschaft liegt jedoch nicht tiefer als dis; 5. der WEBERsche Versuch mit A und a, in das gesunde Ohr verlegt wird; 6. der SCHWABACHsche Versuch verkürzt ausfällt.

(Schluß folgt.)

Referate.

BUNGE (Königsberg): Über die Versorgung des Bruchsackes bei der Radikaloperation von Leistenhernien.

Das Verfahren, das in 50 Fällen an der chirurgischen Klinik in Königsberg zur Verwendung kam, gibt sehr gute Resultate in bezug auf Heilung der Leistenhernie. Dieses Verfahren bedeutet eine beträchtliche Abkürzung der Operationsdauer und wird vom Verf. sowohl für angeborne Hernien bei Kindern als auch für erworbene Hernien bei Erwachsenen mit geringer Modifikation empfohlen („Beiträge zur klinischen Chirurgie", Bd. 43, H. 3). Die Methode ist der WINKELMANNschen Hydrokeleoperation nachgebildet und besteht darin, daß der Bruchsack nicht exstirpiert wird. Dies bedeutet bei angebornen Hernien eine besondere Erleichterung, da hier der Bruchsack von den fächerförmig ausgebreiteten Komponenten des Samenstranges nur sehr schwer abpräpariert werden kann. Die Loslösung des Bruchsackes vom Samenstrang geschieht nur an einer Stelle, hoch oben in der Nähe des inneren Leistenringes, wo dies gewöhnlich leicht möglich ist, dann wird der Bruchsack quer abgetrennt und mit einer Tabaksbeutelnaht geschlossen. Der Bruchsack wird dann unten in der Nähe des Hodens an einer kleinen Stelle gespalten und durch diesen Spalt wird der Hoden herausgedrängt; der Bruchsack wird also zum großen Teile exzidiert. Bei erworbenen Hernien wird aus der vorderen Fläche des Bruchsackes ein möglichst breiter Streifen exzidiert und der Rest nach rückwärts um den Samenstrang umgeschlagen und hier durch Naht befestigt. Im übrigen wird die Operation nach der Vorschrift BASSINIs gemacht. Die geschilderte Art der Bruchsackversorgung ist ohne Einfluß auf das weitere Schicksal des Bruchs, so weit ein Rezidiv in Frage kommt, hingegen kürzt sie die Operationszeit ab und begünstigt daher die Prima intentio. Der übrigbleibende Rest des Bruchsackes sezerniert anfangs in das an ihn anliegende lockere Zellgewebe, so daß in den ersten Tagen sogar ein Ödem des Skrotums zu bemerken ist, mit der Zeit verödet jedoch die Sekretion und es treten normale Verhältnisse ein. ERDHEIM.

EUG. HOLLÄNDER (Berlin): Zur präventiven Behandlung des syphilitischen Primäraffektes.

Die sogenannte kontaktlose Kauterisation (Verbrennung mit dem Heißluftbrenner) soll die Wirkung des Paquelins dadurch übertreffen, daß sie nach allen Richtungen hin gleichmäßiger, aber auch tiefer geht. Einige mehr zufällige Beobachtungen an mit dem Heißluftkauter zerstörten Primäraffekten veranlaßten den Verf., der Sache systematischer nachzugehen. Achtzig auf diese Weise behandelte Fälle, die ihm von MAX JOSEPH mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Primäraffekt" zugewiesen wurden, bilden das Versuchsmaterial. Hiervon kommen bloß 59 Fälle in Betracht, wovon 12 sicher, 3 zweifelhaft Luessymptome aufwiesen. Von den restlichen 44 bleiben bei strengster Skepsis 22 resp. 34 Fälle übrig, die trotz einjähriger oder längerer Beobachtung keine Allgemeinerscheinungen aufwiesen. Ja, einzelne der also behandelten Kranken hatten noch im Laufe der Beobachtungszeit gegen ärztliche Anweisung geheiratet, ohne ihre Frauen zu infizieren. Drei Kranke kamen mit Reinfektion zur Beobachtung. In manchen Fällen war ein Rückgang der geschwellten Inguinaldrüsen ganz deutlich. Wovon es aber abhängt, daß in den einen Fällen das Resultat der Operation ein günstiges, in den anderen ein ungünstiges ist, vermag der Autor („Berliner klin. Wochenschr.", 1904, Nr. 46) nicht zu erklären, jedenfalls scheint regionäre Drüsenschwellung, also der Zeitpunkt der Operation, keine so wesentliche Rolle zu spielen, denn es finden sich unter den günstig verlaufenden Fällen sehr spät und umgekehrt unter den ungünstigen sehr früh operierte Kranke. Als interessanter Nebenbefund bei der kontaktlosen Kauterisation ergab sich, daß eine so behandelte reine Sklerose dem kratzenden scharfen Löffel widersteht, während ein nicht spezifisches (weiches) Geschwür den ganzen Geschwürsgrund leicht auslöffeln läßt. Ja, HOLLÄNDER geht so weit, das negative Curettement direkt als sicheres diagnostisches Merkmal für die syphilitische Natur des Geschwürs hinzustellen, wovon bloß das Ulcus mixtum eine Ausnahme mache. Auch schon an einem kauterisierten Primäraffekt von zweitägigem Bestande, einen Kollegen betreffend, ließ sich dies negative Curettement konstatieren, was dafür spreche, „daß die kleinzellige Infiltration schon frühzeitig sich ins feste, spezifische, narbenähnliche Bindegewebe umwandle". Dort, wo trotz des Eingriffes die Syphilis konstitutionell wurde, schien der Verlauf ein milderer zu sein, wie ja das auch nach Exzision des Primäraffektes gerühmt wird. Der eigentümlichen Hypothese über die spezifische Wirkung der kontaktlosen Kauterisation wollen wir hier nicht folgen, weil sie keinerlei Wahrscheinlichkeit für sich hat. DEUTSCH.

LADISLAUS V. BYLICKI (Lemberg): Über eine Methode, den geraden Beckeneingangsdurchmesser mittelst einer Skala von Winkelhebeln unmittelbar zu messen.

Die Fehlerquellen, welche allen Maßmethoden anhaften, haben den Autor („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.", Bd. 22, Ergänzungsheft) dazu geführt, mittelst eines Satzes von Winkelhebeln — 17 Nummern von 50—130 *mm* — direkt die Konjugata zu messen. Dieselben werden ausgekocht direkt zwischen Promontorium und Symphyse

eingelegt, wobei das vorerst — ebenfalls mit dem Hebel — genommene Maß der Conjugata diagonalis als Anhaltspunkt für die Länge der Vera dient. Auch das Messen des geraden Durchmessers der Beckenenge und des Beckenausganges, sowie des Querdurchmessers des letzteren wird in direkter Weise ermöglicht. Die Abbildungen des Originals vermitteln ein leichtes Verständnis der Methode.

FISCHER.

WERNER (Dublin): Ein Fall von intraokularem Echinokokkus mit Brutkapseln.

WERNER entfernte bei einem 28jährigen Landarbeiter wegen Verdacht einer Geschwulst das linke Auge; nach vorgenommener Härtung fand er das Auge erfüllt von einer grauweißen, dünnwandigen Blase, die den Glaskörperraum einnahm. Die Blase war allenthalben frei, nur an einem Punkte unten mittelst eines vertieften, narbenähnlichen Herdes mit den Augenhäuten verwachsen. Sie enthielt eine Anzahl von kleinen, weißen, sphärischen Körpern, welche ihrer Innenfläche anhafteten; keiner war größer als ein kleiner Stecknadelkopf. Dieselben enthüllten sich als Brutkapseln. Die Blase war typisch für Echinokokkus. In einigen von den Brutkapseln konnten bis zu 15 Echinokokkusköpfe oder Skolizes gezählt werden. Jeder von ihnen zeigte den charakteristischen Hakenkranz; in denjenigen, deren Rostellum vorgestülpt war, konnte man die vier Saugnäpfe deutlich erkennen. Die mikroskopische Untersuchung des Augapfels zeigte, daß die Blase unter der Netzhaut saß. Sie war an die Aderhaut nach unten zu durch eine Lage von Bindegewebe angeheftet („Zentralbl. f. Augenheilk.", November 1904). Bisher fand WERNER nur 2 Fälle von vermutlichem intraokularen Echinokokkus in der Literatur verzeichnet. Doch werden auch diese Fälle für unsicher gehalten, ja, es wird sogar geleugnet (KRÄMER), daß Echinokokkus jemals im Auge nachgewiesen wurde.

BONDI.

JULIUS FEYER (Budapest): Ödem der Hornhaut — beim Neugebornen — nach Zangengeburt.

Unter normalen Verhältnissen ist das Auge des Kindes während der Geburt keinen Verletzungen ausgesetzt; trotzdem werden Fälle schwerer Augenverletzung auch während normaler Geburten beobachtet. Zumeist aber werden sie durch Zangenoperationen verursacht. FEYER weist an einem beobachteten Falle sowie auf Grund des Studiums der Literatur nach („Zentralbl. f. Augenheilk.", August 1904), daß die nach Zangengeburten auftretenden Trübungen der Hornhaut von Neugebornen nicht etwa auf intrauterin bereits zum Ausbruch gekommene Keratitis parenchymatosa (e lue oder e tuberculosi) bezogen werden können, sondern daß sie traumatischen Ursprungs sind, hervorgebracht durch direkten Druck des Zangenlöffels auf das Auge. In FEYERs Falle sprechen nicht nur die gleichzeitig vorhandenen Läsionen der Lidhaut der Konjunktiva und des oberen Hornhautlimbus dafür, sondern auch die Aufhellung der Trübung innerhalb 3 Tagen. FEYER hält die Trübung für den Ausdruck eines Hornhautödems.

BONDI.

D. I. SIWERTZOW (St. Petersburg): Vergleichende Untersuchungen über den Lezithingehalt bei menschlichen Embryonen und bei Kindern im frühen Lebensalter.

S. hat Untersuchungen am Gehirn, an der Leber, am Herzen und an den Muskeln von Früchten, die dem 6., 8. 9. und 10. Schwangerschaftsmonate entstammten, und von Kindern im Alter von 1, 2, 3, 4, 6 und 10 Monaten, bzw. von 2 und $3^1/_2$ Jahren angestellt (St. Petersburger Dissertation. „Wratsch. Gaz.", 1904, Nr. 1). Am meisten fand sich das Lezithin im Gehirn vor, dann folgen Leber und Herz, während die letzte Stelle die Muskeln einnehmen. Der Lezithingehalt des Gehirns übersteigt den Lezithingehalt sämtlicher übrigen Organe zusammengenommen, d. h. den Lezithingehalt der Leber, des Herzens und der Muskeln. Ferner stellte es sich heraus, daß innerhalb der ersten 4 Monate der Lezithingehalt ungefähr auf ein und derselben Höhe bleibt, um vom 6. Monate an mit dem Alter allmählich zuzunehmen und beim Kinde im Alter von 2 Jahren das Maximum zu erreichen. Was das Verhalten der einzelnen Organe in bezug auf Lezithin betrifft, so erfährt die Lezithinquantität im Gehirn des Kindes vom 1. Monat bis zum 4. Monat nach der Geburt eine geringe Abnahme; dasselbe wird auch in der Leber beobachtet. Vom 4. Monate ab nimmt die Lezithinquantität sowohl im Gehirn wie auch in der Leber zu. Die Lezithinquantität im Herzen bleibt bis zum 4. Monate, in den Muskeln während der ersten 6 Monate fast unverändert, steigt aber dann und erreicht im Herzen beim Kinde das Maximum im Alter von 2 Jahren. Bei reifen Früchten übertrifft die Lezithinquantität in den untersuchten Organen bedeutend diejenige der Organe von Kindern bis zum Alter von 10 Jahren; das Kind scheint somit einen gewissen Vorrat an Lezithin mit zur Welt zu bringen, der in den ersten Monaten des extrauterinen Lebens verbraucht wird.

L—y.

SILBERSCHMIDT (Zürich): Die Identifizierung der Tuberkelbazillen bei Mensch und Tier.

Verf. gelangt zu dem Schlusse („Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte", 1904, Nr. 14), daß Rindertuberkelbazillen auch beim Menschen Tuberkulose erzeugen können. Die Anerkennung der Möglichkeit einer Übertragung der Perlsuchtbazillen auf den Menschen soll nicht als eine absolute Identifizierung der fraglichen Bakterienarten gedeutet werden. Die experimentellen Untersuchungen haben vielmehr ergeben, daß in den meisten, aber nicht in allen Fällen gewisse Unterschiede zwischen Rinder- und Menschentuberkelbazillen bestehen; es wurde ferner beobachtet, daß die Virulenz von menschlichen Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft nicht immer gleich ist. Wenn die Virulenz als Maßstab für die Einteilung der Tuberkelbazillen dienen sollte, so würden wir weder alle menschlichen noch alle Rindertuberkelbazillus miteinander identifizieren können. Die Anpassung spielt eine große Rolle; namentlich wenn es sich wie bei dem Tuberkelbazillen um Bakterien handelt, welche unter Umständen jahrelang in demselben Organismus, d. h. in demselben Nährboden verweilen. Es erscheint gar nicht ausgeschlossen, daß sich Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft, welche sich zu Beginn der Infektion voneinander trennen lassen, später vollständig identisch verhalten. Die dem Menschen angepaßten Tuberkelbazillen werden sich voraussichtlich leicht im menschlichen Organismus weiter entwickeln; die vom Rinde oder von anderen Tieren stammenden Tuberkelbazillen werden hingegen nicht so sicher, aber unter günstigen Bedingungen doch auch den Menschen befallen können. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen und Versuchsergebnisse ist eine Änderung in den Maßregeln gegen die Tuberkulose weder angezeigt noch berechtigt. Wir können KOCH beistimmen, wenn er das tuberkelbazillenhaltige Sputum der Phthisiker als eine Hauptgefahr bei der Verbreitung der Tuberkulose bezeichnet, wir müssen aber mit V. BEHRING, HELLER u. a. auch die Kuhmilch als eine Ursache der Tuberkuloseinfektion beim Menschen berücksichtigen. Wenn auch die Infektionsgefahr durch die Kuhmilch eine sehr geringe ist, so muß trotzdem die Bekämpfung der Rindertuberkulose als unbedingt erforderlich bezeichnet werden; der Vorschlag V. BEHRINGs, durch Zusatz von Formalin die Milch zu konservieren, dürfte bei der Ernährung unserer Säuglinge kaum Anklang finden.

BR.

Aus der chirurgischen Klinik des Hofrates Prof. Dr. L. Rydygier in Lemberg.

ANTON RYDYGIER jun. (Lemberg): Über die Rückenmarksnarkose mittelst Tropakokain modo GUINARD-KOZLOWSKI.

Verf. ist durch die von GUINARD-KOZLOWSKI eingeführte Modifikation der Rückenmarksnarkose angeregt worden, diese Methode zu versuchen („Przeglad lekarski", 1904, Nr. 7). Zunächst führte er folgende kleine Modifikation ein: Er löst das Tropakokain direkt in einer LUERschen Spritze, aus welcher der Kolben entfernt ist und in welcher man die zerebrospinale Flüssigkeit auffängt, auf. Die Nadel wird nicht, wie dies TUFFIER anempfiehlt, zwischen dem 4. und 5., sondern zwischen dem 1. und 2. Lendenwirbel, d. h.

auf der Linie, welche die hinteren Winkel des letzten Rippenpaars verbindet, eingeführt. In 49 Fällen kam die Narkose 3mal nicht zustande, so daß man zum Chloroform greifen mußte. In 3 Fällen hielt die Narkose zu kurz an, so daß, um die Operation zu Ende zu führen, die Patienten leicht chloroformiert, bzw. mit Äther berauscht werden mußten; allerdings hielt die Narkose auch in diesen Fällen mehr als $^3/_4$ Stunden an. Sonst war Verf. mit dieser Methode immer sehr zufrieden, da er, abgesehen von den zuweilen auftretenden, nicht heftigen Kopfschmerzen und dem nur sehr selten vorkommenden Erbrechen, keinerlei Komplikationen beobachten konnte. Die Körpertemperatur stieg fast stets auf 37·8—38·6° C, doch hatte dies keine weitere Bedeutung und verursachte dem Patienten keinerlei Unannehmlichkeiten, zumal die Temperatursteigerungen von sehr kurzer Dauer waren, so daß man dieselben bei dem zweiten Messen nicht mehr wahrnehmen konnte. Der Kopfschmerz pflegte nur dann heftiger und mit Schmerz und Steifigkeit im Nacken verbunden zu sein, wenn längere Zeit in der TRENDELENBURGschen Lage operiert wurde. Erbrechen kam nur in drei Fällen vor: zweimal unmittelbar nach der Narkose, einmal hielt dasselbe länger, und zwar bis zum folgenden Tage an. Noch eins ist bemerkenswert: Bei drei Patienten erfolgten während der Operation unwillkürliche Stuhlentleerung und Flatus, was in einem Falle, wo es sich um Hernia incarcerata handelte, sehr wünschenswert war. Als Kontraindikation der Rückenmarksnarkose kann wohl nur die allzu hohe Lage des Operationsfeldes betrachtet werden. RYDYGIER operierte bis zur Nabellinie; eine Nephrektomie verlief in dieser Narkose vollkommen schmerzlos. In der Lemberger Klinik sind in dieser Narkose bisher folgende Operationen ausgeführt worden: Sectio alta (bei Blasensteinen) 2mal; Abrasio mucosae vesicae 1mal; Oper. radicalis haemorrhoid. modo RIEDEL 5mal; Oper. radicalis haemorrhoid. modo ESMARCH 2mal; Oper. rad. herniae modo KOCHER 13mal; Oper. rad. herniae modo BASSINI-POSTEPSKI 5mal; Resectio genus modo TEXTOR-GEPE. KÖNIG 5mal; Nephrectomia 2mal; Resectio recti modo KRASKE-RYDYGIER 1mal; Operatio radicalis hypospadiasis BECK 1mal; Appendectomia 3mal; Castratio 1mal; Amput. cruris diacondylica 1mal; Resectio intracapsularis prostatae modo RYDYGIER 1mal; Amput. recti modo LISFRANC 1mal; Exstirpat. gl. lymph. ingu. supp. 1mal; Oper. rad. hydrocel. modo WINCKELMANN 1mal; Amp. penis 1mal; Oper. rad. herniae modo CZERNY 1mal; Oper. rad. varicocele (TRENDELENBURG) 1mal. G.

RÖMER (Straßburg): **Meine Erfahrungen mit Paranephrin-Kokaingemisch zur Erzielung von Lokalanästhesie bei zahnärztlichen Operationen.**

Die Wirkung des Gemisches von Nebennierenextrakt mit Kokain beruht darauf, daß bei Imprägnation eines lebenden Gewebes mit Nebennierenextrakt eine starke Kontraktion der Blutgefäße in dem betreffenden Bezirk hervorgerufen wird, so daß die Blutzirkulation und der Stoffwechsel an dieser Stelle sehr erheblich herabgesetzt und verlangsamt wird und infolgedessen auch eine gleichzeitig eingespritzte Menge von Kokain auf den Gesamtorganismus nicht toxisch wirken kann, weil das Kokain infolge der Gefäßkontraktion nur ganz langsam zur Resorption und zur Verteilung im Gesamtorganismus gelangt. Infolge der stark verlangsamten, ja nahezu aufgehobenen Resorption genügt aber auch schon eine geringe Dosis Kokain zur Lokalanästhesie. — Das von RÖMER benutzte Paranephrin unterscheidet sich von Adrenalin und Suprarenin vornehmlich dadurch, daß es weit weniger giftig ist („Deutsche zahnärztliche Wochenschr.", VII, Nr. 30). Verf. hat bis jetzt zirka 800 Injektionen mit Paranephrin-Kokain gemacht und niemals irgendwelche bedrohlichen Erscheinungen beobachtet, selbst nicht in den Fällen, wo er 3 cm^3 zu injizieren in die Lage kam. Die meisten Patienten spürten überhaupt nichts Besonderes während und nach der Injektion. Die Hauptsache bleibt die Injektionstechnik. Das Allerwichtigste ist in erster Reihe die Spritze selbst. Dieselbe muß absolut dicht schließen, und zwar nicht nur der Kolben, sondern auch das Ansatzstück mit der Kanüle. Ferner ist es wünschenswert, daß man auch gebogene Ansatzstücke zur Verfügung hat, um an schwer zugänglichen Stellen wirklich ausreichend infiltrieren zu können. Das Ideal einer solchen Spritze nennt Verfasser ein Modell, das bei C. Ash & Sons erhältlich ist. Er setzt die Spitze der Nadel in der Mitte zwischen Zahnfleischrand und Wurzelspitze ein und schiebt unter ständigem Druck und Auspressen der Flüssigkeit die Nadel bis in die Nähe der Wurzelspitze vor. Durch das sofortige Einpressen der Flüssigkeit wird das Vorschieben der Nadel kaum noch als Schmerz empfunden. $^1/_2$ cm^3 spritzt Verf. im allgemeinen labial, $^1/_2$ cm^3 palatinal ein. Oft gelingt es, mit 2 cm^3 Injektionsflüssigkeit unter vollkommener Anästhesie sämtliche Wurzeln der einen Oberkieferhälfte in einer Sitzung zu entfernen, wenn man die Nervi alveolares superiores, posteriores und anteriores anästhesiert, was gar nicht schwer ist, man muß nur sowohl an der Tuberositas maxillaris als auch an der Umschlagsstelle der Lippe und Wange im ganzen Bezirk des Vestibulum oris die Schleimhaut und das Periost infiltrieren. Die Infiltrationsanästhesie mit Nebennierenextrakt und Kokain sollte der Zahnarzt auf eigenes Risiko nur bei ganz gesunden Menschen anwenden. G.

W. N. CLEMM (Darmstadt): **Aus verborgenen Quellen stammendes Blut im Stuhl und im Mageninhalt, sein Nachweis und seine Bedeutung.**

Die systematischen Untersuchungen auf Blutträufeln leisten in Erkennung und Behandlung, besonders hinsichtlich der Kostwahl und zur Vorbeugung schwererer Blutungen, gute Dienste: 1. bei Geschwüren der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms, und zwar, wenn das Symptomenbild ein geschlossenes ist zur Prophylaxe; wenn die Diagnose zweifelhaft erscheint, oft genug — bei systematischer Ausführung des Blutnachweises — zur Sicherung der Krankheitserkennung. Letztere wird, wie schon erwähnt, bei Ulcera Oesophagi wohl am einwandfreiesten durch die Spiegelung erbracht. Halten wir — im Gegensatze zu EWALDs in seinem bekannten Referate vertretenen Standpunkt — am Symptom der Übersäure beim Magengeschwür fest, so ist, die Möglichkeit des Blutnachweises bei Gastritis zugegeben, wie EWALD ihn als normal angesehen wissen will, durch den Symptomenkomplex von Übersäure und Blutträufeln noch immer die Erkennung des Geschwürs gesichert. 2. bei Unterscheidung krebsiger Prozesse im Verdauungskanal von nervösen Zuständen, von einfachen Entzündungen und von Geschwüren durch den bei Karzinom sich ergebenden Befund ständigen Blutträufelns („Archiv f. Verdauungskrankh.", Bd. 10, H. 4). 3. bei Abdominaltyphus und vielleicht auch bei tuberkulösen und bei syphilitischen Geschwüren, indem, besonders im ersteren Falle, die Kontrolle dadurch so lange weitergeführt wird, bis kein Blutträufeln mehr im Stuhle nachzuweisen ist, ehe man es, auch bei sonst gutem Fortschritt im Krankheitsverlaufe, wagen wird, eine therapeutische Änderung hinsichtlich Diät und Ruhelage eintreten zu lassen. 4. bei Pankreaserkrankungen, da der Nachweis des Blutträufelns hierbei unter Umständen die lebensrettende Frühoperation ermöglichen kann. 5. bei Tabikern und Paralytikern kann unter anderem das BOASsche Verfahren die Mittel an die Hand geben, schweren Blutungen bei diesen Krankheiten rechtzeitig zu begegnen. Bei derartiger durch das Zusammenarbeiten vieler auf verschiedenen Gebieten tätiger Kliniker in Zukunft noch zu erweiternder Anwendung des Nachweises von Blutträufeln wird derselbe zweifellos für Prophylaxe und Therapie der verschiedenartigsten Krankheiten eine bedeutende Rolle zu spielen berufen sein. Br.

FRANZ KISCH jun. (z. Z. Wien): **Über die Beziehungen des Stickstoffgehaltes in Schweiß und Harn bei rheumatischen Erkrankungen.**

In der interessanten, aus der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin (Leiter Prof. BRIEGER) hervorgegangenen Arbeit hat F. KISCH jun. durch eine größere Reihe von Versuchen gewisse regelmäßige Beziehungen zwischen Stickstoffgehalt in Harn und Schweiß bei rheumatischen Erkrankungen nachzuweisen sich bestrebt. Als das Resultat seiner in dieser Arbeit niedergelegten Untersuchungen redet K. folgenden Annahmen das Wort („Zeitschr. f. Heilkunde", 1804, Nr. 8): 1. Die Anwendung von Schwitzprozeduren im elektri-

schen Glühlichtbade bei chronischem Gelenkrheumatismus führt eine Beschleunigung und mäßige Vermehrung der Stickstoffausscheidung herbei. 2. Die Vermehrung der Stickstoffausscheidung macht nach einer gewissen Zeit wieder einer normalen oder auch subnormalen Menge Platz, bis der Organismus sich wieder in Stickstoffgleichgewicht gestellt hat. 3. Ein Antagonismus zwischen Stickstoffausscheidung in Harn und Schweiß ist bei rheumatischen Erkrankungen nicht nachzuweisen. Bezüglich des Einflusses des elektrischen Glühlichtbades auf Blutdruck und Pulsfrequenz geht aus den Versuchen von K. hervor, daß der Blutdruck nach der Schwitzprozedur mehr weniger tief sinkt und daß der Grad der Blutdrucksenkung wohl kaum in irgend einem Abhängigkeitsverhältnisse zu der Dauer der Applikation eines Lichtbades steht. E.

O. Wagener (Berlin): **Oxyuris vermicularis in der Darmwand.**

Ein 5jähriges Mädchen starb am 8. Dezember 1903 an Scharlachsepsis. Die Sektion, die 24 Stunden nach dem Tode gemacht wurde, ergab neben einer Angina necrotica und einer entzündlichen Infiltration der Rachenteile im wesentlichen eine starke parenchymatöse Schwellung und Trübung der inneren Organe. Die Darmfollikel, Peyerschen Platten und Mesenterialdrüsen waren frisch geschwollen. Parasiten, speziell Oxyuren, wurden im Darme nicht gefunden („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 81, H. 3 u. 4). Einen eigenartigen Befund boten 3 Peyersche Platten des unteren Ileum. Es lagen in ihnen zerstreut ungefähr 15—20 kleinste bis stecknadelkopfgroße, halbkugelig vorspringende, grauweißliche Knötchen, die sich bei der Berührung mit einer feinen Sonde wie Sandkörnchen anfühlten. Es waren mit Wahrscheinlichkeit kleine Kalkknötchen. Hielt man die Peyerschen Platten gegen das Licht, so wurden noch einige im leicht geschwollenen Gewebe der Platte liegende kleine Knötchen sichtbar. Bei leicht auffallendem Wasserstrahl wurden einige der am stärksten vorspringenden Kalkkörnchen aus dem Gewebe gerissen und fortgeschwemmt. Die 3 Peyerschen Platten zeigten sonst keine besonderen Veränderungen, ebensowenig die zugehörigen Lymph- und Blutgefäße, die im ziemlich fettarmen Mesenterium bis an die ebenfalls nicht stärker veränderten Lymphdrüsen gut verfolgt werden konnten. Die mikroskopische Untersuchung stellte den Befund klar: Es wurden in mehreren Kalkherdchen Oxyuren nachgewiesen, die wahrscheinlich in zerfallene Follikel aktiv eingewandert und, in diese eingeschlossen, verkalkt waren. B.

Gaertner (Wien): **Das Ruderbad.**

Verf. hat mit seinem Ruderbad den Versuch unternommen, im Wannenbade ähnliche Bedingungen zu schaffen, wie sie im Schwimm- oder im Strombade gegeben sind, d. h. ein leicht herstellbares Surrogat für das meist nur schwer erreichbare Schwimmbad zu schaffen („Blätter für klinische Hydrotherapie", 1904, Nr. 6). Der ganze Apparat besteht aus einem Brettchen von 25 *cm* Länge, 11 *cm* Breite und 1 *cm* Dicke, welches in der Mitte der beiden Schmalseiten zwei walzenförmige Handgriffe trägt. Ein Thermometer, in der Mitte des Brettchens angebracht, ermöglicht die stete Beobachtung der Wassertemperatur. Mittelst dieses Brettchens werden Ruderbewegungen ausgeführt. Der Badende erfaßt es an der Handhabe, beugt sich vor und zieht es durch das Wasser hindurch an seine Brust. Solcher Ruderbewegungen führt man in der Minute 20—25 aus. Die Vorderfläche des Brettchens steht am Beginne senkrecht, wird aber dann nach aufwärts gewendet, um eine kleine Sturzwelle gegen den Körper des Badenden zu schleudern. Das Zurückführen des Ruders erfolgt durch die Luft. Die Temperatur des Bades wird der Individualität angepaßt. Angenehm ist es, wenn das Wasser im Beginne nicht zu kalt ist. Sobald die Haut benetzt ist, kann man durch Zulauf kalten Wassers rasch die Temperatur vermindern. Für blutarme und empfindliche Menschen empfehlen sich etwas höhere Temperaturen und kürzere Badedauer. Im Bade fehlt trotz der niedrigen Temperatur jede unangenehme Kälteempfindung. Nach dem Bade fühlt man sich auch bei sehr hoher Lufttemperatur viele Stunden erfrischt. Die Haut bleibt lange kühl und trocken, der Appetit wird mäßig angeregt. Die Bluttemperatur wird durch ein Bad von 20° und 20 Minuten Dauer nicht beeinflußt. Die Herabsetzung der Hauttemperatur ist noch lange nachher eine sehr beträchtliche.

Grünbaum.

Kleine Mitteilungen.

— Über **einfache und multiple Rippenresektion beim Pyothorax** berichtet Beck („Ann. of Surg.", 1904, H. 3). Verf. verwirft die Aspirationsmethode, er hält auch die einfache Inzision (Parazentese) für unzureichend und empfiehlt deshalb für alle Fälle von Empyem die primäre Resektion einer Rippe, und zwar ohne Rücksicht auf das Alter des Patienten. Das resezierte Stück soll so lange sein, daß die geschaffene Öffnung gute Inspektion, Palpation mit dem eingeführten Finger, Entfernung eitriger Fetzen und Schwartenteile und somit eine Beurteilung der Expansionsfähigkeit der Lunge, sowie der Adaptionsfähigkeit der Brustwand etc. gestattet. Nähert sich die Lungenpleura nur schlecht der Thoraxwand, hebt sich das Zwerchfell nicht genügend, dann schreitet B. zur Erweiterung der Öffnung durch multiple Resektion. Die letztere wendet er stets für tuberkulösen Pyothorax an und hat dabei in Fällen, die doch sonst eine sehr schlechte Prognose abgeben, verhältnismäßig recht gute Resultate erhalten. Für Fälle von altem Pyothorax mit oder ohne Fistel empfiehlt er das sogenannte explorative Verfahren. Dasselbe besteht darin, daß erst eine Rippe, die der Mitte der Eiterhöhle entspricht, reseziert wird. Besteht eine Fistel, so wird eine Sonde in dieselbe eingeführt, die Pleura unter der resezierten Rippe eingeschnitten und so kann die Höhle inspiziert und ausgetastet werden. Inspektion, Palpation und die eingeführte Sonde geben uns einen Begriff von der Größe, Form und Beschaffenheit der Höhle und erlauben uns ein Urteil über Art und Ausdehnung des nötigen operativen Eingriffes, der noch weiter während seiner Ausführung den sich ergebenden Verhältnissen angepaßt werden kann. In Fällen von Empyem im oberen Teil der Pleurahöhle, wo die Schedesche Methode im Stiche läßt und Resektion der oberen Rippen nötig wird, geht B. folgendermaßen vor: Der Arm wird im rechten Winkel aufwärts gehalten, ein Schnitt vom unteren Rande des Pektoralismuskels zum unteren Ende des vorderen Randes des Deltoideus geführt, die Pektoralismuskeln werden von der Unterlage so weit zurückpräpariert, bis die Achselhöhle frei zutage liegt, Blutgefäße und Nerven der Achselhöhle werden mitsamt den Muskeln durch stumpfe Hacken nach oben außerhalb des Operationsfeldes gehalten, wonach die oberen Thoraxrippen verhältnismäßig leicht, selbst die erste Rippe, eventuell nach temporärer Resektion der Klavikula, nicht allzuschwer zu resezieren sind. Darnach wird der Weichteillappen der Lungenpleura angelegt. Zur Nachbehandlung ist die Ausspülung der Höhle überflüssig. B. behandelt alle Thorakotomiefälle mit zuerst ziemlich fester, später mehr loser Tamponade durch Jodoformgaze und empfiehlt frühzeitige gymnastische Übungen (Hanteln), sowie Gebrauch von Blasinstrumenten zur frühzeitigen Ausdehnung der Lunge.

— Die **Behandlung der Kinderdiarrhöen** leitet Siebold („Allg. med. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 30) immer erst mit Verabreichung eines Abführmittels, Ol. Ricini oder Kalomel, ein und gibt darauf gewöhnlich nach 2—5 Stunden Tannigen, und zwar im Laufe des Tages 3—10 Dosen à 0·1—0·25 bis 0·5—1·0 *g*. In allen Fällen wurde das Präparat sehr gut vertragen, sogar ganz kleine Kinder nahmen es gern ein. Verf. schließt sich der Ansicht Escherichs an, daß das Tannigen, namentlich bei Sommerdiarrhöen der Säuglinge, ein zuverlässiges, geradezu spezifisch wirkendes Mittel sei. Nicht weniger gute Resultate erhielt Siebold auch bei chronischen Durchfällen bei Kindern, die daran schon wochenlang litten. Er hält daher das Tannigen für eines der besten Mittel zur Behandlung der Diarrhöen, namentlich der Kinder. Es steht sicherlich keinem der für diese Zwecke empfohlenen Mittel, auch nicht dem Tannalbin, nach.

— Über die **Verhütung und Behandlung des Schwarzwasserfiebers** berichtet Plehn („Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygiene", 1904, H. 12). Da die Disposition zum Schwarzwasserfieber durch Malariafieber geschaffen wird, so ist eine energische frühzeitige Behandlung mit Chinin von großer Bedeutung. Am besten wäre es, der Malaria vorzubeugen. Verf. meint, daß dies mit keiner be-



kannten Methode der prophylaktischen Malariabekämpfung sicher erreicht werden kann. Das Erkennen der Disposition ist mit großen Schwierigkeiten verknüpft. Nur die Anamnese gibt Anhaltspunkte, die ein drohendes Schwarzwasserfieber vermuten läßt. Aus der Untersuchung des Hämoglobingehaltes lassen sich keine sicheren Schlüsse ziehen. Anzuraten ist jede Abkürzung der Dienstzeit, da mit der Länge des Aufenthalts die Schwarzwassergefahr wächst. Ein kurzer Aufenthalt im Gebirge oder Europa verringert die Disposition nicht; dagegen nützt der prophylaktische Chiningebrauch. Von 1897—1899 kam bei den Beamten (ohne Chiningebrauch) ein Schwarzwasserfieberfall auf 18·5 Monate, bei den Prophylaktikern ein Schwarzwasserfieber auf 74 Monate Aufenthalt, von ersteren starben 10%, von letzteren niemand. Wie soll der Arzt handeln, wenn er einen Fieberkranken in Behandlung bekommt, bei dem die Anamnese den Eintritt eines Schwarzwasserfiebers befürchten läßt? Verf. empfiehlt hier, zur Behandlung des Fieber unbeirrt durch den Schwarzwasserverdacht mindestens 1 *g* Chinin zu geben, wenn der Kranke noch nicht davon gelitten hat, sonst aber jedenfalls $^1/_2$ *g* bei jedem Fieberanfall. Sofort, nachdem die Hämatozytolyse und das Eiweiß aus dem Urin geschwunden sind, soll man mit regelmäßigem, prophylaktischem Chiningebrauche anfangen. Während des Anfalles darf weder Chinin oder Alkohol verabreicht werden.

— Aus Untersuchungen von BUCSANYI („Budapesti Orvos. ujság“, 1904, Nr. 30) über das **Dionin** geht hervor, daß dieses Mittel nicht nur zur Beseitigung von hartnäckigen Hornhautnarben und Trübungen geeignet ist, sondern auch bei anderen Augenkrankheiten, wie bei atonischen, schwer heilenden Abszessen, schlecht genährten, hornhauttrüben, finnigen Augen, überhaupt in Fällen, welche auf mangelhafter Ernährung basieren, einen Erfolg aufzuweisen imstande ist. Das Dionin kann verschiedenartig dosiert werden. Für die Anwendung des Dionins in Substanz ist folgendes bequeme und in Anbetracht des teueren Preises praktische Verfahren zu empfehlen: Ein knotiges Glasstäbchen taucht man in eine Präzipitat- oder Atropinsalbe, nimmt damit ein hirsengroßes Dioninpulverklümpchen auf und streicht dasselbe auf das betreffende Augenlid auf. Zu empfehlen ist ferner, besonders in Fällen, wo Atropin verwendet wird, die folgende Formel:

Rp. Dionin	2·0
Atropin sulf.	0·04
Vaselin fl.	4·0
Mf. ung.	
DS. Dionin-Augensalbe.	

— Über die **Behandlung einer Echinokokkuszyste der Leber mit Röntgenstrahlen** berichtet DIAZ DE LA QUINTANA („El Sigl. Med.“, 1904, Nr. 34). Es bestand ein Tumor der Leber bis zur Spina ossis ilei; an der Unterfläche des linken Lappens waren kugelförmige Vorwölbungen vorhanden, die Fluktuation, deutliches Hydatidenschwirren und Druckempfindlichkeit erkennen ließen. Dabei leichte Dyspnoe, trockener Husten, Erbrechen, Durchfälle. Da die Operation verweigert wurde, wurde versuchsweise die Bestrahlung mit X-Strahlen vorgenommen. Patientin erhielt 47 Bestrahlungen, wöchentlich eine, 10 Minuten dauernd, in einer Entfernung von 5 *cm*, auf die entblößte Haut. Nach der 40. Bestrahlung war subjektiv und objektiv der Normalzustand eingetreten, Tumoren wie Hydatidenschwirren waren völlig verschwunden. — Ein zweiter Fall von Leberechinokokkus, der mit blauem Licht, elektrostatischer Bestrahlung und einige Male mit Röntgenstrahlen behandelt worden war, entzog sich der Behandlung vorzeitig; eine deutliche Besserung der Symptome war angeblich auch hier festzustellen (!).

— Aus den Versuchen von STROUX über **Neuronal** („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 41) ergibt sich die große Ungiftigkeit des Mittels für den Organismus; eine in drei Fällen konstatierte Pulsbeschleunigung beurteilt Verf. nicht allzuschwer, da sie schlimmere Folgen niemals gehabt hat; im Gegenteil, trotz weiterer Verabreichung des Mittels trat nachher auch eine Anpassung des Pulses ein, er ging zur Norm zurück. Nur eine Patientin bekam sukzessive sich steigernd Kopfschmerzen, die sofort nach dem Aussetzen des Mittels aufhörten. Aus dieser vereinzelten Erfahrung läßt sich aber kein allgemeiner Schluß ziehen, es mag sich in diesem Falle um eine Art Idiosynkrasie gehandelt haben. Eine außerordentlich günstige Einwirkung auf die Epilepsie, nicht nur auf die Zahl der Anfälle, auch das ganze psychische Verhalten, ist nicht zu verkennen. Die Dosis des Neuronal beträgt 1—2—3 *g* (Einzeldosis).

— Die **Therapie des Rhinophyma** ist nach UNNA eine ausschließlich chirurgische („Therapie“, 1904, Nr. 1). Man macht die Operation in Narkose. Alle Höcker werden so weggeschnitten, daß über dem Knorpel eine Hautschicht von $1^1/_2$—2 *mm* übrig bleibt, damit ein proliferationsfähiges Epithel zurückbleibt. Falls man die Haut bis auf den Knorpel weggeschnitten hat, geht die Überhäutung von den Seiten aus vor sich und es entstehen narbige Verziehungen (Nasenverkrümmungen). Zur Blutstillung wird von UNNA ein schon längst bekanntes Pulver (Tannin. — Aluminis — Cannifolii — Gummi arabici aa. 5·0) angewendet, welches die Granulationsbildung einschränkt, ohne dieselbe zu schädigen (wie Liquor ferri sesquichlor). Nach Entfernung des ersten Verbandes kann man leichtere Salben (Zink-Schwefel, Zink-Ichthyol etc.) anwenden. Falls irgend ein geringer Teil der Geschwulst aus Versehen zurückgeblieben ist, kann man, wenn eine abermalige Operation nicht gewünscht wird, mit einer Schälpaste (Resorzin) gute Resultate erzielen. Bei schwach entwickeltem Rhinophyma kann man eine örtliche Anästhesie (Chlor-Äthyl) anwenden. Ein Vorteil dabei ist, daß das gefrorene Gewebe sich leichter schneiden läßt.

— Unter den **Bittermitteln** nimmt Extractum Chinae Nanning eine hervorragende Stelle ein („Heilkunde“, 1904, Nr. 11, HÖNIGSCHMIED). Es wird entweder für sich allein, die gebräuchlichste und zugleich billigste Form, oder in Verbindung mit Pepsin, Extractum strychni oder auch in Verbindung mit Morphium, Dionin, Heroin, Extractum Bellad. etc. gegeben. Gewöhnlich nimmt man 15—20 Tropfen in Portwein oder Sherry oder in Wasser gelöst ein, oder man läßt das Quantum Extractum Chinae Nanning auf einem Stückchen Zucker nehmen, welche Form von den meisten Patienten bevorzugt wird, oder man gibt es in Solution, am besten mit Syrup cort. aurantiorum eine halbe bis eine Stunde vor dem Essen, doch kann es immerhin auch unmittelbar nach dem Essen genommen werden.

— Die **Indikationen und die Prognose der künstlichen Frühgeburt** erörtert KROEMER („Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.“, Bd. 20, H. 4). Als Anzeige zur Einleitung der Frühgeburt gelten Beckenverengerung (beim platten Becken bis 7 *cm* Vera, beim allgemein verengten bis 7·5 *cm* Vera), von der Schwangerschaft abhängige und bedrohliche Erkrankungen der Mutter, alle schweren inneren Erkrankungen, wenn durch Unterbrechung der Schwangerschaft Aussicht auf Rettung besteht, schwere Osteomalazie und Miliartuberkulose, habituelles Absterben der Kinder bei fehlender Lues. Mittel zur Einleitung sind heute der Eihautstich (bei Hydramnios und Eklampsie), Bougieeinlegung, tamponierende Körper für die Vagina, Zervix, Uteruskörper. Bougie und Spontanverlauf sind da indiziert, wo die Wendung kontraindiziert ist. Die Hystereuryse mit nachfolgender Wendung und Extraktion ist geeignet für alle platten Becken und ganz besonders für Mehrgebärende. Die Einleitung der Geburt ist womöglich nicht vor der 36. Woche vorzunehmen.

— Ein gutes **Streupulver** bei Ulcus molle und durum nennt CLARK („Med. News“, 1904, 12. März) das Aristol. Dasselbe erhält die Geschwüre absolut trocken, bringt sie viel schneller zur Heilung als andere derartige Mittel und verhütet das Auftreten von Komplikationen. Dem Jodoform gegenüber hat es den Vorzug der Geruchlosigkeit und dieser Faktor fällt bei der Behandlung von Syphiliskranken beträchtlich ins Gewicht.

— Der **wirksame Bestandteil der Digitalisblätter**, das Digitoxin, wird bisher zu therapeutischen Zwecken nur selten benutzt, weil das kristallinische Präparat, das überdies schwer löslich und nur in Bruchteilen von Milligrammen zu verordnen ist, nicht frei von störenden Nebenwirkungen auf den Magen bleibt. Es ist nun CLOETTA gelungen („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 33), aus den Blättern ein amorphes Digitoxin zu isolieren, daß ungleich größere Wasserlöslichkeit aufweist als das kristallisierte Digitoxin und auch keine Belästigung des Magens wie dieses hervorruft. Im Tierversuch wurde auch die Reizlosigkeit der subkutanen Injektion festgestellt. Das „Digalen“ kann daher ohne Schädigung per os, per rectum, subkutan und intravenös verabreicht werden. In den Handel gelangt es in wässeriger Lösung mit 25% Glyzerin versetzt in kleinen Fläschchen; jeder Kubikzentimeter der Lösung entspricht genau 0·3 *mg* des amorphen

Digitoxins. Der Preis des Fläschchens mit 15 cm^3 Inhalt beträgt 2 Mark Die Vorzüge des Digalens vor den galenischen Digitalispräparaten bestehen nach NAUNYN in der konstanten Wirkung, selbst da, wo Digitalis versagt. Der Eintritt der Wirkung erfolgt rasch, ohne Latenzstadium; es ist daher von größter Bedeutung bei der im Verlauf von akuten Infektionskrankheiten plötzlich einsetzender Herzschwäche. Die Einzeldosis beträgt 0·3 *mg* (= 1 cm^3 der Lösung), als maximale Einzeldosis sind 0·6 *mg*, als maximale Tagesdosis 1·2 *mg* anzusehen.

Literarische Anzeigen.

Beiträge zur experimentellen Therapie. Von **Professor E. v. Behring.** H. 7. Berlin 1904, August Hirschwald.

Das vorliegende Heft enthält zwei Aufsätze. Der erste stammt aus der Feder Geheimrat BEHRINGs und handelt über Ätiologie und ätiologische Therapie des Tetanus. Die Ausführungen des Verf.s, die sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben lassen und im Original studiert werden müssen, beziehen sich auf die Wirkungsweise des Tetanusgiftes und Tetanusantitoxins, sowie auf die Theorie der antitoxischen Tetanusgiftneutralisierung, sie enthalten auch einige kurze Ausführungen über die Heilserumtherapie des Tetanus. Die Abhandlung von ROEMER: „Neue Mitteilungen über Rindertuberkulosebekämpfung" enthält im wesentlichen eine genaue Darstellung des Prinzips und der Durchführung des von BEHRING ausgearbeiteten Verfahrens zur Immunisierung der Rinder gegen Tuberkulose. Dr. S.

Manuali Hoepli. Dr. PAOLO MANCINI: La rachitide e le deformità da essa prodotte. Con 116 figure intercalate nel testo. Ulrico Hoepli. Milano 1904.

Eine für den Praktiker geschriebene, überaus gründliche Bearbeitung der Rachitis, die in prägnanter und geschickter Darstellung Geschichte, Anatomie, Pathogenese, Symptomatik und Therapie der Krankheit bringt. Mit besonders liebevoller Breite und durch vorzügliche Abbildungen illustriert ist die Klinik und Therapie bearbeitet, wobei sich vielleicht stellenweise nur etwas kritische Sichtung vermissen läßt. Die Literatur aller Sprachen ist sorgfältig berücksichtigt. Eine bis zur Unkenntlichkeit gehende Entstellung deutscher Autorennamen hätte durch Sorgfalt der Korrektur vermieden werden können.

CL. ROMANO hat dem Buch ein warmes Geleitwort vorausgesetzt. Das Buch ist im allgemeinen gut; es ist ein Vergnügen und für Arzt und Studierenden Gewinn, es zu lesen.

NEURATH.

Sammlung von gerichtlichen Gutachten aus der psychiatrischen Klinik der Königl. Charité zu Berlin. Herausgegeben von **Prof. Dr. A. Koeppen,** I. Assistenten der Klinik. Mit einem Vorwort von dem Direktor der Klinik **Geh.-Rat Prof. Dr. Jolly.** Berlin 1904, S. Karger. 546 S.

Gutachtensammlungen erscheinen gegenwärtig wiederholt und nicht ohne Berechtigung. Aus dem reichen Material der psychiatrischen Klinik der Berliner Charité sind 47 in irgend einer Hinsicht interessante Fälle ausgesucht. Sie sind nach Psychosen angeordnet und betreffen mannigfache Formen: Schwachsinn, Epilepsie, Paranoia, Lues cerebri, Dégénérés, sexuelle Perversität, pathologische Lügner, Alkoholismus, Puerperalpsychose, auch zwei Fälle mit Diagnosis incerta. Den meisten Abschnitten sind allgemeine Bemerkungen vorangeschickt. INFELD.

Zurechnungsfähigkeit oder Zweckmäßigkeit? Ein offenes Wort an unsere Kriminalistik. Von **Dr. Moritz Brichta.** Leipzig und Wien 1903, Deuticke. 129 S.

„Naturwissenschaftliche Wahrheit in den theoretischen Voraussetzungen und soziale Zweckmäßigkeit in den praktischen Folgerungen, das sind die unentbehrlichen Grundlagen jeder gesunden Rechtspflege, insbesondere aber der Strafrechtspflege".

Auf dieser Grundlage bestrebt sich Verf. zu zeigen, wie die heute von der Rechtswissenschaft nicht mehr zu ignorierende Tatsache der Willensunfreiheit mit der Sicherung der bestehenden Rechtsordnung und des Gesellschaftsschutzes zu vereinigen sei. Das ist Richtung und Ziel. Die Einzelheiten der gedankenreichen Schrift entziehen sich einer kurzen Wiedergabe. INFELD.

Feuilleton.

Berliner Brief.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Med. Presse".)

I.

— Silvester 1904.

Ich möchte das Jahr nicht zu Ende gehen lassen, ohne der „Wiener Med. Presse" noch einen brieflichen Gruß aus der Hauptstadt des Deutschen Reiches zu senden, welche gerade jetzt die zweite Million ihrer Einwohnerzahl überschritten, mit den Vororten aber etwa 3 Millionen Seelen erreicht hat. Diese Riesenstadt ist in der Tat eine kleine Welt für sich. Sie beherbergt über 3800 Ärzte, kann aber doch nicht allen eine standeswürdige Existenz bieten, weil die Krankenkassen und zahllosen „poliklinischen" Institute einen großen Teil von oft durchaus nicht zahlungsunfähigen Kranken durch Gratisbehandlung absorbieren. Beim Jahreswechsel pflegt man ja so manchen guten Wunsch zu äußern, und da muß es gesagt sein, daß das Überwuchern der sogenannten Polikliniken nachgerade eine unerträgliche Kalamität für die praktischen Ärzte geworden ist. Denn unter diesem Namen, der doch nur Anstalten zu akademischen Lehrzwecken gebührt, verbirgt sich eine Art von Privatindustrie, welche im Grunde auf Vergrößerung der Praxis hinausläuft, indem sie durch unentgeltliche Sprechstunden ein Klientel heranzieht, welche eigentlich den praktischen Ärzten zukäme. Es wäre zu wünschen, daß die „wilden" Polikliniken ernstlich unterdrückt würden. Der Universitätsdozent hat ja zweifellos, um sich Lehrmaterial zu sichern, eine Berechtigung zur Eröffnung einer Poliklinik für sein Spezialfach. Allein über den Universitätskreis hinaus hat eine Poliklinik weder Zweck noch Sinn, noch entspricht sie einem Bedürfnis der Bevölkerung. „Vernunft wird Unsinn, Wohltat Plage." Wenn solche Anstalten, von Praktikern ohne Lehrberuf begründet, wie Pilze aus der Erde wachsen, dann ist dies ein Mißbrauch und eine Schädigung der Berufsgenossen. Diese haben ohnehin einen schweren Stand. Das alte Jahr mit seinen bitteren Kämpfen auf dem Gebiete des Krankenkassenwesens hat der Körperschaft der ausübenden Ärzte ernste Wunden beigebracht, von denen sie sich nur langsam erholen und wirtschaftlich wieder etwas kräftigen wird. Da man das Nutzlose und Unmögliche einer kausalen und essentiellen Behandlung dieses Leidens, von dem unser Stand ergriffen ist, einsieht, versucht man es jetzt mit der symptomatischen Behandlung. Aber diese ist immer nur ein Notbehelf. So hat man durch eine Resolution der hiesigen Standesvereine eine Besserung des Modus in der Honorierungsfrage angeregt. Es wird den Ärzten, soweit sie nicht mit einem Jahresfixum angestellt sind, nahegelegt, Einzelleistungen sofort nach Abschluß der Behandlung, mindestens aber nach Ablauf des Vierteljahres zu liquidieren, ein Verfahren, an welches das Publikum durch die gesamte Geschäftswelt bereits gewöhnt ist. Dieser fällt es nicht ein, 1 Jahr lang zu kreditieren. Der bei den Ärzten noch herkömmliche, aber gänzlich veraltete Gebrauch ist in der Tat unwirtschaftlich und unpraktisch, zumal in einer Zeit wie die jetzige, in welcher das „Dat Galenus Opes" nur ein Nachklang aus früheren Jahrhunderten ist. Für die große Mehrzahl der Ärzte ist ein hohes Einkommen vorerst kaum zu erwarten, und daran werden Maßnahmen wie das verbesserte Liquidationsverfahren, wenn sie auch gut gemeint sind, wenig ändern.

Eigenartig ist es, wie sehr sich die Hypersensibilität unseres Standes allmählich unter dem Drucke der Erwerbsverhältnisse verringert hat. Das Vorgehen der Krankenkassen gegen die Ärzte nötigt diese



zur Koalition, zu Ausständen, zur Fernhaltung Arbeitswilliger oder Streikbrecher, zur Ansammlung von Streikfonds, mit denen die Ausständigen über Wasser zu halten seien, bis der Streik zu Ende ist. Noch vor 10 Jahren hätte man diese ganzen Begriffe, die der Sozialdemokratie entlehnt sind, für standesunwürdig, bei Ärzten ganz für unmöglich gehalten. Die Gleichstellung mit den Arbeitern in bezug auf die Maßnahmen zu gegenseitigem Schutz bei Lohnbewegungen würden ihnen unpassend erschienen sein. Jetzt wird energisch für Sammlung größerer Streikfonds agitiert, und zwar in Form einer Steuerauflage der Ärzte. Vorläufig sind aber keineswegs alle Ärzte geneigt, in eine solche Selbstbesteuerung zu willigen, obwohl sie den ethischen Wert des Vorschlags nicht verkennen, der in dem Grundsatz gipfelt: „Einer für Alle, Alle für Einen." Viele können sich aber nicht entschließen, gerade jetzt für die finanzielle Solidarität noch pekuniäre Opfer zu bringen.

Sozialdemokratie und Ärztestand sind anscheinend durch eine große Kluft geschieden. Aber es ist doch eine eigenartige Erscheinung, daß in den letzten Jahren eine Anzahl von Ärzten diese Kluft überbrückten und sich offen als Anhänger der Sozialdemokratie bekannten. Es mögen dies wohl etwa 16 bis 20 sein. Unter diesen nahm der jüngst verstorbene Dr. KURT FREUDENBERG eine hervorragende, selbst führende Stellung ein. Überzeugter Anhänger der sozialistischen Richtung, gab er dieser Gesinnung bei jeder Gelegenheit entschiedenen Ausdruck. Aber er arbeitete auch fleißig, fast übermäßig im Interesse der Standes- und Kassenangelegenheiten, trat mutig für die „Freie Ärztewahl" ein, kurz er war eine markante Erscheinung. Nun ist er in verhältnismäßig jungen Jahren einem schweren Leiden erlegen.

Eine hochangesehene Persönlichkeit, der Generalarzt Dr. SCHAPER, ist ebenfalls vom Schauplatze abgetreten, jedoch in den wohlverdienten Ruhestand. HERMANN SCHAPER, Geheimer Ober-Medizinalrat und Mitglied der Militärärztlichen Prüfungskommission, hat sich als Direktor der Königl. Charité um diese große Krankenanstalt bleibende Verdienste erworben. Aber auch als Mensch war er seiner trefflichen Charaktereigenschaften und seines Talentes als ausübender Musiker wegen sehr beliebt. Zur Erinnerung an ihn wird seine für einen Saal der Charité gestiftete Büste beitragen.

Galt es hier einen Abschied, so handelte es sich bei HERMANN SENATORs 70. Geburtstag um ein Jubelfest, dem aber der verdiente schaffenskräftige Gelehrte und Kliniker durch eine Reise aus dem Wege ging, bis ihm nach seiner Rückkehr die übliche Festfeier mit obligatem Diner doch die verdienten Huldigungen brachte. Den Tag selbst hatten seine früheren und jetzigen Assistenten sowie Schüler durch einen würdigen Akt, durch wissenschaftliche Vorträge und Publikationen sowie durch Stiftung seiner Büste für die Charité begangen. SENATOR ist Geh. Medizinalrat, ordentlicher Honorarprofessor. 1875 wirkte er als Chefarzt im Augusta-Hospital, 1881 trat er in die Charité ein, wo ihm 1888 die III. medizinische Klinik und später die Universitäts-Poliklinik für innere Krankheiten übertragen wurde. Er hat ein arbeits- und erfolgreiches Leben hinter sich, teils als Forscher, teils als akademischer Lehrer. Seine Untersuchungen über den fieberhaften Prozeß (1873), über die Albuminurie in physiologischer und klinischer Beziehung (1882), seine Arbeiten über Ikterus, Transsudation und Nierenfunktionen, über Dermatomyositis und asthenische Lähmung haben ihm in der Geschichte der modernen Heilkunde einen Ehrenplatz gesichert. Von unverminderter schöpferischer Frische zeugt das, was er in dem Sammelwerk „Krankheit und Ehe" erst jüngst publizierte.

Mit ROBERT KOCHs 60. Geburtstag und abermaliger Abreise in seine afrikanischen Forschungsgebiete fiel die Konferenz deutscher Tuberkuloseärzte zusammen, welche vor kurzem hier tagte und deren idealer Mittelpunkt das Kaiserliche Gesundheitsamt, diese von KÖHLER geleitete großartige Stätte wissenschaftlich-hygienischer Arbeit, bildet. Leiter von Tuberkuloseheilstätten sowie Forscher auf besonderen Studiengebieten tauschten hier ihre neuesten Erfahrungen aus. Die größte Sensation erregte der Vortrag des Stabsarztes und Regierungsrates Dr. WEBER über seine Versuche zur Ermittlung der Wesenseinheit des Tuberkulose- und Perlsuchtbazillus. Auf diese epochemachenden Versuche an dieser Stelle näher einzugehen, würde unmöglich und unnötig sein, da sie demnächst in extenso publiziert werden. Nur soviel sei hier angedeutet, daß beide Bazillenarten, die der Menschen- und Rindertuberkulose, auf das Rind und auf den Menschen übertragbar sind, bisweilen sogar beide zugleich, und daß sowohl die Fütterung als die Inhalation zur Infektion führen kann. Mit dieser Kontrolluntersuchung ist KOCHs dualistische Auffassung widerlegt. Interessant waren auch die Ausführungen RITTERs, welcher vor einer übertriebenen Furcht vor den pathogenen Keimen der Tuberkulose warnte, weil durch diese Bakteriophobie des Publikums die Brustkranken selbst am meisten zu leiden haben. In der Tat bahnt sich schon seit längerer Zeit ein Rückschlag an, weil man eingesehen hat, daß nicht die Bakterien allein die Ursache der Infektion sind, sondern daß auch die Disposition und die verringerte Widerstandskraft dabei eine wichtige Rolle spielen und die Besserung der letzteren eines der Hauptziele der heutigen Phthisiotherapie ist. Aber freilich, ein Wunder ist es nicht, wenn jetzt den Tuberkuloseärzten selbst vor der übermäßigen, künstlich gezüchteten Bakterienfurcht bange wird und wenn sie dabei an die Worte aus GOETHEs Zauberlehrling denken müssen: Die ich rief, die Geister, werd' ich nun nicht los.

Ich schließe mit frohem Ausblick in das neue Jahr; denn es wird uns eines der großartigsten Hospitäler modernen Stils bringen, das Virchow-Krankenhaus, und eine der glänzendsten Stätten für das ärztliche Fortbildungswesen, das Kaiserin Friedrich-Haus. Schon gehen beide ihrer Vollendung entgegen.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus englischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Clinical Society of London.

FINLAY: Die Therapie des Pyopneumothorax.

FINLAY berichtet über 3 Fälle von tuberkulösem Pyopneumothorax. Nach der Probepunktion wurde Inzision, Rippenresektion und Eiterentleerung vorgenommen. In 2 Fällen kam es bald nach dem chirurgischen Eingriffe zum Stillstand des tuberkulösen Prozesses, so daß die Kranken wieder ihrer Beschäftigung nachgehen konnten. Auch im dritten Falle wurde wesentliche Besserung erzielt. FINLAY hält deshalb die chirurgische Therapie des Pyopneumothorax für überaus geeignet.

THOMPSON und MIHINSON: Zwei Fälle von Tumoren im linken Vorhof.

Im ersten Fall handelte es sich um ein junges Mädchen, das niemals an Rheumatismus oder Chorea gelitten hatte. Es erkrankte mit Brustschmerzen und Dyspnoe. Bald entstand Ödem an den unteren Extremitäten. An der Herzspitze war ein systolisches und präsystolisches Geräusch hörbar. Es wurde die Diagnose Mitralstenose gestellt. Die Obduktion ergab aber, daß es sich um ein gestieltes Fibrom handelte, das vom Septum ausging und in die Mitralklappe hineinragte. Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, welche seit 5 Jahren an heftigen Atembeschwerden litt. Das Herz war stark dilatiert, an der Herzspitze war ein systolisches und ein präsystolisches Geräusch zu hören. Eine rechtsseitige Hemiplegie führte bald zum Exitus. Die Obduktion ergab einen rundlichen Tumor in der Gegend der Fossa ovalis, bestehend aus myxomatösem Gewebe. Die Diagnose derartiger Tumoren in vivo gehört wohl zu den schwierigsten. Das Fehlen eines anamnestischen Nachweises von Chorea, Rheumatismus etc. allein ist geeignet, an die Möglichkeit von Tumoren denken zu lassen.

Obstetrical Society.

T. W. EDEN: Echinokokkus im weiblichen Genitale.

Eine 40jährige Patientin ist trotz 13jähriger Ehe nie gravid gewesen. Sie klagte über Schmerzen im Rücken und in der linken Seite. Die Untersuchung ergab einen vom Douglas aus fühlbaren Tumor, der die Merkmale einer Dermoidzyste des rechten Ovariums darbot.

Bei der Operation erkannte EDEN, daß es sich um eine starke Erweiterung der rechten Tube, die mit Hydatidenblasen angefüllt war, handle. Das Ovarium, sowie die Adnexe der linken Seite waren mit Ausnahme leichter Verwachsungen völlig gesund. Andere Hydatiden-

blasen waren nicht auffindbar. Die Patientin genas völlig. Einen ganz analogen Fall hat im Jahre 1896 DOLERIS, einen Fall von primärem Echinokokkus des Ovariums ein Jahr vorher PÉAN beschrieben.

Cullingworth und **Clutton** berichten über eine 24jährige Frau, die 11mal wegen Echinokokkus der Bauchhöhle operiert wurde. Der Sitz der Hydatidenblasen waren beide Ovarien, Netz, Ligamentum latum und die vordere Bauchwand. Bei einem Eingriff wurde der vaginale Weg, sonst der von der vorderen Bauchwand aus eingeschlagen.

Bland Sutton betont, daß sich der Parasit gewöhnlich im lockeren, subserösen Gewebe ansiedle.

STÜRMER: Über die Behandlung der puerperalen Eklampsie mit Schilddrüsenextrakt.

Die Patientinnen bekamen 0·6 *g* des Präparates bei der Aufnahme, dann je 0·3 *g* in vierstündigem Intervall. Zugleich wurden Morphium und Kochsalzinfusionen verwendet. Die Mortalität sank auf 12·2%. Die Diurese war eine auffallend gute. Bemerkenswert erscheint STÜRMER, daß die eklamptischen Anfälle zumeist an trüben, nebeligen Tagen auftraten, also von Sekretionsstörungen der Haut abhängig schienen.

Society for the study of diseases in children.

STILES und Mr. DONALD: Über postoperative Chloroformvergiftung.

Die Ref. berichten über zwei neue Fälle dieser in England wenig bekannten Chloroformvergiftung. Die Symptome treten 48 Stunden nach der Operation auf. Sie bestehen aus folgenden Haupterscheinungen: Unstillbares, hämorrhagisches Erbrechen, schwerer Kollaps mit irregulärem, sehr beschleunigtem, fadenförmigem Puls. Therapeutisch wurden Kochsalzinfusionen und Magenausspülungen angewendet, Doch starben die Kinder 2 bzw. 3 Tage nach der Operation. Die Sektion ergab schwere degenerative Veränderungen in der Leber.

Royal medical and chirurgical society.

W. C. HERRINGHAM und W. A. WILLS: Die Elastizität der Aorta.

Die Autoren haben die Aorta von 128 Individuen untersucht. Das große Gefäß folgt denselben Gesetzen, welche für die Elastizität der organischen Körper im allgemeinen festgestellt wurden. Für die Elastizität ist die Beschaffenheit der Tunica media entscheidend; ihre Herabsetzung ist eine Folge der Veränderungen des Bindegewebes. Die Kadaver stammten von Leichen des verschiedensten Alters über 20 Jahre. Auch wenn man die Aorta mit Gewichten von 200 *g* mittelst eigener Vorrichtungen dehnte, kehrte nach Entfernung der Belastung das Gefäß völlig zur Norm zurück.

T. A. HYSLOP: Über progressive Paralyse.

HYSLOP unterscheidet folgende Haupttypen des Krankheitsbildes der progressiven Paralyse: 1. Die tonische Form bei Syphilis, Alkoholismus, fieberhaften Infektionskrankheiten, Intoxikationen. 2. Im Anschluß an die Erkrankungen der Hirnrinde: akute Demenz, Stupor, Katatonie. 3. Vereint mit verschiedenen Läsionen wie Tabes und Tumoren. 4. Im Anschluß an Trauma und Sonnenstich. Hinsichtlich der syphilitischen Paralysen sind die terminale Form bei akquirierter Lues, die paraluetische und die kongenital paraluetische Form zu unterscheiden. Die Syphilis kommt aber nicht als alleiniger Faktor für die Entstehung der parasyphilitischen Formen in Betracht. Dagegen spricht die Erfolglosigkeit der antiluetischen Therapie und die verhältnismäßige Seltenheit dieser Form der Paralyse bei Frauen. Auch ist es merkwürdig, daß die Lues bei den Chinesen und Negern so häufig ist, Paralyse und Tabes aber selten.

Cooke hält an der syphilitischen Ätiologie der progressiven Paralyse fest und glaubt, daß Alkohol und Exzesse in venere bloß begünstigende Faktoren sind.

Aus französischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Société de Biologie.

SALMON: Experimentelle Syphilis an Kornea und Konjunktiva.

S. inokulierte Eiter von syphilitischen Papeln eines Mannes auf die Kornea bzw. Konjunktiva zweier Affen. Bei beiden Versuchstieren entstanden typische syphilitische Infektionen. Die Inkubationsdauer betrug im ersten Fall 33, im zweiten 49 Tage. Die histologische Untersuchung ergab eine deutliche Mononukleose, End- und Periarteritis, Hyperpigmentation des Epithels etc., kurz den Beweis, daß es sich wirklich um Syphilome handle.

GILBERT und LEREBOULLET: Die Lebererkrankungen als Ursache der Hämorrhoiden.

Die Autoren vertreten den Standpunkt, daß passive Kongestion im Pfortadersystem durch Erkrankung der Leber als Hauptursache der Hämorrhoiden anzusehen sei. Der diagnostische Wert der Hämorrhoiden ist daher ein bedeutender, da dieselben oft das einzige Zeichen einer latenten Lebererkrankung sind. Unter 20 Fällen von Cholelithiasis wurden 17mal Hämorrhoiden gefunden; ebenso bei vielen Fällen von anderen Gallenblasenaffektionen, Leberzirrhose etc. Neben diätetischen Mitteln kann die Massage der Leber, indem sie die Zirkulation innerhalb derselben wieder normal gestaltet, eine heilende Wirkung auf die Hämorrhoiden ausüben.

TOULOUSE: Die Überernährung mit Zucker.

T. konnte bei Krankheitszuständen, die mit großer Abmagerung einhergingen, durch Zucker schöne Erfolge erzielen. Das tägliche Quantum betrug 50—300 *g*. In einigen Monaten konnten Gewichtszunahmen bis um 13 *kg* erzielt werden. Am bedeutendsten war die Wirkung zugleich mit Milch. Bei Fleischkost läßt T. den Zucker in Sirupform am Ende jeder Mahlzeit nehmen; Verdauungsstörungen durch Zuckerdiät wurden nie beobachtet. Vortr. erklärt den Zucker für ein eminent eiweißsparendes Mittel.

BERTRAND: Arsenik im tierischen Organismus.

B. konnte bei seinen Untersuchungen kleine Mengen von Arsenik im Organismus von Seetieren, d. h. Lebewesen, nachweisen, welche fern von allen Ursachen der Verunreinigung leben. Das Arsen ist in der ganzen Tierreihe, von den höchststehenden Wirbeltieren bis zu den Spongien, zu finden. Es ist in allen Geweben vorhanden und bildet einen integrierenden Bestandteil des Protoplasma.

Société médicale des hôpitaux.

LERMOYEZ: Über die Insuffizienz der Nasenatmung.

L. stellte vor einigen Jahren eine Kranke vor, deren Nase zwar vollkommen durchgängig war, die aber dennoch durch dieselbe nicht atmen konnte. Da die Patientin hysterische Stigmata aufwies, dachte ein Kollege an Simulation und verschloß der Patientin den Mund, da wurde sie stark zyanotisch. Da L. die wirkliche Ursache der Unmöglichkeit einer Nasenatmung nicht kannte, bezeichnete er diesen Fall und analoge als Pseudoverstopfung der Nase. Später erst kam L. zur Erkenntnis, daß es sich um eine Insuffizienz der Nasenatmung handelt. Die Patienten sind nicht imstande, durch die Nase zu atmen. Derselbe Mechanismus veranlaßt folgende Erscheinung: Von zehn wegen adenoiden Vegetationen erfolgreich operierten Patienten, atmet einer nach der Operation nicht besser als zuvor. Auch die neun andern sind weit davon entfernt, sofort die ganze Nasenatmung wieder aufzunehmen. Wenn sie endlich dazu kommen, so ist dies deshalb, weil die operierten Kinder unbewußt die Nasenatmung wieder von ihren Eltern erlernen. Besser wäre es, wenn diese Wiedergewöhnung den Patienten vom Arzte beigebracht würde, weil derart raschere und bessere Erfolge resultieren würden.

DANLOS: Über die Unwirksamkeit der Präventivbehandlung der Lues.

D. stellt einen Kranken vor, der vor 10 Jahren eine Lues akquirierte. In den sieben folgenden Jahren war Patient ohne Erscheinungen, obgleich keine weitere Behandlung angewendet wurde. Im Laufe des nächsten Jahres entwickelte sich ein gummös-tuberkulöses Syphilid der Stirnhaut, das nach einer Kalomelinjektion zurückging. Patient erhielt nun zwei Jahre hindurch 60 Kalomelinjektionen. Nichtsdestoweniger bekam Patient eine Nekrose des knöchernen Nasengerüstes. Ein anderer Kranker, der durch 2½ Jahre hindurch 100 Injektionen mit Oleum cinereum erhalten hatte, bekam trotzdem eine Hemiplegie, die seither unverändert bleibt. D. glaubt aus diesen Fällen Schlüsse auf die Unwirksamkeit der Präventivbehandlung der Lues ziehen zu dürfen; er glaubt ferner, daß durch langandauernde Behandlung eine Gewöhnung an Quecksilber eintrete, das dann versagt, wenn seine Anwendung am Platz ist.

PAWINSKI: Apocynum cannabinum als Kardiakum und Diuretikum.

Das Apocynum cannabinum ist in der Volksmedizin in Asien und Amerika sehr bekannt, weniger in Europa. Die Wurzel der aus Nordamerika stammenden Pflanze enthält einen Giftstoff, welcher ähnlich der Digitalis auf das Herz wirkt. Die Frequenz des Pulses wird schon nach wenigen kleinen Dosen herabgesetzt, während große Gaben eine Akzeleration zur Folge haben. P. glaubt, eine Wirkung des Apocynum cannabinum auf die Herzinnervation annehmen zu sollen. Der



Blutdruck erfährt durch das Präparat eine Steigerung, die nach KOSTKIEWICZ stärker sein soll als bei der Verabreichung von Digitalis oder Strophantus. Außerordentlich mächtig ist die diuretische Wirkung. Eine Vermehrung der Diurese bis auf 4—6 *l* pro 24 Stunden wurde wiederholt beobachtet. 8—10 Tropfen, zweimal täglich gegeben, genügen oft, um die Diurese durch lange Zeit zu unterhalten. Ein ungünstiger Einfluß auf den Verdauungstrakt konnte nie bemerkt werden, außer bei anfänglicher Verabreichung großer Gaben.

LABBÉ: Über hereditäre Lues.

L. hat im Verein mit ARMAND-DELILLE einen hereditär-luetischen Säugling beobachtet, bei dem neben den Hauterscheinungen Fieber, Koryza, starke Hypertrophie der Leber, sowie ein beträchtlicher Milztumor bestand. Die Blutuntersuchung ergab 1,981.000 rote Blutkörperchen im Kubikzentimeter. Es bestand eine intensive Hyperleukozytose von einer ganz speziellen Art: 32 Lymphozyten, 8 polynukleäre, 50 mononukleäre, 7 eosinophile, 3 neutrophile Leukozyten. Unter spezifischer Therapie in Form von Einreibungen verschwanden die Hauteruptionen, der Milztumor und die Hyperleukozytose. Die Lues kann also eine Art von Pseudoleukämie hervorbringen.

Barbier hat ähnliche Pseudoleukämien bei Kindern beobachtet, auch wenn nicht Lues, sondern Tuberkulose oder intestinale Erkrankungen als ätiologische Faktoren anzusehen waren. In diesen Fällen fehlte auch nicht die Vergrößerung von Milz und Leber.

Notizen.

Wien, 31. Dezember 1904.

1904—1905.

Eine Neujahrsbetrachtung.

Der medizinische Geschichtsschreiber der Zukunft wird den Anfang des 20. Jahrhunderts wohl am prägnantesten mit den Worten charakterisieren: „Zu dieser Zeit stand die medizinische Wissenschaft in voller Blüte; ihrer Pflege huldigte eine große Zahl begeisterter, arbeitsfreudiger Jünger; alle Gebiete der Therapie zumal weisen in dieser Periode Fortschritte auf, die im schroffen Gegensatze stehen zu dem therapeutischen Nihilismus des früheren Säkulums; die Menschheit hat medizinischer Forschung und ärztlicher Kunst Außerordentliches zu danken. Mit Befremden aber ist der zeitgenössischen Literatur zu entnehmen, daß, während die Wissenschaft stetig vorwärts schreitet, Diejenigen im Ansehen sinken, die berufen sind, die Früchte der Forschung der Menschheit zu reichen; daß andrerseits aber Unbildung, Betrug und Ausbeutung erfolgreich bemüht sind, Wissen, Gewissenhaftigkeit und Humanität zu verdrängen."

Der immer unaufhaltsamer erfolgende Niedergang unseres Standes, bedingt durch den Pauperismus der Bevölkerung, die Gleichgültigkeit der Gesellschaft gegenüber ärztlichen Interessen, die Borniertheit und Voreingenommenheit der Massen in medizinischen Fragen, die Frechheit des durch eine unzulängliche Legislative geschützten Kurpfuschertums, hat auch im abgelaufenen Jahre trotz der erfolgreichen, von schönster Harmonie zeugenden Bestrebungen, zumal der Ärzte Deutschlands, keinerlei Besserung erfahren. Das Ansehen und die wirtschaftliche Lage des Arztes sinken von Jahr zu Jahr; gegenwärtig erscheinen die Schwierigkeiten kaum mehr besiegbar, die sich der Gründung einer ärztlichen Existenz auf der Basis der allgemeinen Praxis entgegenstellen, und immer zahlreichere Stimmen werden laut, welche das Heil und die Zukunft unseres Standes in dessen Verstaatlichung erblicken.

Wir vermögen den Pessimismus, der zu diesen Konsequenzen führt, nicht widerspruchslos zu teilen. Weil gerade wir in einer Epoche zu wirken berufen sind, die, der Entwicklung der freien Berufe abhold, durch Berücksichtigung der vollberechtigten Forderungen des Proletariats und zahlreiche andere, die Gebiete des Handels und der Politik berührende Verhältnisse den Mittelstand verarmen läßt, von welchem der frei praktizierende Arzt lebt, weil gerade wir bemüssigt sind, unter denkbar ungünstigsten äußeren Verhältnissen unserem schweren Berufe zu obliegen, haben wir kein Recht, an der Zukunft unseres Standes zu verzweifeln. Daß derselbe frei sein und frei bleiben muß, ist auch Jenen gegenüber zu betonen, die einerseits mit Recht nach freier Arztwahl bei den Krankenkassen rufen, andrerseits aber der Verstaatlichung des Ärztestandes nicht abhold sind. Nein — dies soll und darf nicht die Zukunft eines Standes sein, dessen Angehörige am besten wissen, daß das Band zwischen dem Kranken und seinem Arzte aus den unzerreißbaren Fäden des Vertrauens, der Sympathie, der Freundschaft gewebt ist. Ersteres wird gewonnen durch volle Betätigung ärztlicher Kunst, letztere durch jene Humanität, die das Wort geprägt vom guten Menschen und guten Arzte.

Die Ausbildung der Ärzte auf allen Gebieten der Wissenschaft und Praxis schreitet stetig fort; schon müssen im Deutschen Reiche neben den zahlreichen Universitäten „Akademien für praktische Medizin" errichtet werden, welche es den jungen Ärzten ermöglichen sollen, ihr „Probejahr" unter verläßlicher Führung zu absolvieren. Schon mehren sich die Zeichen dafür, daß die Unterrichtsverwaltungen die Bedeutung der physikalischen Methoden für die Erziehung und zukünftige Wirksamkeit des Arztes erkennen, jener Methoden, deren technische Beherrschung der sicherste Schutz ist gegen die Invasion der „Naturheilkünstler". Die Reaktion, welche die traurigen Aussichten, als Arzt sein Brot zu essen, bewirkten, hat die Zahl der dem Studium der Medizin zustrebenden Abiturienten mehr als dezimiert, und die Versuche, auch den Realschulabsolventen die Pforten der Fakultät zu eröffnen, werden den empfindlichen Ausfall in absehbarer Zeit ebensowenig zu ersetzen vermögen, wie die Freigabe des Frauenstudiums. Die Abnahme der Ärztezahl, die sich in 2—3 Dezennien schon empfindlich fühlbar machen dürfte, garantiert unseren Nachfolgern günstigere Existenzbedingungen, zumal die Erfahrungen, die wir ihnen aus dem Gebiete ärztlich-sozialer Kämpfe und Bestrebungen zu überliefern vermögen, sie in den Stand setzen dürften, ihre Position zu festigen und zu verteidigen.

So kann denn nur der Ausblick in die nicht allzu ferne Zukunft des ärztlichen Standes uns Trost bieten für die Misèren der Gegenwart. Von den unglückseligen Verhältnissen der Allgemeinheit niedergedrückt, soll uns dieser Ausblick die Kraft verleihen, Mann für Mann, Schulter an Schulter, einig und untrennbar einzustehen für die Freiheit des ärztlichen Berufes und gegen jeden Versuch zu kämpfen, den ärztlichen Stand zu proletarisieren. Denn nur in voller Freiheit, unberührt von den Fesseln des Formalismus, können sich die Fähigkeiten des Einzelnen entfalten, kann ein Stand zu neuer Blüte erstehen, der zu den hehrsten zählt unter den menschlichen Berufen. Das Jahr, dessen Schwelle wir soeben überschreiten, möge es den ärztlichen Stand dem leuchtenden Ziele näher bringen, das uns vorschwebt im Dunkel unserer Zeit! A. B.

(Verband der Ärzte Wiens.) Auf neuer Basis, und zwar in der Weise, daß in der Verbandsleitung nicht Delegierte der einzelnen Verbandsvereine, sondern deren Obmänner und Obmannstellvertreter Sitz und Stimme haben, hat sich der Verband der Ärzte Wiens neu konstituiert. Bei der Neukonstituierung waren 14 Vereine durch ihre Delegierten vertreten. Die Vereinsleitung besteht nunmehr aus den Doktoren Prof. FINGER, SKORSCHEBAN, OBHLIDAL, HERZ-FRÄNKEL, BOROS, KLEIN und SCHOLZ.

(Wiener Ärztekammer.) Die Wiener Ärztekammer gibt bekannt, daß sie die Annahme jeder wie immer gearteten ärztlichen Stelle bei dem Humanitäts- und Krankenunterstützungsverein „Konkordia", II., Robertgasse 1, für standeswidrig erklärt und gegen jeden Zuwiderhandelnden ehrenrätlich vorgehen wird.

(Die Delegierten der Ärztekammern im Landes-Sanitätsrate.) Das Ministerium des Innern hat an alle politischen Behörden einen Erlaß betreffend die Zuziehung der Delegierten der Ärztekammern zu den Sitzungen der Landes-Sanitätsräte gerichtet,

in welchem es als den Interessen der Sanitätsverwaltung förderlich betont wird, wenn man der diesbezüglichen Bestimmung des Ärztekammergesetzes eine möglichst weitgehende Auffassung gibt und die Delegierten der Ärztekammern jenen Verhandlungen der Landes-Sanitätsräte beigezogen werden, bei welchen die ärztliche Berufstätigkeit, Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheitspflege und allgemeine sanitäre Angelegenheiten in Frage kommen. — Merkwürdig genug, daß es hierzu eines eigenen Ministerialerlasses bedurft hat.

(Wiener med. Doktorenkollegium.) In den letzten wissenschaftlichen Versammlungen des abgelaufenen Jahres sprachen Prof. E. SCHIFF über nichtoperative Behandlung von Epitheliomen, Doz. Dr. W. ROTH über die entzündlichen Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes und Prof. S. FREUD über Psychotherapie. Wir reproduzieren die überaus beifällig aufgenommenen Ausführungen FREUDS an leitender Stelle der vorliegenden Nummer und werden auch die beiden anderen Vorträge in extenso veröffentlichen.

(Universitätsnachrichten.) Der Privatdozent an der kaiserlich russischen militärärztlichen Akademie in St. Petersburg Dr. LEON POPIELSKI ist zum ordentlichen Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie in Lemberg, der Privatdozent für Chirurgie in Krakau Dr. ALEXANDER BOSSOWSKI zum Extraordinarius ernannt worden. — Geh. Rat ERB in Heidelberg hat soeben sein 25jähriges Jubiläum als Ordinarius gefeiert. — Der Extraordinarius für externe Pathologie in Kasan Dr. N. GUERKEN ist zum ordentlichen Professor ernannt worden. — Am 24. Dezember hat Geh. Rat Prof. Dr. JULIUS HIRSCHBERG in Berlin sein 25jähriges Professorenjubiläum begangen.

(Personalien.) Ministerialrat Dr. FERDINAND ILLING hat den russischen Stanislausorden, Professor RÖNTGEN den bayerischen Michaelsorden erhalten. — Der Privatdozent Dr. MAX WESTENHOEFER in Berlin ist zum Professor und Leiter der pathologisch-anatomischen Anstalt beim städtischen Krankenhause Moabit-Berlin ernannt worden. — Linienschiffsarzt Dr. EUGEN CIASTON ist zum Marine-Stabsarzt, die Fregattenärzte und DDr. JOHANN NEJEDLO, LEOPOLD MAJDIČ und ANDREAS KORENČAN sind zu Linienschiffsärzten, die Korvettenärzte und DDr. KARL SUDA, ROMAN SOLTA und DIONYSIUS NOWAK zu Fregattenärzten ernannt worden. — Der Bahnarzt und kais. Rat Dr. SIEGMUND FRIED ist zum Oberkommissär der Generalinspektion der österreichischen Eisenbahnen ernannt worden.

(MANUEL GARCIA.) Der Erfinder des Kehlkopfspiegels feiert am 17. März d. J. seinen 100. Geburtstag. Die Londoner laryngologische Gesellschaft fordert in einem Rundschreiben alle laryngologischen Gesellschaften zur Subskription für ein Geschenk auf, das dem großen Altmeister der Laryngoskopie überreicht werden soll.

(Die Ärzte Deutschlands im Jahre 1904.) So betitelt sich ein Aufsatz aus der Feder des bekannten deutschen Statistikers HEIMANN in der „Deutschen med. Wochenschr.", der uns an der Jahreswende in gewohnter Weise die ärztlichen Verhältnisse im Deutschen Reiche vor Augen führt. Wir hören, daß die Zahl der Ärzte im Jahre 1904 weniger als in den Vorjahren zugenommen hat und daß hierbei die Einführung des praktischen Jahres ohne Zweifel zum Ausdrucke kommt. Auf 100 km^2 wohnen derzeit im Deutschen Reiche 5·63 Ärzte, auf 10.000 Einwohner kommen 5·40. Die Verteilung der Ärzte auf Großstädte, Mittelstädte, Kleinstädte ist dieselbe geblieben wie im Vorjahre. Die wirtschaftliche Lage hat im Berichtsjahre keine Besserung erfahren, die Zwistigkeiten mit den Krankenkassen sind schärfer geworden, ein Weg zur Verständigung hat sich bislang noch nicht gezeigt. Die Zahl der Medizinstudierenden ist glücklicherweise in weiterem Absinken begriffen.

(Ärztliches vom Kriegsschauplatze.) Aus einem im „Russ. Regier.-Anzeiger" publizierten Tagesbefehl Kuropatkins geht hervor, daß die russischen Militärärzte in der Zeit vom 25. September bis 11. Oktober 878 verwundeten Offizieren und 28.479 Untermilitärs, sowie 193 erkrankten Offizieren und 3827 Untermilitärs, im ganzen 33.332 Kriegern Hilfe geleistet haben.

(Aus der ärztlichen Praxis.) Die Ärzte der Bruderladen im Freistädter politischen Bezirke waren von der Bezirkshauptmannschaft beauftragt worden, die Bergarbeiter und deren Familien auf Trachom zu untersuchen, ohne dafür eine Entlohnung zu bekommen. Hiervon in Kenntnis gesetzt, hat die schlesische Ärztekammer die Bruderladen darauf aufmerksam gemacht, daß die in Rede stehende Untersuchung eine zur Bekämpfung einer Infektionskrankheit getroffene Maßnahme bedeute, deren Durchführung Sache der Gemeinde bzw. des Staates sei und in keinem Falle den Ärzten der Bruderladen aufgebürdet werden könne; am allerwenigsten aber könne man von den letzteren verlangen, diese Untersuchungen unentgeltlich vorzunehmen. Die Ärztekammer hat außerdem den Beschluß gefaßt, eine diesbezügliche Beschwerde der Landesregierung mit dem Ersuchen vorzulegen, entsprechende Weisungen an die in Betracht kommenden Stellen ergehen zu lassen.

(Über die Leistungen der Berliner Schulärzte) im zweiten Semester des Schuljahres 1903/1904 berichtet unser Korrespondent Folgendes: Es wurden 16.539 Kinder ärztlich untersucht und 1101 als für den Schulbesuch ungeeignet befunden. Nicht weniger als 12.897 Kinder erschienen als schulfähig, aber nicht als völlig gesund. 290 Kinder wurden in die Stotterkurse abgegeben, 568 Kinder für den Nebenunterricht in Vorschlag gebracht. Ein Besuch der Schulen durch die Schulärzte war in 1231 Fällen notwendig. — Wie laut sprechen doch diese Zahlen für die Notwendigkeit der schulärztlichen Institution in allen größeren Städten!

(Forensisches.) Ein Kollege in B. hatte, auf die Angabe eines Klienten gestützt, jedoch ohne dies speziell zu vermerken, bestätigt, daß sein Klient sich durch eine Gasexplosion eine Lungenentzündung zugezogen habe. In der Unterlassung des erwähnten Vermerkes sah nun das zuständige Ehrengericht eine Verletzung der Pflicht gewissenhafter Berufsausübung und entschied, das ärztliche Attest müsse inhaltlich erkennen lassen, ob die bescheinigte Tatsache auf eigener Wahrnehmung des Arztes oder auf den für glaubwürdig gehaltenen Mitteilungen des Patienten oder dritter Personen beruhe.

(Stempelfreiheit ärztlicher Zeugnisse.) Ärztliche Zeugnisse, welche in Angelegenheit der Krankenversicherung Arbeitern ausgestellt werden, sind stempelfrei, wenn aus dem Inhalte derselben hervorgeht, daß sie zu dem erwähnten Zwecke ausgestellt sind oder ihnen eine diesbezügliche Klausel beigesetzt ist.

(Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen.) Eine Konferenz dieser gemeinnützigen Institution soll im Juni d. J. in Hagen stattfinden und zum Hauptthema den Schutz der Giftarbeiter durch Belehrung über die Giftgefahren haben. Vorläufig ist folgende Tagesordnung festgesetzt worden. 1. Einleitendes Referat, LEWIN (Berlin), LEHMANN (Würzburg); 2 *a)* was kann der Arbeitgeber zur Lösung der Frage tun? LEPSIUS (Griesheim); *b)* was kann der Arbeiter zur Lösung der Frage tun? H. RÖSSLER (Frankfurt a. M.); *c)* was kann der Fabriks- resp. Krankenkassenarzt zur Lösung der Frage tun? *d)* was kann der Gewerbeaufsichtsbeamte zur Lösung der Frage tun? *e)* was kann die Medizinalbehörde zur Lösung der Frage tun? ROTH (Potsdam); *f)* was kann die Landesversicherungsanstalt zur Lösung der Frage tun? LIEBRECHT (Hannover); *g)* was kann die Schulbehörde zur Lösung der Frage tun? KERSCHENSTEINER (München); *h)* was kann die Presse zur Lösung der Frage tun? FRANCKE (Berlin).

(Pensionsberechtigung der Kassenärzte.) Aus Dresden wird uns geschrieben: Die hiesige Ortskrankenkasse hat in ihrer letzten Generalversammlung den Beschluß gefaßt, ihren Ärzten die Pensionsberechtigung zu verleihen. Der Anspruch des Arztes auf Ruhegehalt tritt nach 10jähriger Tätigkeit als Kassenarzt ein, und zwar dann, wenn er nach mehr als 10jähriger Tätigkeit zur Ausübung der kassen- und privatärztlichen Praxis dauernd unfähig wird oder wenn er das 60. Lebensjahr vollendet, resp. 25 Jahre als festbesoldeter Kassenarzt fungiert hat. Nur der feste Jahresgehalt wird der Berechnung des Ruhegehalts zugrunde gelegt. Pensionsbeiträge haben die Ärzte nicht zu zahlen.

(BEHRING als Handelsgesellschafter.) Das Marburger Handelsregister verzeichnet seit kurzem eine offene Handelsgesellschaft, welche sich mit der Herstellung der verschiedenen Heilsera befaßt und deren persönlich haftende Gesellschafter Geheimrat Prof. v. BEHRING und Dr. KARL SIEBERT sind.

(Eine Königin als Arzt.) Die „Deutsche med. Wochenschrift" meldet: Die Königin Maria Amalia von Portugal hat ihre medizinischen Studien absolviert und bereitet sich jetzt für das Examen vor, um das Diplom als praktischer Arzt zu erwerben.

(Ein Ärztemangel) soll derzeit — wie uns berichtet wird — in Moskau herrschen. Es sind so viele Ärzte auf den Kriegsschauplatz abgereist, daß die meisten Spitäler ohne genügendes ärztliches Personal geblieben sind.

(Die freie Ärztewahl) bei den Krankenkassen scheint sich in finanzieller Hinsicht nicht allerorts bewähren zu können. Es mehren sich die Nachrichten, welche in bezug auf diese Institution ungünstig lauten. So hat auch die Düsseldorfer Ortskrankenkasse der Fabriks- und Metallarbeiter schon in den ersten Monaten der Gültigkeit der freien Ärztewahl ein namhaftes Defizit zu verzeichnen und vorläufig beschließen müssen, die wöchentlichen Beiträge zu erhöhen.

(Heiteres aus der Publizistik.) Einem ergötzlichen Mißverständnis ist — wie die „Münchener med. Wochenschr." meldet — die radikale „Leipziger Volkszeitung" zum Opfer gefallen, indem sie allen Ernstes ein der Münchener Scherznummer entnommenes Inserat, in welchem ein eben approbierter Arzt Vertretung sucht, um sich geburtshilfliche Kenntnisse, von denen er keinen Schimmer besitze, anzueignen, als „zeitgeschichtliches Dokument" erörtert und von Ärzten spricht, die an „menschlichen Versuchskaninchen ihre Wissenschaft vermehren wollen". Natürlich gipfelt dieser Reinfall in dem obligaten Satze „Schutz vor den Ärzten". — So möge es jedem Ärztefeind ergehen!

(Statistik.) Vom 17. bis inklusive 24. Dezember 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7489 Personen behandelt. Hiervon wurden 1678 entlassen, 176 sind gestorben (9·5% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 96, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 109, Scharlach 41, Masern 243, Keuchhusten 13, Rotlauf 39, Wochenbettfieber 5, Röteln 3, Mumps 15, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 618 Personen gestorben (+ 37 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. JOACHIM MARGULIES, im 71. Lebensjahre; in Meran Dr. EDUARD KUHN, 62 Jahre alt; in St. Petersburg der Chirurg SKLIFASSOWSKI; in Moskau der Professor der Chirurgie BOBROW; in Porte der bekannte englische Chirurg TURNER, 60 Jahre alt.

Dr. M. Infeld wohnt jetzt I., Bartensteingasse 14.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

C. Schnorf, Neue phys.-chem. Untersuchungen der Milch. Zürich 1905, O. Füssli.
J. F. Baumann, Spezial-Buchhaltung für Ärzte. Zürich 1904, Th. Schröter.
H. Senator, Beiträge zur klinischen Medizin. Festschrift. Berlin 1904, A. Hirschwald.
O. Zuckerkandl, Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre. Lehmanns medizinische Handatlanten. Bd. 16. München 1905, J. F. Lehmann. — M. 12·—.
R. Hecker u. J. Trumpp, Atlas und Grundriß der Kinderheilkunde. Lehmanns medizinische Handatlanten. Bd. 32. München 1905, J. F. Lehmann. — M. 16·—.
M. Joseph, Dermatohistologische Technik. 3. Auflage. Berlin 1905, Louis Marcus. — M 3·—.
Leo R. v. Mannagetta u. K. v. Kelle, Die österr. Universitätsgesetze. Lief. 2. Wien 1904. Manz. — K 1·50.
W. Hammer, Gefahren geschlechtlicher Enthaltsamkeit. Leipzig 1904, W. Malende.
H. Magnus, Der Wert der Geschlechte für die moderne induktive Naturbetrachtung und Medizin. Breslau 1904, J. U. Kern.
V. Manninger, Der Entwicklungsgang der Antiseptik und Aseptik. Breslau 1904, J. U. Kern.
R. J. Schaefer, Wilhelm Fabricius v. Hilden. Breslau 1904, J. U. Kern.
Ärztliches Jahrbuch. Herausgegeben von Dr. v. GROLMAN. Frankfurt a. M. 1905, Jobs. Alt.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 2. Januar 1905, 7 Uhr abends im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. JULIUS WEISS: Krankheit und Arbeitsfähigkeit.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 8. Januar 1905. Nr. 2.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an **Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der IV. (internen) Abteilung des Ober-Stabsarztes Professor Dr. Alois Pick im k. u. k. Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien.

Einiges über Endokarditis bei Influenza.

Von Regimentsarzt **Dr. Wilhelm Preßlich**, Sekundararzt der Abteilung.

Nachdem die Influenza im Jahre 1889—1890 in pandemischer Ausbreitung fast alle Länder der Erde durchseucht, in den folgenden Jahren, namentlich 1891—1892, neuerdings in weiter Ausbreitung viele Länder durchzogen, schien sie in den folgenden Jahren allmählich an epidemischer Ausbreitung zu verlieren, sich gewissermaßen langsam zu erschöpfen, so daß Leichtenstern [1]), gestützt auf die Erfahrungen, die vergangene Generationen an den Pandemien und folgenden großen und kleinen Nachepidemien gemacht hatten, die Prognose stellte, die Influenza werde nun bald wieder völlig erlöschen. Er sprach sich dahin aus, „daß die bis dahin konstatierte siebenjährige Influenzaperiode sich ihrem Ende nähert, die von der Pandemie 1889/90 ausgesäten Keime allmählich aussterben und die Influenza vera wieder erlöschen wird und hoffentlich dann wiederum mehrere Dezennien vergehen werden, bis eine neue, gewaltige Pandemie den Keim über die ganze Erde verbreiten und auf Jahre hinaus wirksam deponieren wird“.

Als nun im Jahre 1892 der Pfeiffersche Influenzabazillus entdeckt und hiermit der Krankheitserreger der Influenza objektiv nachgewiesen war, trat es immer klarer hervor, daß die Hoffnung auf Erlöschen der Influenza sich trügerisch erwiesen hatte, daß vielmehr die Influenza zu einer endemischen Krankheit geworden ist, welche jahraus, jahrein unter zeitweise epidemisch gesteigertem Auftreten in jedem Winter und Frühling nie völlig erlischt, ganz ähnlich wie etwa die Morbillen, der Scharlach, die Diphtherie eine endemische, temporär epidemisch gesteigerte Verbreitung zeigen. Aber zugleich brach sich immer mehr die Erkenntnis Bahn, daß die Influenza im Laufe der Jahre ihren Charakter verändert hatte, daß die Fälle immer schwerer, insidiöser, deletärer wurden, die Krankheitsdauer und Mortalität, die Menge der bekannten Komplikationen stieg, mit einem Worte, die Influenza wurde als eine der deletärsten endemischen Volksseuchen erkannt. Fast unübersehbar ist die Flut von Literatur, welche diese neueren und neuesten Erfahrungen behandelt. An Stelle der seinerzeit in der ersten Pandemie mehr weniger scharf unterscheidbaren drei Formen: der bronchitischen, gastrointestinalen und nervösen, tritt eine verwirrende Mannigfaltigkeit akuter und chronischer Krankheitsbilder mit den mannigfaltigsten und schwersten Komplikationen, ein Wechsel der Bilder und Formen, welche ohne den jedesmal für die Diagnose zu fordernden Nachweis des typischen Erregers unmöglich zu der Einheit der Influenzaerkrankung zusammengehalten werden könnten. Ich erwähne nur die spezifischen Myringitiden [2]), Otitiden, Tonsillitiden [3]) und Laryngitiden [4]), die eitrigen Erkrankungen der Nebenhöhlen [5]) (Antrum frontale, maxillare), Meningitiden [6]), akuten hämorrhagischen Enzephalitiden [7]), Pneumonien, chronischen Emphyseme [22]), Lungenabszesse [8]), Lungengangräne [9]), die schweren, rasch ansteigenden pleuritischen Exsudate und Empyeme, Perikarditiden, Myokarditiden, Endokarditiden, Arteriitiden mit Gefäßthrombosen [10]), nicht minder die spezifischen, erst jüngst nachgewiesenen Erkrankungen der Gallenblase [11]) und des Processus

2*

vermiformis [12]), welch letztere seit dem Bestehen der Influenzaendemie sehr bedeutend zugenommen haben; ebenso steht die ätiologische Bedeutung des Influenzabazillus zu Enteritiden [13]) schwerer Art, zu Nephritis und Urämie [14]), Pyelitis, Zystitis [15]), Blasenblutungen [16]) außer allem Zweifel. Fälle von plastischer und eitriger Ostitis und Periostitis, multiple Abszedierungen [17]) infolge Influenza wurden beschrieben, ebenso Fälle echter Sepsis und Pyämie [18]), verursacht durch die Influenzabazillen allein. Doch ist hiermit die deletäre Wirkung der Influenzabazillen noch keineswegs erschöpft. Kultur und Tierversuche haben erwiesen, daß der Influenzabazillus mit Staphylokokken und Streptokokken zusammen viel besser wächst als allein, und daß dieser Mikroorganismus dadurch eine weit höhere Virulenz erhält [19]), ein Umstand, der im menschlichen Organismus seine Analogie findet. Einen ungemein deletären Einfluß übt ferner die Influenzaerkrankung auf eine florid bestehende oder auch nur latente Tuberkulose, eine Erfahrung, die schon in der Pandemie gemacht wurde und, wie die bayerische Herresstatistik vor allem lehrt, leider zu einer neuen Erhöhung der Morbidität und Mortalität an Tuberkulose geführt hat. Namentlich über diese Tatsache, daß die Influenza gleichsam ein Reagens auf latente Tuberkulose bildet, haben wir zahlreiche traurige Erfahrungen machen müssen. Eine höchst deletäre Kombination geht auch die Influenza, neuesten Erfahrungen zufolge, mit den akuten Exanthemen [20]) Scharlach, Varizellen, namentlich auch den Masern, deren Letalität dadurch enorm gesteigert wird, ebenso mit Pertussis [20]), mit der Diphtherie [20 u. 21]) und dem Abdominaltyphus [22]) ein. In Kavernen der Phthisiker [23]) erhält sich der Influenzabazillus jahrelang und scheint zeitweise akute Steigerungen der begleitenden Bronchitis hervorzurufen.

Einer der nach der Zahl der bisherigen Publikationen scheinbar etwas weniger häufigen, dabei sehr wichtigen Komplikationen, nämlich dem Auftreten speziell von Herzklappenerkrankungen infolge von Influenza, sollen die nachfolgenden Mitteilungen gewidmet sein.

Ich lasse nachstehend die Krankengeschichten der von uns beobachteten Fälle folgen.

I. Infanterist B. K., zugewachsen am 26. Oktober 1903. Eltern des Patienten gesund, Patient mit Ausnahme von Kinderkrankheiten stets gesund; nie Gelenkrheumatismus, nie Herzklopfen, Atemnot oder sonstige Herzerscheinungen, Potus und Lues negiert. Seit mehreren Tagen Husten, Fieber und Brustschmerzen.

Status praesens: Patient mittelgroß, kräftig gebaut; Kopf und Hals normal konfiguriert. Lungen: Perkussion ergibt nichts Abnormes, nirgends eine Dämpfung, auskultatorisch überall diffuses Giemen und Schnurren, stellenweise feuchte Rasselgeräusche, nirgends solche von klingendem Charakter. Herz: Spitzenstoß an normaler Stelle, etwas verbreitert, nicht hebend, nicht resistent, Dämpfungsgrenzen überall in der Norm; es ist ein leichtes, systolisches Geräusch an allen Ostien, namentlich auch an der Herzspitze hörbar; zweite Töne rein, ohne Akzentuation. Radialis weich, über mittelweit, ziemlich gut gefüllt, Spannung: Tonometer rechts 110, links 110; Puls rhythmisch, äqual, Welle ziemlich hoch; keine deutliche Dikrotie. Frequenz 88—96, Temperatur momentan 38·7° C. Urin nichts Abnormes. Abdomen: bietet nichts Abnormes; Milz nicht palpabel. Sputum: reichlich, schleimig-eitrig, von lichtgrasgrüner Farbe; enthält reichlich Influenzabazillen in Reinkultur (mikroskopisch und kulturell). Dieser Befund wird wiederholt unter Abnahme der Bazillen erhoben; erst längere Zeit nach der am 10. November erfolgten Entfieberung werden die Bazillen immer spärlicher und verschwinden endlich gänzlich.

2. bis 5. November. Es besteht eine leichte Schwellung und Schmerzhaftigkeit im linken Hand- und Kniegelenke; im letzteren auch ein leichtes, schwierig nachweisbares Ballotement der Patella; diese Erscheinungen waren in wenigen Tagen auf Salizylate spurlos verschwunden.

10. November. Definitiver Abfall des bisher bestehenden, mittelhohen (bis 38·8° C), unregelmäßig re- und intermittierenden Fiebers. Seit einigen Tagen Klagen über zeitweises Herzklopfen und Stechen in der Herzgegend. Herzaktion verbreitert sichtbar, das systolische Geräusch an der Herzspitze, ebenso über der Trikuspidalis deutlichst hörbar. Herzdämpfung steht am unteren Sternum, bei tiefer Perkussion in der Sternalmitte, nach links reicht die Herzdämpfung bis etwas einwärts von der Mammillarlinie; Puls andauernd 100—112; im Laufe der folgenden 4 Wochen entwickelt sich im wesentlichen das Bild einer beginnenden Insufficientia mitralis.

5. Dezember: Patient fast vier Wochen fieberfrei; außer Klagen über zeitweises Herzklopfen und Stechen in der Herzgegend ohne lebhaftere Beschwerden. Herzstatus: Spitzenstoß im 5. Interkostalraum, etwa in der linken Mammillarlinie sichtbar, ebendaselbst als eine mit zwei Fingerkuppen bedeckbare Erhebung tastbar, deutlich hebend und resistent. Leichte Pulsation des unteren Sternalanteiles sicht- und fühlbar. Herzdämpfung bis etwas außerhalb der Mammillarlinie nach links, über die Mitte des Brustbeines nach rechts reichend, sehr intensiv.

Auskultation: An der Spitze ein langes, ziemlich scharfes, systolisches Geräusch hörbar, daneben der 1. Ton; ebenso über der Trikuspidalis. Zweiter Pulmonalton sehr laut, klappend; an dem viel leiseren zweiten Aortenton nach heftigen Bewegungen ein leises, gießendes, diastolisches Geräusch anhängend hörbar. Puls: deutlich celer, zeigt zeitweise eine Andeutung von Bigeminie. In der Folge tritt das Bild der Aorteninsuffizienz, langgezogenes, diastolisches Geräusch am Erbschen Punkt, langsam hebender, weit nach außen verlagerter Spitzenstoß, leichtes Tönen der Arterien, deutlichster Pulsus celer, neben den Symptomen der anfangs diagnostizierten Mitralinsuffizienz (langes, systolisches Geräusch an der Herzspitze, akzentuierter 2. Pulmonalton) deutlichst hervor; dabei Dämpfung des unteren Sternums bis über die Mitte, Dämpfung nach links bis über die Mammilla reichend.

25. Januar 1904. Patient wird in unverändertem Zustande entlassen.

II. Infanterist N. D., zugewachsen am 11. November 1903.

Will bis zu seiner Dienstzeit stets gesund gewesen sein, war zweimal, und zwar einmal durch drei Monate, einmal durch einen Monat in Spitalsbehandlung. Nie Herzklopfen, noch sonstige Herzsymptome. Potus, Infektion negiert; seit 4 Tagen Husten, Brustschmerzen und Fieber.

Status praesens: Patient groß, kräftig gebaut, von gut entwickelter Muskulatur; Temperatur = 38°, Puls = 92, Respiration = 18. Im Urin nichts Abnormes; Diazoreaktion negativ. An Kopf und Hals nichts Auffälliges; Zunge gerötet, Papillen vergrößert, Rachenschleimhaut und Tonsillen leicht gerötet. Die Perkussion der Lungen ergibt normale Verhältnisse, die Auskultation ausgebreitetes Giemen und Brummen, daneben verschärftes Vesikuläratmen hörbar. Herzbefund: Spitzenstoß leicht verbreitert, nicht hebend, an normaler Stelle, Dämpfungsgrenzen normal. Die Auskultation ergibt ein lautes systolisches Geräusch an der Herzspitze, sehr lauten, zweiten Pulmonalton. An den Abdominalorganen nichts Abnormes; keine Milzvergrößerung. Im grasgrünen, schleimig-eitrigen Sputum reichliche Influenzabazillen fast in Reinkultur, mikroskopisch und kulturell nachgewiesen, welcher Befund noch durch mehr als vier Wochen nachweisbar bleibt.

15. November. Patient klagt über heftiges Stechen in der Herzgegend und starkes Herzklopfen; Herzaktion stürmisch, verbreitert, perkutorisch eine leichte Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts bis fast zur Mitte des Brustbeines, nach links bis etwas einwärts der Mammilla; systolisches Geräusch an der Herzspitze, zweiter Pulmonalton deutlich akzentuiert. Temperatur andauernd um 39° C. Links hinten unten ein etwa handtellergroßer, leicht gedämpfter Herd nachweisbar, in dessen Bereich Bronchialatmen sowie deutliches Knistern hörbar.

20. November. Der pneumonische Herd nicht mehr deutlich nachweisbar, nur mehr feuchtes Rasseln daselbst; Temperatur nachmittags noch über 38·2°. Herzsymptome bestehen fort; dikroter, sehr frequenter Puls.

27. November. Entfieberung; Herzsymptome und subjektive Beschwerden (quälendes Herzklopfen) unverändert.

5. Dezember. Herzbefund: Spitzenstoß in der Mammillarlinie, ziemlich stark hebend, mit drei Fingerkuppen bedeckbar, daselbst ein leichtes Frémissement tastbar.

Herzdämpfung nach rechts bis fast zur Mitte des Brustbeines bei leisester Perkussion; nach links bis etwas einwärts der Mammilla. Langgezogenes, ziemlich scharfes, systolisches Geräusch an der Herzspitze und über dem Ventrikel; deutliche Akzentuation des 2. Pulmonaltones. Puls 60—80, bei Anstrengungen sehr stark ansteigend; auch in der Ruhe Gefühl von ziemlich heftigem Herzklopfen.

31. Dezember. Subjektive Beschwerden unverändert; deutlich hebender Spitzenstoß in der linken Mammillarlinie, Dämpfung bis zur Mitte des Brustbeines nach rechts, lautes systolisches Geräusch an der Herzspitze, deutlichste Akzentuation des 2. Pulmonaltones. Puls noch immer sehr erregbar, selbst beim bloßen Aufstehen.

23. Jänner. Patient wird mit unverändertem Befunde entlassen.

III. Infanterist R. J., aufgenommen 20. November 1903.

Eltern und Geschwister gesund, Patient selbst bis auf Kinderkrankheiten stets gesund; vor einem Jahre durch einen Monat hierorts im Spitale mit Bronchitis behandelt; nie Erscheinungen von seiten des Herzens; jetzt seit 10 Tagen Kopf- und Brustschmerzen mit Fieber und reichlichem Auswurfe.

Status praesens: Patient groß, kräftig gebaut, Kopf und Hals normal konfiguriert, Thorax breit, gut gewölbt. Lungenperkussion normal; diffuses, trockenes und feuchtes Rasseln über beiden Lungen. Herz: Spitzenstoß, Dämpfung in der Norm, auskultatorisch ein lautes, systolisches Geräusch über der Herzspitze, keine Akzentuation eines 2. Tones; keine subjektiven Herzsymptome, Radialpuls bietet nichts Abnormes. Frequenz = 88, Temperatur = 38·5° C, Respiration = 20. Im Harn kein Albumen, Diazoreaktion negativ. Im gelblichen, schleimig-eitrigen Sputum Influenzabazillen, reichlich, fast in Reinkultur, mikroskopisch und kulturell nachgewiesen.

27. November. Unter Andauer des mittelhohen (um 38·5), unregelmäßigen Fiebers machen sich deutliche subjektive und objektive Herzsymptome geltend: verbreiterte, erregte Herzaktion, zeitweise leichter positiver Venenpuls am Halse, leichte Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, lautes, systolisches Geräusch an der Herzspitze und Akzentuation des zweiten Pulmonaltones; Puls sehr erregbar, beim Aufsetzen sehr frequent, leicht arhythmisch.

1. Dezember. Subjektives Herzklopfen und Herzstechen; an der Spitze ein leichtes Frémissement tastbar; Spitzenstoß erreicht fast die Mammillarlinie; lautes, scharfes, systolisches Geräusch an der Herzspitze und an der Trikuspidalis. Radialis weich, ziemlich weit, Welle etwas celer, Spannung unter der Norm, Frequenz = 80—100, sehr erregbar, selbst bei geringen Anstrengungen.

29. Oktober. Endgültige Entfieberung.

5. Dezember. Herzstatus: Inspektion ergibt eine diffuse, pulsatorische Erschütterung der Herzgegend; Spitzenstoß verbreitert im 5. Interkostalraum in der Mammillarlinie. Pulsation des unteren Sternalanteiles sicht- und fühlbar. Daselbst Herzdämpfung bis zur Mitte des Brustbeines reichend. Auskultatorisch über der Spitze und dem Ventrikel ein sehr lautes, scharfes, fast peitschend einsetzendes systolisches Geräusch, der zweite Pulmonalton deutlich akzentuiert. Heftigstes Gefühl von Herzklopfen und Stechen in der Herzgegend, das kaum durch Eisbeutel und Kardiaka gemildert werden kann.

Puls frequent (bis 100), klein, zeitweise arhythmisch.

Lungenbefund bereits vollkommen negativ.

23. Jänner 1904. Nachdem sich die Herzbeschwerden allmählich gebessert hatten, wird Patient mit dem typischen Befund einer Insufficientia mitralis, Verbreiterung der Herzdämpfung bis zur Mitte des Brustbeines, nach links bis zur Mammilla, hebendem Spitzenstoß, systolischem Geräusch über der Spitze, deutlich akzentuiertem zweiten Pulmonalton, subjektiv fast beschwerdefrei entlassen.

IV. Infanterist H. S., 22 Jahre alt, aufgenommen am 26. November 1903.

Außer Kinderkrankheiten bis zu seiner Dienstzeit völlig gesund; im Jahre 1901 zuerst mit einem Abszeß am Halse durch eine Woche, sodann mit Bronchialkatarrh durch vier Monate behandelt, sodann längere Zeit krankheitshalber beurlaubt; nie Erscheinungen von seiten des Herzens. Potus und Lues negiert. Seit einigen Tagen mit Fieber, Husten, Brustschmerzen und Auswurf erkrankt.

Status praesens: Patient groß, kräftig gebaut, von gut entwickelter Muskulatur, mäßigem Fettpolster. Temperatur = 38·7, Puls = 88, Respiration = 19. Kopf und Hals bieten nichts Auffallendes. Brustkorb gut gewölbt, Lungenperkussion ergibt normale Grenzen und Verschieblichkeit; Auskultation: rauhes Atmen, verlängertes Exspirium über beiden Lungen, stellenweise, namentlich in den unteren Partien, feuchte Rasselgeräusche. Herz: Inspektion bietet nichts Auffallendes, Spitzenstoß an normaler Stelle, nicht hebend, wenig resistent. Auskultatorisch undeutlicher, etwas geräuschähnlicher erster Ton an der Herzspitze, zweiter Pulmonalton etwas klappend. Keine auffallenden subjektiven Beschwerden von seiten des Herzens; Puls bietet nichts Besonderes.

Das Abdomen im Niveau des Thorax, keine Milzschwellung. Urin enthält eine Spur Albumen, Diazoreaktion negativ. Im ziemlich reichlichen, schleimig-eitrigen Sputum reichliche Influenzabazillen mikroskopisch und kulturell nachgewiesen.

30. November. Endgültige Entfieberung, rauhes Atmen, stellenweise feuchtes Rasseln über beiden Lungen; in den folgenden Tagen schwinden Auswurf und bronchitische Erscheinungen; das systolische Geräusch bleibt hörbar.

5. Dezember. Patient klagt über leichtes Stechen in der Herzgegend und Herzklopfen, welches sich selbst bei geringen Anstrengungen stark steigert. Inspektion der Herzgegend ergibt eine verstärkt sichtbare Herzaktion, Spitzenstoß im 5. Interkostalraum etwas einwärts der Mammilla sicht- und tastbar, etwas verbreitert. Deutliches, systolisches Geräusch an der Herzspitze und über der Pulmonalis von rauhem, kratzendem Charakter. Dabei Herzdämpfung etwa normal.

15. Dezember. In den letzten Tagen deutliche Verschlimmerung der Herzsymptome; gestern nachmittags ein mehrstündiger Anfall von hochgradiger Tachykardie, bis 144 Pulse, seither Puls andauernd über 120. Sehr heftiges Gefühl von Herzklopfen und Stechen in der Herzgegegend. Herzaktion weit verbreitert, sicht- und fühlbar; Spitzenstoß ist in die Mammillarlinie hinaus gerückt, daselbst im 5. Interkostalraum als eine diffuse, wenig resistente, mit vier Fingerkuppen bedeckbare Erhebung tastbar; deutliches Frémissement palpabel. Herzdämpfung überschreitet den linken Rand des unteren Sternums, reicht nach links fast bis zur Mammilla. Über der Spitze, dem Ventrikel, ferner über der Pulmonalis ein ziemlich lautes, langgezogenes Geräusch; 2. Pulmonalton laut, klappend. Radialpuls weich, klein, Spannung rechts 90, links 90; Puls rhythmisch, äqual.

30. Dezember. Im Laufe der letzten zehn Tage haben sich unter Eisbeutel, Strophanthus die Herzerscheinungen etwas beruhigt, es hat sich jedoch das typische Bild einer Insuff. mitralis entwickelt, so daß (23. Januar 1904) folgender Abgangsstatus erhoben werden kann: Spitzenstoß deutlich hebend, ziemlich resistent, im 5. Interkostalraum, in der Mammillarlinie; unteres Sternum bis über die Mitte gedämpft, systolisches Geräusch an der Herzspitze, Akzentuation des zweiten Pulmonaltones; bei körperlichen Anstrengungen tritt starkes Herzklopfen und Gefühl von Stechen in der Herzgegend ein.

V. Infanterist G. J., aufgenommen am 18. Februar 1904.

Früher immer gesund, im vorigen Jahre mit einem Augenleiden 12 Tage im Spitale; nie Erscheinungen von seiten des Herzens. Potus und Infektion negiert. Seit einer Woche krank mit Fieber, Husten, Brust- und Kopfschmerzen.

Status praesens: Patient groß, mittelkräftig gebaut, gut genährt. Temperatur 38·4° C, Puls 84, Respiration 24. Kopf und Hals ohne abnormen Befund. Thorax ziemlich lang, breit, flach gewölbt. Die Lungenperkussion ergibt normale Verhältnisse, die Auskultation diffuses Schnurren, Pfeifen und Giemen über beiden Lungen. Herzbefund: Dämpfung in normalen Grenzen, Spitzenstoß an normaler Stelle, leises, systolisches Geräusch an der Herzspitze, sonst Töne normal, keine Akzentuation. Abdomen im Niveau des Thorax, keine Milzschwellung. Im Urin kein Albumen. Diazoreaktion negativ. Im gelbgrünlichen, mäßig reichlichen Sputum Influenzabazillen fast in Reinkultur, mikroskopisch und kulturell nachgewiesen.

3. März. Entfieberung; Lungensymptome schwinden rasch.

8. März. Patient klagt über Herzklopfen und Herzstechen; Spitzenstoß leicht hebend, etwas nach außen verlagert, systolisches Geräusch an der Herzspitze nunmehr sehr deutlich. Im Laufe der nächsten Wochen werden die Symptome der Endokarditis immer deutlicher; der Spitzenstoß rückt allmählich in die linke Mammillar-

linie, wird deutlich hebend und resistent; das systolische Geräusch über der Herzspitze konstant, deutliche Akzentuation des zweiten Pulmonaltones.

Mitte Juni wird Patient mit dem deutlichsten Symptomenkomplex einer ausgesprochenen Mitralinsuffizienz entlassen.

VI. Infanterist M. K., 23 Jahre alt, aufgenommen am 1. Dezember 1903.

Patient war als Kind immer gesund, ebenso bis zu seiner Dienstzeit. Im vorigen Jahre 2 Monate mit Husten und Brustschmerzen im Spitale. Nie Erscheinungen von seiten des Herzens. Potus und Lues negiert. Seit 10 Tagen Brustschmerzen, Husten und Auswurf.

Status praesens: Patient mittelgroß, von mäßig kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und Panniculus adiposus. Temperatur 38·8° C. Puls 88, Respiration 24. Kopf und Hals von normaler Konfiguration, Thorax gut gebaut und gewölbt. Die Lungenperkussion erzielt überall normalen Schall, die Auskultation reichliches Giemen und Pfeifen, stellenweise feuchtes Rasseln. Herz: Herztätigkeit verbreitert und erregt sichtbar, dabei Herzgrenzen und Spitzenstoß ohne Abnormität. Leises, systolisches Geräusch an der Herzspitze, keine Akzentuation eines zweiten Tones. Abdomen: nichts Abnormes, keine Milzschwellung. Im Urin Spuren von Albumen, Diazoreaktion negativ. Im reichlichen hellgrasgrünen Sputum mikroskopisch und kulturell reichliche Influenzabazillen nachgewiesen.

3. Dezember. Entfieberung; Lungensymptome dauern an.

8. Dezember. Ohne erneute Temperatursteigerung bei noch reichlichem Auswurfe machen sich Herzbeschwerden, Stechen und Herzklopfen bemerkbar; die Inspektion zeigt eine erregte, verbreiterte Herztätigkeit; Spitzenstoß im 5. Interkostalraum, etwas nach einwärts von der Mammillarlinie, leicht hebend, ziemlich resistent; leichte Pulsation des unteren Sternalanteiles. Perkussion ergibt eine geringe Verbreiterung nach rechts. Auskultation: An der Spitze ein langgezogenes, systolisches Geräusch, das auch über der Trikuspidalis hörbar ist; keine deutliche Akzentuation eines 2. Tones. Radialis weich, mittelweit, Spannung subnormal. Ton. 90—95, Frequenz in der Ruhe 70—80, schon beim Aufsetzen 100—120, auch in der Ruhe zeitweises Stechen und Gefühl von Herzklopfen. In den folgenden Wochen treten die akuten Erscheinungen immer mehr zurück, jedoch entwickelt sich eine zweifellose, chronische Endokarditis mitralis. Nach mehrmonatlicher Behandlung wird Patient mit dem Befunde einer typischen Mitralinsuffizienz entlassen.

VII. Infanterist St. G., 22 Jahre alt, aufgenommen am 22. Februar 1904.

Eltern des Patienten gesund, er selbst immer gesund, hatte nie Gelenkrheumatismus, nie Herzklopfen oder sonstige Herzerscheinungen. Potus und Lues negiert. Jetzt seit 12 Tagen mit Husten, Fieber und Auswurf erkrankt.

Status praesens: Patient groß, kräftig gebaut, gut genährt. Temperatur 39·5°, Puls 92, Respiration 24. Kopf und Hals bieten nichts Abnormes, sichtbare Schleimhäute gut gerötet. Thorax breit, gut gewölbt. Lungenperkussion ergibt nirgends eine Dämpfung, überall normale Verschieblichkeit. Auskultation ergibt überall diffuses, feuchtes und trockenes Rasseln über beiden Lungen. Herz: Herztätigkeit verbreitert sichtbar, sehr erregt, leichte Pulsation des unteren Sternums, Spitzenstoß im fünften Interkostalraum, etwas einwärts der Mammilla, verbreitert, leicht hebend und resistent, Dämpfungsgrenzen nach links deutlich, nach rechts um ein geringes verbreitert; auskultatorisch über der Spitze und dem Ventrikel ein langes, sehr lautes, systolisches Geräusch, leicht klappender zweiter Pulmonalton. Puls 92, Tonometer rechts 95, links 80; subjektives Gefühl von Herzklopfen und Beklemmung in der Herzgegend. Abdomen: im Niveau des Thorax keine Milzvergrößerung. Im Urin kein Albumen, Diazoreaktion negativ. Im grünlichen, schleimig-eitrigen Sputum zahlreiche Influenzabazillen, mikroskopisch und kulturell, keine Pneumokokken nachgewiesen. Dieser Befund mehrmals erhoben, nach 3 Wochen schwinden die Bazillen allmählich.

27. Februar. Entfieberung; Temperatur fortan bleibend unter 37·5° C; Herzdämpfung reicht nach links bis zur Mammilla, nach rechts bis zur Mitte des Sternums, Spitzenstoß hebend und deutlich resistent. Geräusch an der Spitze sehr laut hörbar. Typisches grünes Sputum.

5. März. Herzsymptome ohne Änderung; normale Temperatur, Husten und Auswurf bestehen fort.

In der Folgezeit die Symptome einer chronischen Endokarditis, Verbreiterung der Herzdämpfung nach links bis fast zur Mammilla, nach rechts bis fast zur Mitte des Brustbeines, stationär; langsam hebender Spitzenstoß, sehr lautes systolisches Geräusch über der Spitze und dem Ventrikel, deutliche Akzentuation des zweiten Pulmonaltones. Patient wird mit diesem Befunde anfangs Mai 1904 entlassen.

VIII. Infanterist N. P., 28 Jahre alt, aufgenommen am 2. Juli 1904.

Familienanamnese belanglos, der Untersuchte nie ernstlich krank gewesen; im Januar und Februar 1904 durch 34 Tage mit Husten und Auswurf im Spitale. Nie Herzbeschwerden. Seit 10 Tagen mit Husten, Brustschmerzen und Auswurf sowie mäßigem Fieber erkrankt.

Status praesens: Patient klein, mittelkräftig gebaut, etwas abgemagert; Temperatur 37·8° C, Puls 84, Respiration 24. Kopf und Hals bieten nichts Abnormes; Rachen gerötet, beide Tonsillen vergrößert, Zunge weißlich belegt.

Brustorgane: Die Lungenperkussion ergibt normale Verhältnisse, die Auskultation rauhes Atmen über beiden Lungen, daneben namentlich über dem rechten und linken Unterlappen stellenweise mittelblasige, feuchte Rasselgeräusche, sonst diffuses Giemen und Schnurren. Herz: bietet der Inspektion, Perkussion und Auskultation mit Ausnahme eines leichten, systolischen Geräusches nichts Abnormes; Spitzenstoß an normaler Stelle, nicht hebend und resistent. Abdomen: nichts Abnormes, keine Milzschwellung; im Urin keine abnormen Bestandteile; Diazoreaktion negativ. Sputum: reichlich, gelbgrün, schleimig-eitrig, enthält massenhaft Influenzabazillen und wenig zahlreiche Pneumokokken, welcher Befund sich durch mehr als 8 Wochen erhält und wobei anfangs fast Reinkulturen von Influenzabazillen, später immer mehr Überwuchern der begleitenden Mikroorganismen konstatiert wird.

11. Juli. Patient zeigt nur nachmittags mittelhohes Fieber; es tritt eine rechtsseitige seröse Mittelohrentzündung auf; Lungensymptome unverändert.

25. Juli. Immer noch starker Husten und Auswurf; zeitweise nachmittags leichte Fiebersteigerungen (bis 38°).

10. August. Patient klagt über zeitweises Herzklopfen und kurzen Atem; Spitzenstoß etwas hebend, etwa in der Mammillarlinie; absolute Dämpfung nach rechts bis fast zur Mitte des Brustbeines, nach links bis zur Mammilla; an der Herzspitze ein deutliches, systolisches Geräusch, ebenso über der Basis, keine deutliche Akzentuation des zweiten Pulmonaltones. Es besteht namentlich nach leichten Anstrengungen ziemlich starke Arythmie; jeder 15.—20. Schlag fällt aus. Der Radialpuls bietet bis auf die Arythmie nichts Auffallendes. Lungensymptome: leichte Temperatursteigerungen bestehen fort.

15. August. Unverändert, zeitweise leichtes Fieber.

21. August. Heftiger Nachschub der katarrhalischen Erscheinungen; stellenweise hinten unten kleine pneumonische Herde (leichte Dämpfung, Knistern) nachweisbar, Sputum durch einige Tage fast himbeerrot, enthält massenhaft Influenzabazillen und Pneumokokken. Leichte, unregelmäßige Fiebersteigerungen. Herzbefund: Subjektives lebhaftes Gefühl von Herzklopfen nach geringen Anstrengungen und selbst in der Ruhe. Spitzenstoß in der Mammillarlinie, hebend; Pulsation des unteren Sternums. Herzdämpfung bis zum rechten Sternalrand reichend, sehr intensiv; systolisches Geräusch an der Spitze und der Basis, deutliche Akzentuation des zweiten Pulmonaltones; Arhythmie, zeitweise auftretende Bigeminie.

31. August. Katarrh besser, wenig schleimig-eitriges Sputum; Herzsymptome unverändert. Temperatur seit einigen Tagen normal.

5. September. Herzdämpfung etwas zurückgegangen, doch systolisches Geräusch noch deutlich; subjektiv besser, doch neuerliche kleine (bis 38°) Temperatursteigerungen. Patient bleibt in weiterer Behandlung.

IX. Infanterist G. C., 23 Jahre alt, aufgenommen am 4. März 1903.

Patient früher stets gesund, angeblich vor 2 Tagen mit Schüttelfrost, Fieber und Husten erkrankt; angeblich trat bald Schwerhörigkeit dazu.

Status praesens: Patient groß, kräftig, Muskulatur gut, Pannikulus mäßig entwickelt. Temperatur momentan 39·3° C, Puls 88, Respiration 32. Herpes an der Nase links; Lungenperkussion ergibt keine deutliche Dämpfung, überall normale Verschieblichkeit, die Auskultation diffuses, mittel- und kleinblasiges, stellenweise konsonierendes Rasseln über beiden Lungen, welches das Atemgeräusch in beiden Phasen fast allenthalben deckt. Herzbefund: Dämpfung ohne abnormen Befund, leichtes, systolisches Geräusch; keine Akzentuation eines zweiten Tones, Radialpuls weich, mittelweit, gut gefüllt, Spannung unter der Norm, Puls rhythmisch, äqual. Abdomen: Keine Druckempfindlichkeit, keine Milzschwellung. Harn: Nukleo- und Serumalbumin leicht positiv. Im Sputum Influenzabazillen, mikroskopisch und kulturell fast in Reinkultur, massenhaft.

6. März. Temperatur andauernd bei 40° C, Respiration 32, Puls über 100, schlecht gespannt; lautes, systolisches Geräusch an der Spitze.

7.—13. März. Zustand sehr schwer, leichte Somnolenz, Fieber andauernd über 38·5°, lautes, systolisches Geräusch, Puls über 100, schlecht gespannt, viel schleimig-eitriger Auswurf, welcher deutlich putriden Geruch annimmt.

17. März. Temperatur 37·2°, Puls 112, Respiration 40, rechts hinten unten seit einigen Tagen leichte Dämpfung, über welcher das Atemgeräusch abgeschwächt, der Stimmfremitus fast aufgehoben.

18. März. Patient sehr kollabiert, Expektoration mangelhaft, Dämpfung rechts hinten unten, von der Spina scapulae abwärts, darüber leichtes Kompressionsatmen. Lautes, systolisches Geräusch an der Herzspitze, deutliche Verbreiterung der Herzdämpfung. Nachmittags Patient stärker somnolent, zeitweises Flockenlesen; reagiert kaum auf Anrufen, fixiert nicht. Digitalis verabreicht.

20. März. Probepunktion ergibt eitriges Exsudat in der rechten Pleurahöhle; von operativer Behandlung wird wegen der hochgradigen Herzschwäche abgesehen; Cyanose, Kollaps; wiederholte Kampferinjektionen. Nachmittags Patient tief kollabiert, zeitweises Flockenlesen, Puls 140, Respiration 48; in der folgenden Nacht Exitus letalis. Anatomische Diagnose (Regimentsarzt Dr. Brosch): Leptomeningitis purulenta acuta basilaris, Hyperaemia cerebri. Pleuritis suppurativa dextra. Pneumonia dissecans et atelectasis pulmonis dextri. Pleuritis fibrinosa sinistra. Endokarditis verrucosa acuta valvulae bicuspidalis. (Erbsengroße, teilweise von dunklen Blutgerinnseln bedeckte Auflagerungen.) Myodegeneratio et Thrombosis cordis. Tumor lienis acutus. Degeneratio adiposa hepatis et renum. (Eine Kultur aus den Klappenvegetationen wurde leider unterlassen.)

(Schluß folgt.)

Über lokale Heißluftbehandlung.

Von **Dr. J. Lamberger**, Wien.

III.

Technik der Heißluftbehandlung.

Ein separates Kapitel gebührt der Technik der Heißluftbehandlung, deren genaue Kenntnis von ebensolcher Bedeutung ist als die Anwendung einwandfreier Apparate. Ich gehe so weit, zu behaupten, daß der Fachmann bessere Erfolge mit primitiven Apparaten als der ungeübte Arzt mit den modernsten und besten aufweisen wird, abgesehen davon, daß der erstere einen großen Teil der unangenehmen Begleiterscheinungen auf Grund seiner Erfahrung und Übung ausschalten wird, welche der Anfänger störend empfinden wird.

Der Patient muß vor der Behandlung entkleidet werden, zum mindesten muß er sich aller beengenden Kleidungsstücke, des Kragens, der Krawatte etc., entledigen, damit ihn das Ruhighalten in einer bestimmten Stellung nicht ermüdet. Wird ein größerer Körperteil der Behandlung unterzogen und ist anzunehmen, daß die Transspiration nicht auf die behandelte Körperstelle beschränkt bleiben wird, dann ist die Entkleidung unbedingt vorzunehmen, der Patient in ein Leintuch zu hüllen oder aber mit einem Reservehemd zu versehen. Gegen dieses eigentlich selbstverständliche Postulat nicht nur der ärztlichen Vorsicht, sondern auch des gesunden Menschenverstandes wird oft gerade von Patienten der besseren Gesellschaftsklassen gesündigt, welche ihre Behandlung nur so kursorisch abmachen wollen. So erinnere ich mich an eine bekannte Persönlichkeit, welche in tadelloser Gesellschaftstoilette, Handschuhe an den Händen, auf dem Liegebette lehnte, während die entblößten Beine in einem Heißluftkasten steckten. Eine Abstellung ähnlichen Unfugs erfordert ebenso das Interesse des Patienten als die ärztliche Würde.

Große Aufmerksamkeit gebührt der Lagerung des Patienten und speziell des erkrankten Körperteiles, denn der Kranke hat durch eine halbe Stunde fast bewegungslos in einer und derselben Lage zu verharren. Ist der behandelte Teil nicht genügend unterstützt oder in einer unbequemen Lage, so tritt Ermüdung, Schmerzhaftigkeit, profuser Schweiß auf und im Gefolge davon Allgemeinerscheinungen, Üblichkeit, Kopfschmerz, die dann leicht als Wirkung der hohen Temperatur gedeutet werden könnten. Reitler[1]) stellt die richtige Forderung auf, daß „die auf quergespannten Bändern gelagerten Extremitäten in allen ihren Gelenken immer die sogenannte Mittelstellung einnehmen können, d. h. eine Stellung, bei welcher die Gelenkkapsel und alle Bänder und Sehnen möglichst gleichmäßig erschlafft sind. Nur durch die anatomisch richtige Lagerung ist es durchführbar, die Apparate längere Zeit anzuwenden, ohne dem Patienten Unbehagen oder Ermüdungsgefühl zu erzeugen."

Ich gehe noch weiter, ich verlange die pathologische Lagerung, das ist die Lagerung in den Zwangsstellungen, welche eine Extremität reflektorisch einnimmt, um das Mindestmaß von Schmerzhaftigkeit zu erleiden. Zu Beginn meiner Heißluftpraxis hatte ich eine Reihe von krassen Mißerfolgen bei der Behandlung von typischen Neuritiden des Plexus brachialis, die Schmerzen der Patienten steigerten sich bei jeder Sitzung, so daß die Behandlung unterbrochen werden mußte. Aber gerade die Schmerzhaftigkeit machte mich stutzig, ich kannte doch die schmerzlindernde Wirkung der heißen Luft. Ich ging der Sache nach und erkannte bald den Fehler der Methode. Der erkrankte Arm war im Ellbogengelenk leicht flektiert, proniert und an den Oberkörper krampfhaft angepreßt. Nun wurde der Arm, um ihn in den auf dem Tische aufliegenden Apparat zu bringen, langsam abduziert und vorsichtig in horizontaler Lage gehoben. Und wenn das auch mit der größten Vorsicht geschah, die dadurch bewirkte Streckung des entzündeten Nerven verursachte entsetzliche Schmerzen. Ich versuchte daraufhin die Behandlung mit einem Schulterapparat, der unter Schonung der Zwangsstellung des Armes angelegt werden kann, und — der Erfolg war ein glänzender. Die schmerzstillende Wirkung der heißen Luft war eine sichtliche, der therapeutische Erfolg ausnahmlos in relativ kurzer Zeit erzielt. Ähnliche Erfahrungen machte ich bei der typischen Ischias und bei subakuten Gelenkentzündungen; diese Erfahrungen lehrten mich, daß von der Lagerung des erkrankten Gliedes oft der ganze therapeutische Effekt abhängt. Auf Grund dieser Erfahrungen schritt ich zu einem Umbau eines ansehnlichen Teiles meiner Apparate, indem ich dieselben ohne Boden, in Sturzform herstellen ließ bei gleichzeitiger leichter Verstärkung des Gerüstes. Ich änderte alle diejenigen Apparate, welche eine spezielle, oft mühevolle Lagerung des Patienten erforderten, von dem Grundsatz ausgehend, der Kranke soll sich in seinem Bette ein möglichst angenehmes „Platzel" aussuchen, und erst wenn er dieses getan, soll der Apparat über ihm angelegt werden. Diese Schonung des Patienten ist in vielen Fällen möglich, denn er legt sich zum

[1]) R. Reitler, Die Trocken-Heißluftbehandlung. Baden 1900.



Beispiel bei Ischias nie auf die kranke Seite, sondern auf die gesunde, und man kann einen sogenannten Sturzapparat mit Leichtigkeit über ihn stülpen. Darin liegt der kolossale Vorzug der Sturzapparate, daß nicht der Kranke nach dem Apparat, sondern der Apparat nach dem Kranken gerichtet werden kann; auch dort, wo nicht der ganze therapeutische Effekt gefährdet ist, wie bei den Neuritiden, wird die Unbequemlichkeit des Hineinsteigens und, worauf mit Recht FRANKL[8]) aufmerksam macht, die volle Außerachtlassung der „Gêne" peinlich empfunden. Wie bei allen QUINCKEschen Schornsteinen ist die Einströmungsöffnung für die heiße Luft seitlich unten angebracht. Im Handel finden sich Heißluftapparate mit am Boden angebrachter Heizöffnung. Sie haben, worauf bereits hingewiesen wurde, zweifellos den Vorteil einer besseren Wärmeverteilung, dafür aber den wesentlichen Nachteil, daß sie auf einem separaten Gestell aufruhen und an ihrer Unterseite die geheizten Öfen besitzen, welche durch ihre unmittelbare Nähe den Patienten sehr stören, abgesehen davon, daß speziell bei Erkrankungen der unteren Extremitäten eine halbwegs bequeme Lagerung nicht zu erzielen ist. Über die ungleiche Wärmeverteilung ist sehr viel geschrieben worden, ich bin der Ansicht, daß die praktische Bedeutung derselben stark überschätzt wird. Temperaturdifferenzen, und zwar größere bei seitlicher, kleinere bei Bodenheizung, sind infolge der physikalischen Eigenschaft der heißen Luft unvermeidlich. Die Luft im Apparate wird erhitzt, indem die einströmende heiße Luft an die Schutzplatte anprallt, senkrecht in die Höhe steigt und sich an der Decke des Apparates ausbreitet. Die Erwärmung der tieferen Schichten erfolgt langsam von oben nach unten durch Verdrängung der kalten Luft nach abwärts, am allerwenigsten durch Wärmemitteilung an die unteren Schichten. Denn das Wärmeleitungsvermögen der Luft ist ein äußerst geringes, ihr verdanken wir ja die Erhaltung unserer Körperwärme. In drastischer Weise illustrieren dieses Versuche von MARCACCI.[9]) Er ersetzte den Stickstoff der Luft durch Wasserstoff und beobachtete das Verhalten von Tieren und Pflanzen in dieser Atmosphäre. Er berichtet: „Die Vergleichung der das Gasgemisch atmenden Tiere mit den in normaler Luft befindlichen zeigte bald einen großen Unterschied ihres Verhaltens, erstere wurden unruhig, zitterten, suchten ihre Beine unter warme Gegenstände, die im Käfig waren, zu stecken, ihre Atmung wurde schneller, die Unruhe wurde größer, es trat Somnolenz ein, sie fielen wiederholt hin, bis sie auf der Seite liegen blieben und starben.

Im Laufe des Versuchs entnommene Gasproben zeigten, daß der Sauerstoffverbrauch und CO_2-Ausscheidung stets bedeutend größer war im Wasserstoff- als im Stickstoffgemisch; die Tiere atmeten viel lebhafter. Auffallend war die schnelle Abkühlung der im Wasserstoff-Sauerstoffgemisch sich aufhaltenden Tiere; ihre Körpertemperatur war im vorgeschrittenen Stadium des Versuches um mehrere Grade niedriger als im normalen; sie sank sogar unter 30°. Oft konnte man die Abkühlung der Tiere schon mit der Hand erkennen. Weiterhin sagt MARCACCI: „... sprechen alle Symptome, welche die Tiere während des Versuches zeigten, sowie auch das Kältegefühl, das man an der Hand im Wasserstoffkäfig empfand, daß die Schädigung der Tiere im Wasserstoff wenigstens zum größten Teile daher rührt, daß der Wasserstoff ein guter Wärmeleiter ist und mit der Zeit eine tödliche Abkühlung der Versuchstiere veranlaßt."

Da die heiße Luftschichte an die unter ihr befindliche Schichte als schlechter Wärmeleiter ihre Wärme nur in geringem Maße abgibt, ist ohne eine künstlich herbeigeführte Luftzirkulation (etwa durch eine rotierende Flügelschraube) im Apparate ein Wärmeausgleich nicht zu erzielen. Aber für unseren praktischen Zweck ist das auch nicht notwendig, denn da genügt die Flächenwirkung der heißen Luft. Das wirksame Agens ist, wie BIER nachgewiesen hat, die Hyperämie, und die Heißluftbehandlung erregt nach den übereinstimmenden Arbeiten von KLAPP und BIER nicht nur eine oberflächliche, sondern weit in die Tiefe dringende Blutüberfüllung. Diese starke Tiefenwirkung macht die Frage der Temperaturdifferenzen überflüssig, es genügt, wenn auf die Oberfläche des Knies eine Temperatur von sagen wir 100°C einwirkt, und bedeutungslos ist es, daß die Temperatur der Luft in der Kniekehle nur 80—90° beträgt, jedenfalls werden wir immer trachten, daß die schmerzhafte Stelle nach oben gelagert ist, da die Temperatur in den oberen Teilen des Apparates eine höhere ist, und werden dabei den Patienten fast nie in seiner Bequemlichkeit zu beeinträchtigen brauchen, da er, wie schon oben erwähnt, sich immer auf die gesunde Seite legen und im Liegen die kranke Stelle, um sie vor jedem Drucke zu bewahren, etwas zu erhöhen und auf der Unterseite zu stützen suchen wird. Schwierig ist die Lagerung nur bei Lumbago, darum empfiehlt es sich in diesem Falle, den Patienten in sitzender Stellung zu behandeln.

Mehrere Autoren, SCHREIBER, GRÜNBAUM, haben den Nachweis erbracht, daß die Temperaturen in den Heißluftapparaten von BIER, KRAUSE und REITLER große Differenzen aufweisen; aus dem früher Gesagten ergibt sich, daß irgendwelche praktische Konsequenzen daran nicht zu knüpfen sind, denn die erwähnte bedeutende Tiefenwirkung der heißen Luft läßt es nicht als unumgänglich notwendig erscheinen, daß der kranke Körperteil auf allen Seiten der gleichen hohen Temperatur ausgesetzt wird. Die Messungen ergeben, daß in der Höhe, in welcher eine erkrankte Extremität lagert, eine um ca. 30—50° tiefere Temperatur herrscht als an der Decke des Apparates, wo das Thermometer steckt. Auch darin liegt kein praktischer Nachteil, denn dieselben Ärzte haben nachgewiesen, daß die Toleranzgrenze der Haut für heiße Luft (bei lokaler Anwendung) tief unter den exzessiven Hitzegraden liegt, welche das Thermometer an der Decke zeigt. Die Toleranzgrenze liegt eben ungefähr in der Höhe, welche die Temperaturmessung der mittleren und unteren Luftschichten im Apparat ergibt, um 80—100°C herum. Diese Beobachtung hat übrigens in der Praxis wenig Wert, sie mag vielleicht für den Anfänger einen Anhaltspunkt bieten, entbindet aber auch diesen nicht der Verpflichtung der sorgfältigen Individualisierung. Der beste Maßstab für die Höhe der anzuwendenden Temperatur ist nicht das Thermometer, sondern die Empfindung des Patienten, dem auf das eindringlichste eingeschärft werden muß, daß er sich zu melden habe, wenn die Hitze unangenehm wird oder wenn das Gefühl trockenen Brennens auftritt. In diesem Falle muß die Temperatur ermäßigt werden. Geschieht das nicht, so bildet sich eine Brandblase.

Damit sind wir bei einer der wichtigsten Fragen der Behandlungstechnik angelangt. Absichtlich erörtere ich die Frage an dieser Stelle, weil ich die feste Überzeugung habe, daß bei der Vermeidung dieses Übelstandes, der oft in gehässiger Weise gegen die Heißluftbehandlung ausgebeutet wird, die Behandlungstechnik die Hauptrolle spielt.

Welche Arten von Verbrennungen kommen vor? Auf Grund einer großen Praxis bestreite ich, daß unter normalen Verhältnissen ernstere Verletzungen sich ereignen. In den allermeisten Fällen zeigt sich ein Typus: Am Tage nach der Behandlung kommen 1 bis 2 Bläschen von Hellergröße auf der normalen oder schwach geröteten Haut zum Vorschein, diese trocknen ohne jede therapeutische Beihilfe nach einigen Tagen spurlos ein. Dabei tritt keinerlei schmerzhafte Empfindung auf, nicht während der veranlassenden Heißluftapplikation, nicht nachher, nicht am nächsten Tage, so daß die Patienten oft gar nicht wissen, daß sie eine „Verbrennungs-

[8]) Zur Technik der gynäkologischen Heißluftbehandlung von OSKAR FRANKL. Zentralblatt für Gynäkologie, 1904.

[9]) Naturwissenschaftl. Rundschau, herausgegeb. von Prof. Dr. W. SKLAREK, Nr. 35, 1. September 1904, referiert über ARTURO MARCACCI: „Ist das Leben möglich, wenn man den Stickstoff der Luft durch Wasserstoff ersetzt? (Rendiconti R. Istituto Lombardo 1904, Ser. 2, Vol. XXXVII.

blase" besitzen. Jedenfalls ist das nicht der Typus der sonstigen leichten Verbrennungen, bei welchen sofort heftiger Schmerz auftritt und sich die Blase sofort bildet. In einem einzigen Fall beobachtete ich zahlreiche größere Blasen, die zu ihrer Heilung längere Zeit brauchten, aber da handelte es sich um einen schweren Nervenfall mit ausgesprochener Unterempfindung für thermische Reize, was wir leider zu spät erfuhren. Aber auch da zeigten sich keinerlei Schmerzen und ließ sich die Patientin durch den Zwischenfall nicht abhalten, ihre Kur fortzusetzen.

Bei der Erörterung, unter welchen Bedingungen Verbrennungen auftreten, erwähne ich nur ganz flüchtig die mangelhafte Konstruktion von Apparaten, da diesbezüglich bereits allseits Abhilfe geschaffen wurde. Alle Apparate besitzen Schutzplatten an der Einströmungsstelle der heißen Luft, und die allgemein durchgeführte Vergrößerung des Luftraumes und Asbestauskleidung der Innenwände beseitigen die schädliche Wärmeausstrahlung der Wände.

Bekanntlich schützt sich die Haut gegen die einwirkende Hitze durch Absonderung von Schweiß, von der Intensität der Schweißabsonderung ist die Höhe der noch vertragenen Temperatur, die Toleranzgrenze abhängig. Nun ist die Transspirationsfähigkeit verschieden bei jedem Individuum, es gibt Menschen, welche in der größten Sonnenglut nicht transspirieren; ein bekannter Wiener Internist, den ich wegen eines Rheumatismus mit Heißluft behandelte, bezeichnete sich mir als α-Schwitzer. Bei einem und demselben Menschen haben verschiedene Stellen des Körpers, was ja aus anatomischen Gründen selbstverständlich ist, verschiedene Transspirationsfähigkeit, aber was nicht so selbstverständlich ist, an ein und derselben Stelle zu verschiedenen Zeiten verschiedene Schweißentwicklung.

TIGERSTEDT[10]) sagt: „Die Erfahrung bestätigt, daß sich der Mensch ohne Steigerung seiner Temperatur in einer Atmosphäre aufhalten kann, deren Temperatur sehr viel höher als die des Körpers ist, was um so mehr bemerkenswert erscheint, wenn wir bedenken, daß der Stoffwechsel und die Wärmebildung im Körper nie aufhören, wie hoch auch die umgebende Lufttemperatur sein mag. Diese Tatsache erhält, wie dies zuerst BENJAMIN FRANKLIN bemerkt hat, ihre Deutung durch die Schweißabsonderung. Bei hoher Temperatur werden die Schweißdrüsen erregt, und da nun der abgesonderte Schweiß von der Haut verdampft, bindet er eine große Wärmemenge, die ihm vom Körper abgegeben wird. Hierdurch wird der Körper abgekühlt und behält seine Temperatur unverändert bei."

Was vom ganzen Körper gilt, gilt auch von Teilen desselben, solange dieselben Schweiß absondern, sind sie gegen hohe Temperaturen gefeit; wenn die Schweißentwicklung mit dem Ansteigen der Temperatur nicht gleichen Schritt hält, wird die Toleranzgrenze überschritten. Es gibt auch eine „insensible Perspiration" durch die Haut, und diese erklärt es, daß Hautstellen, welche keine oder nur wenig Schweißdrüsen besitzen, ohne Schaden einer allerdings nicht zu hohen Temperatur ausgesetzt werden können, zweifellos ist aber da die Toleranzgrenze eine relativ niedrige.

Die Praxis lehrt, wo keine Transspiration, keine Toleranz für höhere Temperaturen. Werden sie trotzdem angewandt, kommt es zu Schädigungen der Haut, zu Verbrennungsblasen. Es gibt auch eine ganz plausible Erklärung dafür, warum für gewöhnlich keine Verbrennungen zweiten Grades entstehen. Die Hitze dringt, wie die thermometrischen Messungen BIERS in Fistelgängen ergaben, fast gar nicht in die Tiefe, sie wird durch die starke Durchblutung des Gewebes parallelisiert und kann darum keinen Schaden stiften. Wo aber ein Auftreten von stärkerer Hyperämie aus anatomischen Gründen unmöglich ist, wo also die natürliche Abwehrvorrichtung mangelt, werden schon von relativ geringen Temperaturen, begünstigt durch den Nervenreichtum dieser Stellen, Schmerzempfindungen ausgelöst, welche zu einem speziellen Schutz dieser Teile, durch Einwicklung mit Watte, zwingen. Es ist zweifellos nur grobe Vernachlässigung, wenn bei normaler Sensibilität des Patienten Verbrennungen zweiten Grades auftreten, da die frühzeitig ausgelösten Schmerzempfindungen eine rechtzeitige Herabsetzung der Temperatur ermöglichen. Während nun direkte Schmerzempfindung auf ein Versagen der Abwehrreaktion des Gewebes — d. i. der stärkeren arteriellen Durchblutung — deutet, verrät sich die ungenügende Schweißsekretion auch rechtzeitig durch ein Gefühl trockenen Brennens. Daß ein Nachlassen der Schweißabsonderung dieses Gefühl erzeugt, beweist eine alltägliche Beobachtung. Der Patient klagt bei einer gewissen, verhältnismäßig geringen Temperatur, sagen wir 100° C (an der Decke gemessen) über trockenes Brennen an einer Stelle; die Haut darüber fühlt sich trocken an. Sofort wird die Temperatur durch Abdrehen der Heizflamme heruntergesetzt, das Brennen hört auf. Nach wenigen Minuten überzeugen wir uns durch abermaliges Tasten, daß wieder Schweiß auftritt, jetzt erhöhen wir die Temperatur anstandslos, wenn auch langsam und vorsichtig. Wir erreichen einen hohen Temperaturgrad, 130—150°, welcher tadellos ertragen wird. Eine ähnliche Beobachtung teilt KRAUSE[11]) mit: „Unmittelbar vor dem Schweißausbruch ist manchem Kranken die starke Hitze sehr lästig. Sobald aber die Sekretion erfolgt, hört das brennende Gefühl auf und die Temperatur kann dann, ohne unangenehm zu werden, bis zu den höchsten erträglichen Graden steigen."

Die Praxis lehrt uns, daß an gewissen Körperstellen leichter Verbrennungen auftreten, daß trockene, atrophische Haut, mangelnder Panniculus adiposus besonders dazu disponieren, immer zeigt sich der innige Zusammenhang mit mangelhafter Transspiration und Zirkulation. Die Schulter, der Trochanter major, die Spina anterior, die Tibia erfordern große Vorsicht. Besondere Sorgfalt ist geboten bei der Anlegung des Apparates für Schulterbehandlung, da eine ungenügende Abdichtung des Apparates ein Ausstreichen der in den oberen Teilen des Apparates sich stauenden heißen Luft herbeiführen und sicherlich Blasen erzeugen würde.

Die genaue Kenntnis der Bedingungen, unter welchen diese im ganzen und großen wirklich harmlosen „Verbrennungen" entstehen, gibt dem Praktiker auch die Mittel an die Hand zur Vermeidung derselben. Rechtzeitiges Hinuntergehen mit der Temperatur, wenn der sorgfältig instruierte Patient sich meldet, Temperaturen unter 80° C bei senilen Individuen mit atrophischer Haut sowie bei Erkrankungen des Zentralnervensystems, Schutz der prädisponierten Stellen mit einer dünnen Lage Watte werden sichere Schutzmaßregeln bilden. Überdies empfiehlt es sich, nach der Behandlung stärker gerötete oder besonders trockene Hautstellen mit Zinksalbe zu decken, unter welcher die Haut wieder geschmeidig wird. Bei Schulterbehandlungen, bei denen am häufigsten Blasenbildung auftritt, wende ich ohne Ausnahme jedesmal Salbe an und staube darnach Reismehl auf.

Eine wichtige Vorsichtsmaßregel ist auch langsames Ansteigenlassen der Temperatur, welcher Vorgang die Erreichung höherer Wärmegrade gestattet, als man bei raschem Anheizen erzielt. Es scheint dies damit zusammenzuhängen, daß die Schweißsekretion erst allmählich ansetzt und, worauf bereits hingewiesen, zeitweise nachläßt. Über die Höhe der anzuwendenden Temperaturen wurde schon bei der Erörterung der Toleranzgrenze gesprochen, sicherlich muß vor Übermaß gewarnt werden, wenn auch für Individualisierung ein weiter Spielraum besteht.

Die Dauer einer Sitzung soll für gewöhnlich ½ Stunde nicht überschreiten, da sonst eine zu große Wärmemenge

[10]) TIGERSTEDT, Physiologie des Menschen. Leipzig 1902.

[11]) KRAUSE, Die örtliche Anwendung überheizter Luft. „Münchener medizinische Wochenschr.", 1898.

3

dem Patienten zugeführt wird und eine Ermüdung desselben trotz vorzüglicher Lagerung nicht vermieden werden kann. Es treten dann die unvermeidlichen Allgemeinerscheinungen auf, befördert durch die Verschlechterung der Zimmerluft und die zunehmende Zimmertemperatur. Darum soll für vorzügliche Ventilation des genügend großen Behandlungsraumes und möglichst leichte Bedeckung des nicht behandelten Körpers, am besten durch ein Leintuch, gesorgt sein. Vollständig abgeschlossen muß der Teil des Apparates sein, der dem Patienten zugekehrt ist, um zu verhindern, daß die Hitze aus dem Innern des Kastens gegen das Gesicht des Patienten dringt. Denn wenn derselbe die durch die Verbrennungsprodukte und Schweißdampf verunreinigte heiße Luft einatmen muß, sind Üblichkeiten unvermeidlich. Wir sehen diese aus den oben angeführten Gründen manchmal bei Schulter- und Nackenbehandlungen, bei welchen der Apparat in der Nähe der Respirationsöffnungen sich befindet, doch kann man durch sorgfältige Abdichtung, die ja auch wegen der Gefahr des Ausstreichens der heißen Luft notwendig ist, diesem Übel vollständig abhelfen.

Wenn die Behandlungszeit zu Ende ist, wird der Patient einige Minuten abgekühlt. Hydriatische Prozeduren nach der Heißluftbehandlung haben sich nicht eingebürgert, doch empfehle ich aus mehrfachen Gründen eine Abreibung der behandelten Stelle mit Franzbranntwein. Diese reinigt die Haut von dem Schweiße und kühlt ab, ohne die Hyperämie zu beseitigen. Die mit diesem Modus in der Praxis gemachten Erfahrungen waren durchaus gute.

Wenn die heiße Luft behufs Beförderung der Resorption angewendet wird, so empfiehlt es sich, Massage anzuschließen. Auf die vorzügliche Wirkung der Massage bei der durch Heißluft erzeugten arteriellen Hyperämie haben mehrere Autoren hingewiesen. Eingehend hat über diesen Punkt FRANKL auf dem heurigen Balneologenkongreß in Abbazia gesprochen, der bei der gynäkologischen Heißluftbehandlung darauffolgende Massage als unerläßlich bezeichnet.

Es wäre gewiß ein großer Fehler, die lokale Heißluftapplikation als ein ganz selbständiges Therapeutikum hinzustellen, speziell sie von den übrigen erprobten physikalischen Heilbehelfen, als welche sich u. a. Massage und Elektrizität erwiesen, loszulösen. Die Erfahrung lehrt, daß bei Exsudaten die Kombination von Heißluftbehandlung und Massage, bei Neuritiden von Heißluftbehandlung und Galvanisation Erfolge aufweist, wo andere therapeutische Versuche sich als vergeblich erwiesen haben. Andrerseits steht fest, daß der glänzende Heilerfolg bei akuten Gichtanfällen nicht nur punkto Schmerzlinderung, sondern auch die verblüffend rasche lokale restitutio in integrum durch die selbständige Heißluftbehandlung ohne jede therapeutische Kombination erzielt wird.

Die bisherige Übung hat akute Entzündungen aus dem Indikationsgebiete der Heißluftbehandlung ausgeschaltet, in neuerer Zeit hat es BIER unternommen, eine Bresche in unsere alt überlieferten Anschauungen zu schlagen, nach welchen entzündliche Erscheinungen antiphlogistisch, durch Ruhe und Kälte, zu kurieren sind. Wir Praktiker werden ihm auf dieses Gebiet kaum folgen, denn es dürfte BIER schwer fallen, uns davon zu überzeugen, daß wir eine akute Entzündung durch Antiphlogose nicht heilen, sondern in eine chronische verwandeln.

ULLMANN hat auf dem heurigen Balneologenkongreß ebenfalls über die Behandlung von akut entzündlichen Prozessen mit konstanter Wärme gesprochen, doch ist es schwer, sich über seine Ausführungen zu äußern, solange der Vortrag nicht im Drucke vorliegt. Doch fand der zitierte Gedanke an Ort und Stelle Widerspruch von FRANKL, der von seinem Standpunkte als praktischer Gynäkologe auf die Gefahr einer eitrigen Einschmelzung der Beckenexsudate hinwies.

So gehe ich nun daran, meine Ausführungen zu resümieren. Das Wesen der lokalen Heißluftbehandlung ist die sorgfältige Beschränkung der therapeutischen Aktion auf eine erkrankte Körperstelle unter möglichster Vermeidung einer allgemeinen Reaktion des Organismus. Die physikalischen und physiologischen Eigenschaften der heißen Luft lassen dieses Ziel als durchaus erreichbar erscheinen, denn das Auftreten allgemeiner Reaktionen sowie unangenehmer Begleiterscheinungen sind nicht der Heißluftbehandlung als solcher eigen, sondern nur die Folgen technischer Unvollkommenheiten in der Konstruktion der Apparate sowie der mangelhaften Methodik, welchen Übelständen zuverlässig abzuhelfen ist.

Revue.

Neuere Arbeiten über Ohrenheilkunde.

(Aus den Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft.)
(Schluß.)

IV. Oto-Chirurgie.

RUDLOFF (12) schließt sich der Angabe MACEWENS an: „Verbindet man die tiefste Stelle der Incisura parietalis des Schläfenbeins mit der Warzenfortsatzspitze, dann bezeichnet diese Linie beim Erwachsenen die mittlere Partie des Blutleiters, zuweilen aber seine hintere, links häufiger seine vordere Grenze.“

Anders sind die Verhältnisse beim Kinde: Hier liegt die vordere Grenze des Sinus sigmoideus weit hinter der von MACEWEN angegebenen Linie.

WINCKLER (13) betont, daß Erkrankungen des Ostium tympanicum tubae chronische Mittelohreiterungen, insbesonders aber Eiterungen nach erfolgter Radikaloperation unterhalten, also dem Ausheilungsprozeß direkt entgegenarbeiten, wofür Verf. mehrere Beispiele vorführt.

In diesen Fällen sei es nun angezeigt, die Radikaloperation in der Weise zu ergänzen, daß man die vordere Gehörgangwand nach vollständiger Ablösung des Gehörgangschlauches durch Abmeißlung verdünnt bzw. den ganzen knöchernen Gehörgang durch Fortnahme seines äußersten Abschnittes (mittelst LUERscher Knochenzange) verkürzt. Mit einem kleinen scharfen Löffel wird nunmehr die erkrankte Schleimhaut des tympanalen Tubenostiums entfernt. 3—4 Tage nach dieser Operation ist das Kauen etwas schmerzhaft und erschwert; die Schmerzhaftigkeit schwindet jedoch bald, wenn der Pat. häufige Kaubewegungen macht. Wird die ganze vordere Gehörgangswand fortgenommen, so rückt ein Streifen der Gelenkkapsel in die Pauke, was bei engen Verhältnissen störend wirkt; ein Übelstand, der sich jedoch durch Öffnen des Mundes (behufs Inspektion) leicht wieder ausgleichen läßt.

ESCHWEILER (14) verwendet nach der Radikaloperation im Prinzip nachstehendes Verfahren: „Primäre Transplantation eines THIERSCHschen Lappens auf die sauber ausgekratzte Warzenfortsatzhöhle, vorausgesetzt, daß weder Dura noch Sinus freiliegt. Tamponade mit nach SCHMIEDEN hergestellter Vioformgaze. Erster Verbandwechsel nach 14 Tagen. Weiterhin öftere Tamponade mit Vioformgaze.“

BLOCH (15) versuchte das SCHNEIDERLINsche Narkoseverfahren zunächst bei 10 Operationen (vom 18.—24. Mai 1902), wobei er sich streng an die KORFFschen Vorschriften hielt: 5 (später 4), 2 Stunden und 1 Stunde vor der Operation wurde subkutan eine PRAVAZsche Spritze voll folgender Lösung injiziert: Scopolamin. hydrobromic. 0·012; Morphin. hydrochlor. 0·120; Aq. dest. 10·0. Bei diesen Versuchen fand BLOCH die der Skopolamin-Morphiumnarkose nachgerühmten Tugenden nicht durchweg bestätigt; meist mußte Chloroform überdies gründlich nachhelfen. Erst im Jahr darauf, als in einem Fall sowohl Chloroform wie Äther kontraindiziert waren, wurde die aufgegebene Narkotisierungsmethode wieder aufgenommen; diesmal mit glänzendem Erfolg (noch dazu bei einem Potator). Nunmehr verwendete sie Verf. auch bei anderen größeren Operationen. „Wir haben inzwischen gelernt, unsere Ansprüche an die Operationsmethode umzuwerten.“ Bis zur ersten Auslösung von Schmerzempfindungen wurde von nun ab Skopolamin, dann Chloroform in äußerst sparsamen Mengen (wenige Kubikzentimeter) angewandt; die Erfolge waren sehr günstige, besondere Kontraindikationen zeigten sich nicht. Anschließend an diese Betrachtungen folgen zwei Protokolle sowie eine tabellarische Zusammenstellung von 26 Skopolamin-Morphiumnarkosen.

V. Oto-Physiologie.

Nach BEZOLD (16) ist der Nachweis einseitiger Taubheit heute nicht mehr schwierig; nötigenfalls genügt schon die Feststellung der unteren Tongrenze. „Wo der mittlere Ton der Skala a' bei stärkstem Anschlag nicht oder nur einen Moment gehört wird und gleichzeitig der mit wenigen obertönefreien, tieferen Stimmgabeln zu prüfende untere Teil der Skala ausfällt, da dürfen wir Taubheit annehmen; und wenn bei Mittelohreiterung vorher ein Gehör für einen Teil dieser Stimmgabeln hatte festgestellt werden können, so ist damit der Nachweis geliefert für ein Fortschreiten der Eiterung auf das Labyrinth." BEZOLD steht mit KNAPP auf dem Standpunkt, daß auch die Knochenleitung im strengen Sinne als eine osteo-tympanale aufzufassen sei, d. h. also, daß „auch bei der Zuleitung durch den Knochen eine Erregung der Akustikusausbreitung ausschließlich auf dem Wege und mit Hilfe des mit dem Knochen schwingenden Schalleitungsapparates zustande komme".

Verf. zeigte in vier Fällen einseitiger Taubheit, daß das andere (intakte) Ohr die obertönefreien, belasteten Stimmgabeln der ganzen unteren musikalischen Skalahälfte bis zum a' absolut nicht gehört hatte, wenn die Stimmgabeln nach stärkstem Anschlag mit ihren Zinkenden in direkte Nähe des labyrinthlosen Ohres gebracht wurden. Hohe Töne verhalten sich da wegen ihrer bekannten Intensität ganz anders und das andere Verhalten der Perzeption bei hohen Tönen ist daher kein Beweis gegen die Annahme, daß das normale Gehör durch direkte Knochenleitung und nicht durch das Trommelfell und die Leitungskette vermittelt wurde. „Erst jetzt wissen wir mit Sicherheit, daß ohne den Schalleitungsapparat ein Hören per Luftleitung bis zur eingestrichenen Oktave hierauf überhaupt unmöglich wäre."

Nach OSTMANN (17) ist durch Festlegung der Abschwingungskurven für die Stimmgabeln vom C bis zu c⁴ (mit Hilfe des Mikroskopes bestimmt) die Grundlage für das objektive, einheitliche Hörmaß „für jedermann brauchbar und handlich zu machen", es wurden Amplituden- und Hörprüfungstabellen aufgestellt, die für jede Sekunde des Abschwingens angeben: 1. die Größe der Amplitude in Millimetern; 2. die Größe, um welche die Amplitude von Sekunde zu Sekunde kleiner wird; 3. die Zahl, um wie viel Mal die Amplitude größer ist als die Normalamplitude. Mit Hilfe dieser Tabellen läßt sich das objektive Hörmaß berechnen.

LUCAE (18) sah einen Fall, in dem sich durch die Behandlung das Sprachgehör besserte, ohne daß in zweifelloser Weise die Perzeption von c⁴ wiedergekehrt wäre.

HEINE (19) berichtet eine ausführliche Krankengeschichte, aus der folgendes hervorzuheben ist: Im Verlaufe einer chronischen, fötiden Mittelohreiterung kam es zu Schüttelfrost und 6 Tage nachher zu amnestischer Aphasie, Paraphasie, Agraphie und Alexie, einem Symptomenkomplex, der bei linksseitigem Schläfenlappenabszeß aufzutreten pflegt. Trotzdem der Pat. „Rechtshänder" ist, handelt es sich doch um einen rechtsseitigen Schläfenlappenabszeß, der durch einen operativen Eingriff aufgedeckt wurde. Der Krankheitsverlauf machte wiederholte Operationen nötig. Hemiopie stellte sich erst vor der zweiten Operation am Schläfenbein ein. Bei der dritten fand sich im Hinterhaupt eine große, aber leere Höhle; es ist also der Eiter dieses Abszesses bei der zweiten Operation mit abgeflossen. Bei dem vierten Eingriff erschien die Gehirnsubstanz um den Abszeß erweicht. Puls und Temperatur zeigten nichts Charakteristisches. Eine Veränderung am Augenhintergrund wurde nie beobachtet. Der Pat. wurde nach 4½monatlicher Behandlung gesund entlassen und war 2½ Monate später noch vollständig gesund.

VI. Grenzgebiete.

BRÜHL (20) stellte unter Hilfe des Dr. NAWRATZKI in der Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf an 271 Idioten Untersuchungen an, die folgendes Resultat ergaben: 28% zeigten vergrößerte Gaumenmandeln, 75% vergrößerte Rachenmandeln (davon 10% hochgradig); in 22% bestanden gleichzeitig Gaumen- und Rachenmandelhyperplasie. Bemerkenswert ist, daß bei den bildungsunfähigen Idioten seltener Rachenwucherungen festzustellen waren (64·5%) als bei den bildungsfähigen (78·9%).

Normaler Trommelfellbefund konnte bloß in 32% (unter 542 Trommelfellen) nachgewiesen werden, chronische Mittelohreiterung bestand in 5·7%. Die Gehörsprüfung ergab: 14% (von 306 geprüften Ohren) hörten die Stimme 8—4 *m* weit, 22% 4—0 *m*, 20% hörten beiderseits nur unter 4 *m* Entfernung. Trotzdem es demnach den Anschein haben könnte, als spielten in der Ätiologie der Idiotie Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit eine Rolle, ist dies nach Ansicht des Verf.s nicht der Fall.

KREBS (21) desinfiziert nur bei Ausführung größerer Nasenoperationen die Haut der Nase, insbesondere dann, wenn er genötigt ist, die zu operierende Nase mit seiner Hand anzufassen. Sonst beschränkt sich Verfasser darauf, keine neuen Keime ins Operationsfeld zu tragen, also nur streng aseptisch vorzugehen. Demnach sieht er auch von allen antiseptischen Nasendurchspülungen ab, es sei denn zur Lösung fest anhaftender Borken u. dgl. Zum Zweck der Anästhesierung bedient sich Verf., wenn nicht besondere Umstände eine Allgemeinnarkose verlangen, der lokalen Anästhesie, und zwar in erster Linie wässeriger Kokainlösungen (Tropfgläser!), bei hypertrophischen hinteren Enden unterer Muscheln des β-Eukain. Nebennierenpräparate benutzt Verf. nicht zur Anästhesierung, die er ihnen gänzlich abspricht, sondern zur Anämisierung.

Zur Stillung der Blutung verwirft Verf. im allgemeinen die Tamponade der Nasenhöhle. Diese wird regelmäßig nur nach Operationen aus den knöchernen Teilen ausgeführt, und zwar wird die Jodoformgaze nur ganz locker, nicht zum Zweck einer Kompression, sondern als schützender Deckverband, eingeführt. Sonst wird nur ein Gazestreif (von der Länge und Breite des kleinen Fingers) oder ein kleiner Wattebausch, in Adrenalinhydrat (1 : 4000) getaucht, an die blutende Stelle gelegt. Dem Pat. wird Ruhe empfohlen, Liegen bei erhöhter Kopflage und mit gelockertem Halskragen, Enthalten von Schnupfen, kalte Umschläge auf die Nase bei Nachblutungen, tiefes Einatmen bei geschlossenem, leichtes Ausatmen mit offenem Mund. Für die weitere Wundbehandlung diene als Prinzip, daß eine normal heilende Nasenwunde nicht als Behandlungsobjekt zu betrachten sei. Nötig ist nur die Kontrolle, ob die Wunde normal heilt. Desinfizierende Pulver bringen keinen Vorteil; bei galvanokaustischen und anderen stark absondernden Wunden empfiehlt es sich, den Naseneingang mit einer milden Salbe, etwa Mentholvaseline (1%) einzufetten, um Ekzem zu vermeiden. Eine energischere Nachbehandlung tritt erst ein, wenn Synechiebildung droht; dann wird die gefährdete Nasenhälfte mit Kokain und Adrenalin zum Abschwellen gebracht, gebildete Narbenstränge mittelst schneidender Instrumente (ja nicht mittelst Sonde) durchtrennt und an diese Stelle ein mit Sublimatlösung abgespülter kleiner Streifen von Guttaperchapapier eingelegt.

WINCKLER (22) präzisiert vorerst seine Prinzipien bei der Behandlung der Eiterungen des Antrum Highmori. Bei akuten eitrigen Entzündungen verhält er sich in der Regel abwartend; auch bei chronischen sah er häufig Ausheilung unter einfachen Maßnahmen, wenn das Siebbein nicht erheblich erkrankt ist und wenn nach der Probeausspülung der Kieferhöhle diese bei der Durchleuchtung sich vollkommen aufhellt sowie normale Verhältnisse bezüglich der Lichtempfindung ergibt. Führt die Behandlung vom Hiatussem ilunaris aus nicht zum Ziel, so nimmt Verf. die Radikaloperation vor (mit besonderer Berücksichtigung des Siebbeines). Die moderne Radikaloperation setzt sich aus dem Verfahren von JANSEN und dem von BÖNIGHAUS (1897) angegebenen zusammen. Nach Besprechung des typischen Eingriffes bespricht Verf. auch noch die eventuellen Varietäten, die eine Modifikation der Operation erfordern.

ERNST URBANTSCHITSCH.

Referate.

LAUENSTEIN (Hamburg): Zur Technik der Transplantation nach THIERSCH.

Durch einige Änderungen in der Technik ist es dem Verf. gelungen, Mißerfolge bei der THIERSCHschen Transplantation zu vermeiden. Für den ersten Verband benützt Verf. nicht Protektive-Silk, sondern den CRÉDÉschen Silberverbandstoff; es ist dies eine mit

ganz feinem plattierten Silber belegte Gaze, sie verklebt nicht mit der Wundfläche und ist für Wundsekrete durchlässig. Die Gaze wird mit Heftpflasterstreifen befestigt und darüber ein aseptischer Okklusivverband angelegt; der Verband wird erst nach 8 Tagen entfernt. Verf. hat weiters die Erfahrung gemacht, daß das Abkratzen der Granulationen mit dem scharfen Löffel nicht von Vorteil ist, da man am Grunde der Granulationen gewöhnlich eine narbige Fläche findet, die schlecht vaskularisiert ist und an welcher die Läppchen schwer anheilen. Er rät daher, die Granulationsfläche in der Weise bloß anzufrischen, daß man die Oberfläche mit sterilem Tupfer abreibt, so daß sie ganz leicht blutig wird („Zentralbl. f. Chir.", 1904, Nr. 35). Sämtliche Transplantationen, die nach diesem Verfahren eingeführt wurden, gelangen vollständig; das gesamte Überpflanzungsmaterial war tadellos angeheilt. ERDHEIM.

WESTENHOEFFER (Berlin): Das Reichs-Fleischbeschaugesetz in bezug auf die Tuberkulose, nebst einigen Bemerkungen über die Ausführung der Fleischbeschau.

Verf. gelangt zu folgenden Schlußfolgerungen: Alles in Städte mit öffentlichen Schlachthöfen eingeführte Fleisch muß einer Nachbeschau durch Sachverständige unterliegen. Kopf, Brusteingeweide, Milz und Nieren sind mit vorzulegen in Verbindung mit dem Körper oder, wenn dies nicht geht, durch ein amtliches Attest als zu dem betreffenden Fleischteile gehörig zu bezeichnen. Das eingeführte Fleisch muß sofort nach der Ankunft einer der Untersuchungsstationen zugeführt werden („Berliner klin. Wochenschr.", 1904, Nr. 46). Für diese Nachbeschau werden Gebühren nicht erhoben. Städte mit öffentlichen Schlachthöfen sind verpflichtet, Fleischvernichtungsanstalten einzurichten und in eigenen Betrieb zu nehmen. In Städten mit öffentlichen Schlachthöfen dürfen Hausschlachtungen zu privaten Zwecken nicht vorgenommen werden. Die Fleischbeschautierärzte auf dem Lande und in den Städten sind so zu besolden, daß sie auf Praxis verzichten können. Es ist dahin zu streben, daß in jedem Beschaubezirk ein öffentlicher Schlachthof errichtet wird, der so liegt, daß er von allen zugehörigen Ortschaften bequem erreicht werden kann. Als Leiter solcher Bezirksschlachthöfe sind vom Staate zu ernennende und zu besoldende Tierärzte anzustellen. Erst wenn eine im ganzen Reich gleichmäßig ausgeübte Fleischbeschau besteht, kann das Recht der Städte auf Nachbeschau aufgehoben werden, aber auch dann ist es noch wünschenswert, es beizubehalten, weil sofort bei der Erklärung der Freizügigkeit voraussichtlich auch verbrecherische Manipulationen in größerem Maßstabe versucht werden. Diese sind allerdings dann nicht mehr so zu fürchten wie jetzt, weil ja dann überall nur in Schlachthäusern unter Kontrolle geschlachtet wird und die Existenzmöglichkeit der sogenannten „Polkaschlächtereien" eine immer geringere wird. B.

FRANZ WEITLANER (Innsbruck): Dermatotherapeutische und urologische Beobachtungen.

Verf. hat als Antihydrotikum und noch mehr als Desinficiens und Desodorans das Mesotan, zumal bei Hyperidrosis pedum, in Verwendung gezogen („Monatsh. f. praktische Dermatogie", 1904, Bd. 39). Er verfügt bis nun über 5 Fälle, in denen er dieses Präparat gebrauchte und fand hierbei Folgendes: Die schweißhemmende Wirkung des Mesotan ist eine hervorragende, nicht bloß bei den Schweißausbrüchen der Phthisiker und Bronchitiker überhaupt, sondern auch an den Fußsohlen; die Desodorisation ist wohl eine Folge der Salizyldesinfektion. Zur Anwendung gelangte nur das Mesotanöl (Mesotan, Ol. olivar. aa. p.), wovon täglich morgens beim Aufstehen, unmittelbar bevor die Strümpfe angezogen wurden, eine erbsengroße Menge auf jede Fußsohle mit der Hohlhand kurz eingerieben wurde. Dies geschah bis jetzt 2 Monate lang. Affektionen der Fußsohle oder der übrigen Hautdecke traten in keinem Falle auf, was um so auffallender ist, als unmittelbar darauf gegangen wurde, also die Fußsohlen beständig mazeriert wurden. Dies ist eine Bestätigung der Anschauung RUHEMANNs („Berliner klinische Wochenschr.", 1904, Nr. 25), der schreibt: „Ich bin der Meinung, daß die Befolgung dieser Vorschrift (nämlich des Mesotangemisches) allein bereits imstande wäre, in allen Fällen, wo nicht gerade eine abnorme Reizbarkeit der Haut vorliegt, Entstehung von Erythemen, Ekzemen, Dermatitiden vermeiden zu lassen." Außerordentlich wichtig bei der Anwendung des Mesotanöles ist dessen hervorragende Bequemlichkeit. Mit einem Fläschchen Mesotanöl zu 30 *g* kommt der Schweißleidende mehrere Wochen lang aus. Die Behandlung ist deshalb auch eine relativ billige trotz des hohen Mesotanpreises. G.

FRITZ SCHAUDINN (Berlin): Über die Einwanderung der Ankylostomumlarven von der Haut aus.

Vor einigen Jahren hat LOOSS angegeben, daß die Infektion mit Ankylostomum außer durch den Mund auch von der intakten Haut aus erfolgen könne. Eine Bestätigung dieser Angaben von anderer Seite ist bisher nicht erfolgt, vielmehr wurden sie von den meisten Ankylostomiasis-Forschern scharf bekämpft und für unwahrscheinlich erklärt. Verf. hat nun im Auftrag des kaiserlichen Gesundheitsamtes als erster eine Nachprüfung jener Angaben unternommen („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 37). Die Versuche wurden in der Weise angestellt, daß Aufschwemmungen von Ankylostomumlarven jungen Affen der Gattung Inuus auf die rasierte Haut des Rückens aufgeträufelt wurden; dann wurde der Affe gehalten, bis alle Flüssigkeiten eingetrocknet war, sodann die geschorene Stelle und die Umgebung in weiter Ausdehnung wiederholt tüchtig mit absolutem Alkohol gewaschen, darauf wurde das Tier in seinen Käfig gebracht. Die Versuche ergaben eine völlige Bestätigung der LOOSSschen Angaben. Das eine Tier starb nach 13 Tagen unter heftigen Krämpfen und im ersten Drittel des Dünndarms fanden sich 36 lebende Ankylostomen, und zwar in dem entsprechenden Stadium (10—12 Tage). Ein zweites Tier, welches dreimal infiziert worden war, wurde getötet. Bei diesem Tiere fanden sich ebenfalls Ankylostomen im Darm, ferner noch Larven in der Haut (das Tier war noch vor seiner Tötung infiziert worden). — Aus den von LOOSS auf dem internationalen Zoologenkongreß in Bern vorgelegten Präparaten geht hervor, daß die Larven von der Haut zunächst in die Hautvenen gelangen, dann durch das rechte Herz in die Lungenkapillaren, in die Alveolen eindringen und durch die Bronchien, Trachea, Kehlkopf, Ösophagus, Magen in den Darm wandern. Ein Teil gelangt von der Haut aus in das Lymphgefäßsystem und dann auch schließlich in die Venen, wenn er nicht vorher in den Lymphdrüsen aufgehalten wird. Auch diese Angaben von LOOSS konnte SCHAUDINN vollinhaltlich bestätigen. BR.

WOLFGANG WEICHARDT (Berlin): Über das Ermüdungstoxin und -Antitoxin.

Funktionierende Muskeln der Warmblüter bilden außer den schon bekannten, chemisch definierbaren Abbauprodukten ein Toxin, welches mittelst der Dialyse von ersteren gereinigt werden kann („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 48). Dieses durch die Muskelbewegungen entstandene Toxin bewirkt Ermüdung des betreffenden Tieres, größere Anhäufung des Ermüdungstoxins unter Temperaturabfall Sopor und Autointoxikationstod. Injiziert, bewirken frische ermüdungstoxinhaltige Präparate in geringen Dosen Ermüdung, in größeren unter Temperaturabfall Sopor und den Tod unter ähnlichen Erscheinungen wie beim Ermüdungs-Autointoxikations-Tode. Ermüdungstoxin kann im Leichnam getöteter unermüdeter Tiere in der Regel nicht oder nur spurenweise, als das Produkt heftiger Todeszuckungen, nachgewiesen werden. Daher bleiben Tiere, denen dialysiertes, von indifferentem Eiweiß befreites Muskelplasma nicht ermüdeter Tiere injiziert wird, in der Regel frisch und munter. Das Ermüdungstoxin hat die Eigenschaften eines echten Toxins: es ist nicht dialysabel und bewirkt, wenn es in größerer Menge bei Tieren in die Blutbahn gelangt, Bildung ungewöhnlicher Quantitäten eines spezifischen Antitoxins. Ermüdungstoxin und -Antitoxin sättigen sich im Körper und in vitro vollständig ab, und zwar, wie es den Anschein hat, nach dem Gesetze der Multipla. Doch nimmt das Ermüdungsantitoxin den Bakterienantitoxinen gegenüber wegen seiner leichten Dialysierbarkeit eine Sonderstellung ein. Dieser leichten

Dialysierbarkeit entspricht die leichte Resorptionsfähigkeit des Verdauungstraktus für das Antitoxin. Während das Ermüdungstoxin bei gewöhnlicher Aufbewahrung überaus schnell atoxisch wird, ist das Antitoxin haltbar. Das Ermüdungsantitoxin besitzt daher die Eigenschaften eines dem Organismus adäquaten Analeptikums. G.

V. BECK (Karlsruhe): **Zur Kardiolysis bei chronischer adhäsiver Mediastino-Pericarditis postpleuritica.**

Die von BRAUER in Vorschlag gebrachte Operation besteht in „operativer Sprengung des Knochenringes“, der das Herz umgibt und der sich aus den Rippen samt Wirbeln und dem Brustbein zusammensetzt. Das durch Adhäsionen an diesem Ring befestigte Herz muß bei jedesmaliger Kontraktion eine große Anstrengung machen, um den ganzen Ring mitzubewegen und erlahmt infolge dieser Überanstrengung. Durch Lockerung des Ringes vermittelst Resektion einiger das Herz bedeckenden Rippen wird das Herz vor Überanstrengung bewahrt und kann sich erholen. Tatsächlich sah Verf. in drei hierher gehörigen Fällen von der Operation gute Resultate („LANGENBECKs Archiv“, Bd. 73, H. 4). Es handelte sich durchgehends um Patienten mit Cyanose, sehr unregelmäßiger, sehr beschleunigter Herzaktion „Herzzappeln“, Stauungsleber, Knöchelödemen; in 2 Fällen bestand auch Albuminurie. Kurze Zeit nach der Operation hörte das „Herzzappeln“ auf und die Stauungserscheinungen bildeten sich zurück. Die Operation wird in der Weise ausgeführt, daß die das Herz bedeckenden Rippen bloßgelegt und dann die 3.—6. Rippe vom Sternum bis in die vordere Axillarlinie subperiostal reseziert werden; dann folgt die vorsichtige Entfernung des meistens verdickten Periostes und der Interkostalmuskeln. ERDHEIM.

C. D. SPIVAC (Philadelphia): **Volvulus des Magens.**

Verf. tritt für die Möglichkeit dieser Erkrankung mit Entschiedenheit ein („The Monthly Cyclopaedia of Practical Medicine“, Juni 1904). Differentialdiagnostisch kommen angeblich Pylorusstenose, Darmverschluß, Vergiftungserscheinungen, Cholelithiasis, Peritonitis u. a. m. in Betracht. Verdauungsstörungen vor allem spielen eine ätiologische Rolle. Alter und Geschlecht geben keine Differenz. In einem Teil der Fälle findet man Adhäsionen mit der Umgebung, oft fehlt aber jede organische Veränderung. Charakteristisch sollen folgende Symptome sein: Ausdehnung des Magens, im linken Hypochondrium beginnend und allmählich an Größe zunehmend, mit exquisit tympanitischem Perkussionsschall; Erbrechen oder Regurgitation der unmittelbar eingenommenen Speisen und Getränke; kein Rülpsen; keine Winde; auch kann die Sonde nicht in den Magen eingeführt werden. Bei rechtzeitiger Diagnose des Zustandes hat die operative Therapie günstigen Erfolg. J. St.

GUSTAV PAUL (Wien): **Über Impfschäden.**

Eine systematische Darstellung der Anomalien und Komplikationen des Vakzinationsprozesses hat bis heute gefehlt; der um das Impfwesen in Österreich verdiente Autor hat daher durch Veröffentlichung vorliegender Abhandlung, die jeder Impfarzt lesen sollte, einem fühlbaren Bedürfnisse abgeholfen („Das österr. Sanitätswesen“, 1904, Nr. 8—16). Durch Verhütung von Impfschäden wird den zahlreichen Impfgegnern die letzte Waffe entrissen und manches Vorurteil der Bevölkerung gegen die Impfung entkräftet werden; in diesem Sinne hat sich auch der Autor ein neues Verdienst erworben. Im Interesse der Vakzination wünschen wir dem Büchlein zahlreiche Leser. A.

E. HOFFMANN (Düsseldorf): **Über akute Magendilatation.**

Es gibt akute Magenerweiterungen, ohne daß vorher ein bereits erkanntes resp. durch irgendwelche Symptome lästiges Magenübel bestanden hätte („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 45). Beim Fehlen einer Anamnese kann die akute Magenerweiterung zu diagnostischen Irrtümern führen, welche im Beginn der Erkrankung verhängnisvoll werden können; hat man es dann mit einer besonders in der linken Bauchseite liegenden, abgegrenzten Dämpfung zu tun, verbunden mit unstillbarem Erbrechen, so soll man stets die akute Magendilatation auch ohne anamnestische Daten mit in den Bereich der differentiellen Diagnose ziehen und zur Sicherheit eine Sondierung des Magens mit Spülung vornehmen. Die akute Magendilatation scheint, wie der Fall H.s und die anderen, oben zitierten Fälle zeigen, besonders das jugendliche Alter bevorzugen. Auch entzündliche Erkrankungen des Pankreas können zur akuten Magendilatation führen. BARDENHEUER berichtete über einen Fall von akuter Dilatation nach traumatischer Pankreatitis, den er durch Gastroenterostomie zur Heilung brachte. Wenn auch die genau beobachteten Fälle von akuter Magendilatation noch zu gering an Zahl sind, um sich ein definitives Urteil über Ätiologie und Genese dieser Erkrankung zu bilden, so scheint der mitgeteilte Fall und die neueren Beobachtungen doch den sicheren Rückschluß zu gestatten, daß einmal die verschiedensten Einflüsse zur akuten Magendilatation führen können, seien dieselben mechanischer oder chemischer (toxischer) Natur, und daß ferner Pankreas und Magen auch hier in kausale Wechselbeziehung, wenn nicht zueinander treten, sicherlich jedoch zueinander treten können. Jedenfalls wird man künftighin bei der akuten Magendilatation im Falle einer eventuellen Operation, resp. Sektion, dem Befund des Pankreas eine erhöhtere Aufmerksamkeit schenken müssen. B.

MARTIN E. SIMON (Greifswald): **Untersuchungen über den Gefrierpunkt des Urins während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.**

Die Schwankungen der 24stündigen Urinmenge bei einem und demselben Individuum während der späteren Schwangerschaftsmonate sind außerordentlich beträchtlich; als Durchschnittszahl ist 1200 cm^3 pro die zu betrachten, während das spezifische Gewicht durchschnittlich 1020 beträgt. Der Δ des Urins während der Schwangerschaft ist ebenfalls bedeutenden Schwankungen — 0·2—1·85 unterworfen. Zwischen ihm und dem spezifischen Gewicht besteht ein gewisser Parallelismus und werden beide durch Flüssigkeitsaufnahme leicht beeinflußt („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.“, Bd. 22, Ergänzungsheft). Eiweiß und Eiter haben keinen Einfluß auf den Δ, während die Gegenwart von Zucker sowohl diesen als das spezifische Gewicht erniedrigt, bzw. erhöht. Die Höhe des Δ korrespondiert bis zu einem derartigen Grade mit der des spezifischen Gewichtes, daß man bei Harnen, die frei von abnormen Bestandteilen und deren Salze gelöst sind, das spezifische Gewicht ziemlich zuverlässig zur Bestimmung der molekularen Konzentration benutzen kann. Für diagnostische Zwecke hat die Bestimmung des Δ nur Zweck, wenn gleichzeitig das spezifische Gewicht berücksichtigt wird. So weit schließlich die Tätigkeit der Nieren in der Höhe des Δ zum Ausdruck kommt, ist ein Einfluß des Geburtseintrittes auf die Nierenfunktion nicht zu konstatieren. FISCHER.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Therapie traumatischer Bauchaffektionen und der Appendizitis** bespricht BALLENCE („Lancet“, 1904, Nr. 40). Nach Traumen schreitet BALLANCE rasch zur Laparotomie, wenn der Puls sich nicht bald hebt. Die Appendizitis teilt Verf. in solche ein, die in den ersten 48 Stunden zur Beobachtung kommen; diese Fälle sind sofort zu operieren, da einerseits die Operation leicht ausführbar ist, andrerseits aber jeder anscheinend leichte Fall von Appendizitis in wenigen Stunden zur schwersten Peritonitis führen kann. Will man einen Frühfall exspektativ behandeln, so gebe man innerlich Magnes. sulph., äußerlich Eis. Die zweite Klasse von Fällen sind diejenigen, welche vom 2.—5. Krankheitstage zur Beobachtung kommen und bei welchen die entzündlichen Erscheinungen in der Zunahme begriffen sind. Auch diese Fälle sind sofort zu operieren; man beschränke sich jedoch in der Mehrzahl der Fälle darauf, den Abszeß zu entleeren; die Appendix entferne man nur, wenn sie sofort gefunden wird. Jede ausgedehntere Manipulation und jede längere Operation vermeide man. Den Wurm entferne man später, wenn der Prozeß zur Ruhe gekommen ist. Die dritte Gruppe umfaßt die Fälle nach dem 5. Tage, bei denen die Entzündungserscheinungen

begrenzt oder schon im Abklingen begriffen sind. Bei diesen Fällen empfiehlt es sich in der Regel, ein abwartendes Verfahren einzuschlagen, den Wurm aber etwa 4 Wochen nach Abklingen der Symptome zu entfernen. Hat man den geringsten Zweifel, ob der Fall auch glatt verlaufe, so operiere man sofort. Schließlich gibt es die Fälle, in denen der Kranke mit ausgesprochener Peritonitis in Behandlung kommt (hier kann nur sofortige Operation helfen), und die sogenannten Intervallfälle, die auch möglichst bald zu operieren sind. Fälle im freien Intervall sind so gut wie ungefährlich, wenn man die Bauchhöhle drainiert, sobald man bei der Operation auf Spuren frischerer Entzündung (Eiter, Konkremente etc.) stößt.

— Über die Verwendung des **Aspirin in der Otiatrie** berichtet MEIER („Heilk.", 1904, Nr. 11). Verf. hat sich bei Hunderten von Ohren- und Nasenkranken immer wieder von der hervorragenden Wirksamkeit dieses Mittels gegen jeden durch entzündliche Affektionen des äußeren und mittleren Ohres verursachten Schmerz überzeugt. Bei Ohrfurunkulose und Perichondritis konnte er durch Aspirinanwendung des Morphiumgebrauches völlig entraten. Auch bei Mittelohrkatarrhen und Eiterungen leistet Aspirin gegen die Schmerzen gute Dienste, während es gegen die mit den entzündlichen Affektionen der Nebenhöhlen der Nase einhergehenden Neuralgien nur unsicher wirkt. Sein sedativer Einfluß hängt nicht regelmäßig mit seiner temperaturerniedrigenden Wirkung zusammen. Nach den Erfahrungen MEIERS wirkt das Aspirin zumeist symptomatisch; einen kurativen Erfolg des Medikaments auf otitische Meningitis hat er nie beobachtet. Die Wirkung bei Störungen des Bewußtseins kommt möglicherweise dadurch zustande, daß das Aspirin in irgend einer Weise den intrakraniellen Druck beeinflußt.

— Über eine **seltene Indikation zur supravaginalen Amputation des Uterus** berichtet KLEINHANS („Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.", Bd. 15, Nr. 13). Es handelte sich um eine IV-para mit hochgradig osteomalazischem Becken, die im vierten Monate der Gravidität zu abortieren begann. Infolge der hochgradigen Beckenverengerung konnte jedoch der Abortus nicht spontan verlaufen. Der Uterusinhalt wurde verhalten und begann zu putreszieren. Es wurde die Laparotomie mit supravaginaler Uterusamputation vorgenommen. Dabei zeigte sich, daß der Raum zwischen der Gegend des Promontoriums und den ganz aneinander gerückten horizontalen Schambeinästen gerade noch Raum für eine Fingerspitze bot. Die Gebärmutter lag vollständig über dem Beckeneingang, war tetanisch kontrahiert und drängte sich von selbst nach Eröffnung des Peritonealraumes aus der Bauchwunde heraus; sie zeigte eine ausgesprochene Sanduhrform und beim Durchschneiden derselben fand sich in der Korpushöhle die mazerierte Plazenta, in dem unteren Uterinsegmente die zerquetschte Frucht. Die Osteomalazie hatte sich in der dritten Gravidität rapid entwickelt.

— Über Versuche mit **Neuronal** berichtet BECKER („Psych.-neur. Wochenschr.", 1904, Nr. 18). Die im Verlaufe der Versuche mit Neuronal erzielten Erfolge waren im ganzen befriedigend. Bei einfacher Schlaflosigkeit genügte vielfach schon 0·5 *g* zur Herbeiführung eines ruhigen, 6—8 Stunden dauernden Schlafes, der nach 20—30 Minuten einzutreten pflegte. Leicht manische Patienten kamen auf 1 *g* nach durchschnittlich einer halben Stunde zur Ruhe. Bei stärkerer Manie machte sich die Darreichung von 1·5, in einzelnen Fällen von 2 *g* nötig, ohne daß es immer gelang, eine dauernde Nachtruhe zu erzielen. Einige manisch-depressive Kranke, deren Psychose besonders schwer verlaufen war, schliefen im Stadium der höchsten motorischen Erregung auf 2 *g* nur 3—4 Stunden, andere nur vereinzelte Stunden oder gar nicht. Bei bedeutenden paralytischen Aufregungszuständen ließ dagegen Neuronal niemals im Stich. Unruhe geringeren Grades bei senil Dementen wurde durch 0·5—1 *g* leicht, hochgradige nicht immer auch durch bis zu 2 *g* gesteigerte Gaben ausreichend beseitigt. Neuronal hat sich im ganzen genommen als ein brauchbares und durchaus unschädliches Schlafmittel erwiesen.

— Beiträge zur Pathologie und **Therapie der Sekretionsstörungen des Magens** mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik bringt V. ALDOR („Zeitschr. f. diät. u. phys. Therap.", 1904, Bd. 8, H. 5 u. 6). Er betont zunächst die Wichtigkeit der funktionellen Prüfung des Magensafts. Abgesehen von dem Salzsäuregehalt hat in neuerer Zeit die quantitative Pepsin- und übrige Fermentuntersuchung erhöhtes Interesse gewonnen. Die Darreichung von Salzsäure ist imstande, die Pepsinsekretion anzuregen. Die Achylie kann Folge einer organischen Erkrankung (chronischen Katarrhs, Anaemia perniciosa, Karzinoms), aber auch lediglich neurogenen Ursprungs sein. Intermittierende Diarrhöen sind ein häufiges Symptom der darniederliegenden Magensaftsekretion. Verf. glaubt die Diarrhöen auf einen Ausfall der Pankreassekretion zurückführen zu können, welche in der Norm, wie die Experimente PAWLOWS zeigen, durch die Salzsäuresekretion des Magens angeregt wird. Dementsprechend wirkt auch Salzsäuremedikation auf diese Diarrhöen kupierend. Die Untersuchungen PAWLOWS haben ferner bewiesen, daß die Eiweißstoffe einen wesentlichen Reiz zur Anregung der Magensaftsekretion ausüben. Die qualitative Zusammensetzung der Nahrung bei subaziden Kranken verlangt also in erster Linie eine Berücksichtigung der Eiweißstoffe, namentlich der Fleischsorten. Außerdem ist, wie gleichfalls PAWLOW an Hunden nachwies, das psychische Moment des Appetits von Bedeutung für die Sekretion. In der Diätotherapie muß also bei diesen Zuständen auch auf Zubereitung und genußerregende Darreichungsart der Speisen Wert gelegt werden.

— Das **Maretin** hat HELMBRECHT („Deutsche med. Wochenschrift", 1904, Nr. 30) bei 25 Patienten (20 Männern, 5 Frauen) in Anwendung gebracht, und zwar nur bei tuberkulösen Affektionen, namentlich der Lungen und Pleuren, aber auch des Darmes und in einem Falle von Drüsentuberkulose. Die Dosen betrugen gewöhnlich 0·2—0·3 *g* 1—3mal täglich, höchstens 0·3 und 0·5 *g* bis 2mal täglich. Mit der Wirkung war Verf., dessen Versuche an der FRAENKELschen Klinik in Berlin vorgenommen worden sind, zufrieden. Fast immer war eine zweifellos antipyretische Wirkung festzustellen. Vom Magen wurde das Mittel im allgemeinen gut vertragen und auch von anderen Organen konnte keine schädigende Wirkung beobachtet werden. Kollapserscheinungen kamen nicht vor. Nur in einigen Fällen stellten sich leichte Schweiße ein.

— Über **Fortschritte der Darmdiagnostik durch die Probediät** berichtet H. STRAUSS („Berliner klin. Wochenschr.", 1904, Nr. 41). Er empfiehlt vor allem die Verweildauer der Probediät im Darmkanal durch die Karminprobe, die Reaktion, das äußere Aussehen und den Geruch des Stuhles zur Betrachtung zu verwenden. Für die Feststellung des Schleimgehaltes empfiehlt er, einen Teil des Stuhles mittelst des von ihm empfohlenen, einem umgekehrten Irrigator gleichenden Stuhlsiebes zu untersuchen und auch in irgendwie auf Minimalblutungen verdächtigen Fällen die Aloinprobe anzustellen. Im allgemeinen genügt die makroskopische und mikroskopische Betrachtung des Stuhles, zu der sich noch die Gärungsprobe und eine eventuelle quantitative Indikationsbestimmung hinzugesellt, um für die Praxis eine Reihe diagnostisch verwertbarer Fingerzeige zu finden. In einer Reihe von Fällen hat STRAUSS das Ergebnis der Untersuchung noch durch spezielle alimentäre Toleranzproben zu erweitern versucht, indem er unter erneuter Abgrenzung des Kotes an einzelnen Tagen die Dosis des verabreichten Schabefleisches oder des Kartoffelbreies oder der Butter auf das Doppelte und auf das Vierfache erhöhte. Er glaubt, daß die Probediät bei der auch von SCHMIDT neuerdings erweiterten Fragestellung und Vereinfachung der Betrachtungsmethodik mehr Anrecht auf Benützung in der Praxis besitzt, als ihr bisher zuteil geworden ist.

— Aus Versuchen von MORI („Allg. med. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 42) über **Malariaprophylaxe** geht hervor, daß das Euchinin in kleinen Dosen — bis 2 *g* pro die — immer sehr gut vertragen wurde. Während der ganzen antimalarischen Kampagne gab es keine Rückfälle mehr. Von 74 Behandelten erkrankten im Laufe der Versuche nur 6 an Malariainfektion, aber 2 derselben übertraten die Vorschriften, welche erteilt worden waren. Der eine davon zog sich das Fieber 21 Tage nach Beginn der Versuche zu, der andere nach 26; beide hatten 7—8 Tage lang kein Euchinin genommen. Dann wieder entsprechend behandelt, war das Fieber bald beseitigt, ebenso bei den 4 anderen, und es wurde die Prophylaxe wieder aufgenommen, welche im übrigen Verlaufe sodann sehr wirksam war.

— Über **mechanische Sterilisation der Gummihandschuhe** berichten FROMME und GAWRONSKY („Münchener med. Wochenschr.",

1904, Nr. 40). Verff. fanden, daß es gelingt, die Handschuhoberfläche keimfrei zu machen, wenn man an eine Heißwasser-Seifenwaschung von 4 Minuten Dauer eine Sublimatwaschung von 2 Minuten anschließt. Man kann deshalb bei mehreren Operationen hintereinander dieselben Handschuhe anbehalten, vorausgesetzt, daß man die Handschuhoberfläche zwischen den einzelnen Operationen in der angegebenen Weise aufs neue keimfrei macht. Dieselbe Art und Zeit der Waschung genügt aber auch, um die Oberfläche unsteril angezogener Handschuhe steril zu machen. Deshalb darf der Praktiker ruhig nichtsterile Handschuhe mit sich führen, deren Oberfläche er dann erst vor dem Gebrauche steril machen kann. Natürlich dürfen die Handschuhe nirgendwo Löcher haben und müssen glatt sitzen.

Literarische Anzeigen.

Über vegetarische Kost und Lebensweise überhaupt. Von **Dr. E. Singer.** Berlin 1904, Karl Marhold.

Die Naturheilkundigen haben im großen Publikum derartig falsche Anschauungen über die vegetarische Kost verbreitet, daß eine populäre Aufklärung über diese Frage volle Würdigung verdient. Das Resümee des Verf. ist folgendes: Die gemischte Kost ist die beste und richtigste Ernährung für den gesunden Menschen. Die Vorteile einer rein pflanzlichen Ernährung bestehen nur für gewisse Krankheiten, während für den Gesunden die Nachteile überwiegen. A.

Die Gallensteinkrankheit, ihre Häufigkeit, ihre Entstehung, Verhütung und Heilung durch innere Behandlung. Von **Dr. Walter Nik. Clemm,** Spezialarzt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Darmstadt 1903, Georg Klemm.

Gegenüber der Unzahl von Schriften, welche, der steigenden Operationslust bei Gallensteinen entsprechend, der chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis gewidmet sind, faßt der Verf. in dankenswerter Weise die innere Behandlungsweise und ihre Erfolge mit Zugrundelegung experimenteller und chemischer Versuchsresultate kurz zusammen und kommt zu dem Resultate: Bei entsprechender Behandlung zu Hause können die Patienten „ihre Gulden und Kreuzer nachher erfreulicher anlegen, als in einer Karlsbader Kur und brauchen auch den Schönheitsfehler der Bauchnarbe nicht zeitlebens mit sich herumzutragen". L. H.

Du Traitement de la Phthisie pulmonaire par le Sérum Antistreptococcique de Menzer. Par le **Docteur E. Ostrovsky.** Paris 1904, G. Steinheil.

Verf. bekennt sich als begeisterten Anhänger dieser Behandlungsmethode; dieselbe sei in allen Fällen von Mischinfektion angezeigt, falls nicht bereits vorgeschrittene Kachexie oder schwere anatomische Veränderungen der Lunge bestehen. Vorläufig eigne sich die Methode jedoch nur für die Anstaltsbehandlung.

Bezüglich der pharmako-dynamischen Wirkung nimmt O. außer dem spezifischen Einfluß des Serums auf den Streptokokkus und dessen Toxine noch eine „metasynergische" Wirkung auf den KOCHschen Bazillus an; die der Injektion nachfolgende Leukozytose mache die bronchopneumonischen Prozesse akuter und erleichtere deren Vernarbung. A.

Anleitung zur klinischen Blutuntersuchung mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik. Von **Karl v. Müllern.** Leipzig 1904, Matthias Müllern-Schönbeck.

Die vorliegende Schrift enthält eine kurz gefaßte, recht brauchbare Anleitung zur Blutuntersuchung, Blutentnahme, Bestimmung des spezifischen Gewichtes, des Hämoglobingehaltes. Zählung der Blutkörperchen und Behandlung der Trockenpräparate werden unter Angabe der wichtigsten Färbungsmethoden kurz und präzis dargestellt. Dr. S.

Feuilleton.

Pariser Briefe.

I.

(Orig.-Korresp. d. „Wiener Med. Presse".)

— Neujahr 1905.

(ROBERT KOCH. — DOYEN. — Goutte de lait. — Eine neue Prüfung. — Deontologie. — Doktoren der Zahnheilkunde. — Internationale Ausstellung für Hygiene. — Besuch in London. — Todesfälle. — Erstickung durch einen Ballon.)

Die französische Tagespresse beschäftigt sich gerne mit medizinischen Ereignissen, sei es weil das Publikum für die Medizin als solche mehr Interesse besitzt, sei es weil andrerseits die französischen Ärzte mit Vorliebe nicht nur zu dem engeren Kreise der Fachgenossen, sondern zugleich auch zu der großen Allgemeinheit sprechen. Zugleich möge hier erwähnt werden, daß auch manche medizinische Fachblätter hierzulande in ihrer Art eigentlich ein Mittelding zwischen Fachblatt und Tagesjournal darstellen, indem sie durch ihren populären Ton, ihre Neuigkeitskrämerei, ihre bunten Abbildungen und manche andere, dem deutschen Arzte ungewohnte Absonderlichkeit vom Typus der Fachzeitschrift abweichen. Seit unserem letzten Berichte sind nun einige Ereignisse sowohl in der Fachpresse als insbesondere in den Tagesjournalen durch eine ganze Reihe von Nummern gleichzeitig besprochen worden. Da war zunächst der Besuch KOCHs in Paris. Seine Gegnerschaft zu PASTEUR wurde ihm bei diesem gewiß hierzu ungeeigneten Anlaß auf beiden Linien vorgeworfen. Alte, schon fast vergessene Kampfesreminiszenzen tauchten auf und die Verdienste KOCHs gerieten dabei in ein gewisses Halbdunkel. Freilich war der bescheidene Gelehrte gewiß nur zufrieden, wenn er nicht zum Gegenstand stürmischer Ehrungen wurde.

In noch größerem Umfange wurde zumal in der Tagespresse der Fall DOYEN besprochen. Er ist ja auch inzwischen schon im Ausland bekannt geworden: es handelt sich um die Frage, ob der Held dieser Affaire das für die Serumtherapie bei der verstorbenen Patientin, der Gattin des amerikanischen Millionärs CROCKER anticipando erhaltene Honorar von 100.000 Franken nach dem eklatanten Mißerfolg seiner Karzinomtheorie zurückzuzahlen hat oder nicht. Die Pariser Ausgabe des „New York Herald" veranstaltete ein Interview der bekanntesten Ärzte über diese Frage. Bei dem bekannten Gegensatz zwischen dem „freien" Chirurgen DOYEN und der Fakultät waren die Anschauungen der meisten Professoren natürlich nicht auf seiner Seite.

Man warf dem geklagten Arzte insbesondere den Umstand vor, daß er durch den Vertrieb seines Geheimmittels sich gegen die Landesgesetze vergangen habe. Demgegenüber wiesen Freunde DOYENs ebenfalls in der Tagespresse darauf hin, daß CHANTEMESSE sein Typhusserum, MARMOREK sein Tuberkuloseheilserum ungehindert injiziere, während andere Praktiker wieder mit dem Krebsheilserum von ADAMKIEWICZ ihre armen Patienten behandeln. DOYEN selbst verteidigte sich nicht nur in einem langen Artikel in „Le Journal", sondern hielt auch in dem unter dem Vorsitz POZZIs tagenden Chirurgenkongreß, der am 17. Oktober vom Präsidenten der Republik feierlich eröffnet worden war, einen Vortrag über seine Krebstherapie. Der Kongreß wies die Untersuchung über das neue Serum einem engern Komitee zu, nachdem die meisten Redner sich sehr wenig vertrauensvoll darüber geäußert hatten. Diese Kommission wird nun geeignete Fälle für die Serumtherapie aussuchen, die Behandlung überwachen und die Resultate derselben feststellen. Über den Ausgang der Gerichtsverhandlung aber werden wir bald berichten können.

Ziemlich rege erörtert wurde auch ein Konflikt, der während der Verhandlungen des Kongresses für Gynäkologie sich ereignete. Auf demselben hielt Frl. Dr. ROISSEL aus Rouen einen Vortrag über die Erfolge, welche sie in ihrer Heimat als Leiterin einer Anstalt zur Verabreichung sterilisierter Milch für arme Mütter (Goutte

de lait) erzielt hatte. PINARD, Professor der Geburtshilfe in Paris, trat ihr in überaus heftiger Weise entgegen, indem er die Bestrebungen derartiger Anstalten als geradezu schädlich bezeichnete. Durch sie würden nämlich die Mütter aus dem Volke verleitet, ihre Kinder nicht mit Brustmilch aufzuziehen; die natürliche Ernährung der Säuglinge sei aber allein die richtige und für das Staatswohl von eminenter Bedeutung. Dr. BRUNON aus Rouen verteidigte Frl. Doktor ROISSEL, indem er darauf hinwies, wie wenige arme Mütter infolge ihrer materiellen Verhältnisse ihre Kinder an die Brust nehmen könnten. An Stelle zumeist direkt schädlicher künstlicher Nährmittel soll nun die unentgeltlich beigestellte sterilisierte Milch treten.

In der Fachpresse und in den medizinischen Syndikaten wurden in der letzten Zeit einige wichtige Standesfragen eingehendst besprochen. Zunächst die Frage, wie der Überfüllung des Ärztestandes abgeholfen werden könnte. Als neuer und immerhin akzeptabler Vorschlag tauchte der Plan auf, diejenigen, die Medizin zu studieren beabsichtigen, vor der Zulassung zur Inskription einer strengen Prüfung zu unterziehen. Diese Prüfung könnte, wofern sie richtig durchgeführt würde, nicht nur der Überfüllung, sondern auch der materiellen und geistigen Proletarisierung des ärztlichen Standes wirksam vorbeugen. Um das moralische Niveau des Standes zu wahren, bzw. zu heben, fehlt es ebenfalls nicht an gutgemeinten Ratschlägen. Originell ist der des Dr. NOIR, der die Veranstaltung von Kursen über Deontologie an den Universitäten fordert. Durch diese würde insbesondere der junge Arzt über seine Standespflichten gut und ausreichend unterrichtet werden. Dies sei, meint NOIR, um so notwendiger, als viele Ärzte infolge mangelnder Erziehung und aus reiner Unwissenheit sich Verstöße gegen die Standesehre erlauben. Auch gegen diesen Vorschlag wird in ärztlichen Kreisen kein Einwand erhoben. Um so mehr gegen einen andern, nämlich den, die Dentisten zu Doktoren der Zahnheilkunde zu machen, so wie es z. B. seit einiger Zeit Doktoren der Pharmazie gibt.

Mit Recht wird aber eingewendet, daß die neuen Doktorate vielfach zu Irrtümern und Verwechslungen, sei es mit, sei es ohne Absicht, führen könnten. Die Dentisten dürften also wohl vergebens auf die Erfüllung ihres frommen Wunsches warten.

Ihre fast krankhafte Gier aber nach dem Titel derjenigen, gegen die sie in der letzten Zeit eine vollkommene Verachtung zur Schau trugen, wird, wie es scheint, die Ärzte wieder anfeuern, die Ausübung der Zahnheilkunde als eines integrierenden Bestandteiles der Chirurgie ausschließlich für sich zu reklamieren.

Sehr erwähnenswert erscheint auch die internationale Ausstellung für Hygiene, die im Grand Palais des Champs Elysées unter dem Protektorate des Handels-, Unterrichts-, Kriegs- und Marineministers stattfand. Mehr als 1300 Aussteller waren daran beteiligt. Am stärksten waren nächst Frankreich Rußland und Belgien vertreten. Aus letzterem Lande kamen besonders viele Besucher, unter anderen auch der Handelsminister M. Francotte, ein großer Förderer und Freund der Ausstellung. Einen in gewissem Sinne internationalen Anstrich hatte auch die ärztliche Studienreise nach London. Über 100 französische Ärzte, viele mit ihren Damen, waren durch etwa eine Woche Gäste ihrer Londoner Kollegen. Der Hauptzweck der Reise war die Besichtigung der englischen Spitäler, deren Einrichtungen allgemein als besser wie die heimatlichen bezeichnet wurden. Natürlich fehlte es nicht an Banketten, Verbrüderungsreden u. dgl. mehr. In Bälde werden die Kollegen aus London ihren Gegenbesuch abstatten. Die Pariser Ärzte werden sich dann bemühen, die unvergleichliche Liebenswürdigkeit ihrer Londoner Wirte mit gleichem zu vergelten.

Der Tod hat in der letzten Zeit unter den hervorragenden Ärzten allzu reiche Ernte gefeiert. Mit Dr. DUREAU ging das Muster eines medizinischen Bibliothekars von hinnen. Er gab in früheren Jahren eine Zeitschrift heraus, die den bezeichnenden Titel „Abeille médicale“ führte. In seiner Stellung als Bibliothekar der Académie de Médecine bereicherte er die ihm anvertraute Bücherei in großartiger Weise.

Noch einen größeren Verlust erlitt die medizinische Welt durch den Tod des Präsidenten der Académie de Médecine, des greisen Chirurgen TILLAUX, eines Mannes von internationalem Rufe. Sein Leichenbegängnis gestaltete sich zu einer imposanten Kundgebung. In Lyon starb hochbetagt der Dermatologe GAILLETON, der zur Zeit, als Carnot von dem Anarchisten Caserio ermordet wurde, Maire seiner Heimatstadt war und dem Präsidenten die erste Hilfe leistete.

Zum Schluß möge ein tödlicher Unfall ganz sonderbarer Art erzählt werden. Eine Dame vertrieb sich die Zeit damit, einen kleinen Luftballon mit dem Mund bald aufzublasen, bald wieder durch Aspirieren die Luft einzuziehen. Plötzlich glitt infolge einer zu starken Aspiration der Ballon durch den Schlund, blieb im Ösophagus stecken und verursachte so schwere Erscheinungen, daß die Arme besinnungslos zu Boden stürzte.

Alle Bemühungen blieben vergebens. Die Dame starb den Erstickungstod. J. ST.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

XII.

Abteilung für Chirurgie.

TIETZE (Breslau): **Epithelveränderungen in der senilen weiblichen Mamma.**

Untersuchungen und Demonstrationen an Tafeln und mikroskopischen Präparaten, die darlegen, daß die senile weibliche Mamma zystadenom- und karzinomähnliche Veränderungen zeigt. Auch in der Nähe von wirklichen Mammakarzinomen hat TIETZE dieselben Veränderungen im Epithel gefunden, wie sie ja überhaupt häufig zu sehen, doch mit der Bezeichnung „Reizerscheinung“ wohl nicht recht erklärt sind.

Bei Untersuchungen von 10 jüngeren Brustdrüsen wurden solche Epithelveränderungen in keinem Falle, bei 17 alten jedoch in 4 Fällen gefunden.

M. ANSCHÜTZ (Breslau): **Über Darmstörungen nach Magenoperationen.**

Unter den vielen Komplikationen, die nach Magenoperationen auftreten, sind die Darmstörungen die selteneren, bisher wenig geachtet, aber doch ungemein gefährlich in manchen Fällen. Man kann die Darmstörungen in verschiedene Gruppen einteilen. Zunächst kommen die Darmstörungen nach Gastroenterostomien bei Karzinomen vor. Besonders dann, wenn die Stauung im Magen anhält und das Erbrechen fortbesteht, treten mitunter heftige Durchfälle auf, manchmal vorübergehend und leicht, manchmal hartnäckig und das Leben gefährdend. Unter 6 derartigen Fällen endigte einer tödlich. Zur zweiten Gruppe gehören die Fälle, wo bei Gastroenterostomien versehentlich eine tiefe Dünndarmschlinge gefaßt ward. Hier tritt auch ohne Vorhandensein von Salzsäure im Magensaft häufiger Durchfall ein, und zwar sofort im Anschluß an die Operation. Diese Fälle enden alle tödlich. Die dritte Gruppe umfaßt solche Fälle, wo bei gutartigen Pylorusstenosen nach Gastroenterostomie Durchfälle entstehen. Hier könnte man an eine Reizung des Darmes durch die Salzsäure des Mageninhaltes denken. Dies ist jedoch unwahrscheinlich. Zwei derartige Fälle wurden beobachtet, einmal vorübergehend leichte Darmstörungen, das andere Mal schwere und außerordentlich hartnäckige. In die letzte Gruppe von Fällen gehören diejenigen, wo durch die Operation Bedingungen geschaffen werden, die am meisten dem anatomisch-physiologischen Zustande sich nähern, Pylorusresektion und Pyloroplastik. Zwei Fälle wurden beobachtet von außerordentlich schweren Darmstörungen, von denen der eine tödlich verlief.

Charakteristisch für diese postoperativen Darmstörungen ist, daß sie erst spät am 7.—10. Tage eintreten, ohne nachweisbare Ursache, bei strengster Diät. Bei der Autopsie wurden zweimal schwere Darmaffektionen, einmal im Dünndarm, einmal im Dickdarm gefunden. Als Ursache der Darmstörungen muß man wohl eine Reizung der Därme, durch lange vorhergehende Krankheit geschwächte Darmschleimhaut, annehmen, und zwar kommt hier weniger die Salzsäure des Magens als die Reizung durch das kontinuierliche schnelle Durchtreten des Mageninhaltes in Betracht. Nur für die Gruppe der Gärungsdiarrhöen

scheint die Entstehung eine gesicherte zu sein. Die Behandlung soll sofort nach dem Auftreten der ersten Störungen mit allem Ernste eingeleitet werden. Vollkommene Entziehung der Nahrung, subkutane Ernährung mit Öl und Zucker, hohe Dosen von Wismut und bei längerem Anhalten von Opium. Trotzdem gibt es Fälle, die jeder Therapie hartnäckig Widerstand leisten und unrettbar dem Tode verfallen sind.

Borchardt (Posen) glaubt, daß man daran denken muß, daß sich im Duodenum submuköse Phlegmonen entwickeln, die diese schweren Darmstörungen mit unstillbaren Diarrhöen hervorrufen.

Tietze (Breslau) will gegenüber der chemischen Theorie dieser Darmstörungen, die ANSCHÜTZ hier aufgestellt hat, auf die embolischen Prozesse aufmerksam machen, wie er einen solchen in einem Falle von Echinokokkus der Leber gesehen hat.

Anschütz gibt die Möglichkeit der Entstehung solcher Störungen auf die von BORCHARDT und DIETZE beobachtete Art zu. Die Phlegmonen des Duodenums hält er wohl für meist tödlich.

MÜLLER (Rostock) demonstriert 1. das Präparat eines Falles von submukösem Fibrom des Darmes, 2. eine vollkommene Umstülpung des Wurmfortsatzes. Der Fall betraf ein Kind von 5 Jahren mit Erscheinungen von Appendizitis.

PARTSCH (Breslau): Zur konservativen Behandlung schwerer Verletzungen der Extremitäten. Demonstration von Patienten, denen durch THIERSCHsche Transplantation große Hautdefekte gedeckt wurden, ferner von solchen, bei denen auch schwere Verletzungen von Muskulatur und Skelett auf diese Art geheilt und so eine verloren zu sein scheinende Extremität erhalten worden ist. Das Hauptgewicht legt PARTSCH auf sorgfältigste Reinigung unter Blutleere und Exzision alles Gequetschten.

Reichel (Chemnitz) steht auf demselben Standpunkte wie PARTSCH in bezug auf sorgfältigste Reinigung unter Blutleere. Doch kann man mit THIERSCH nicht alles decken, wenn man gute Funktion haben will, wie z. B. bei den Fingern. Hier empfiehlt er die italienische Methode.

Plinker (Wolfenbüttel) vertritt denselben Standpunkt.

Partsch (Breslau) glaubt, daß man mit THIERSCHscher Transplantation so gut wie überall auskommt. Auch sie gibt in vielen Fällen sogar auf den Sehnen leistungsfähige Haut.

HAASSLER (Halle): **Zur Chirurgie der Gallenwege.**

Die in den letzten Jahren besonders an der Hallenser Klinik zunehmende Häufigkeit der Zystektomien an Stelle der Zystotomien zeigt in vielen Fällen nach Besichtigung der Gallenblase, daß man noch nicht häufig genug die Ektomie macht, weil man nur so eine vollkommene Übersicht gewinnt, wandständige Steine, beginnende kleine Karzinome, Perforationen nach der Leber etc. nicht übersieht. Redner beleuchtet dann noch die Operationen an den tieferen Gallenwegen, die Hepatikusdrainage, die an der Klinik in Halle selten gemacht wird und deren Ersatz durch Drainage, resp. Fistelbildung von der Leber aus er zum Gegenstand experimenteller Untersuchung gemacht hat. Bei tiefen Choledochussteinen empfiehlt er wieder das von ihm schon 1888 publizierte retroduodenale Vorgehen auf den Stein.

Folgt Demonstration von Präparaten und anatomischen Tafeln, um die Lebergänge zu zeigen, die eine Fistelbildung außerordentlich leicht und günstig gestatten, vermittelst deren man eine Durchspülung nach peripherer Richtung machen kann.

Müller (Rostock) bezweifelt, daß die Durchspülung einen erheblich großen Bezirk betreffen kann.

v. BRUNS (Tübingen): **Über die Dauerresultate der Saphena-Unterbindung bei der Behandlung von Varizen.**

Die Beobachtungen der verschiedenen Kliniker, daß die TRENDELENBURGsche Operation den gewünschten Erfolg in zahlreichen Fällen nicht gehabt hat — die v. BRUNSsche Klinik hat allein 147 Operationen aufzuweisen —, hat Verf. veranlaßt, 69 Fälle einer Nachuntersuchung zu unterziehen, von denen nur 19 einen guten Dauerfolg aufzuweisen hatten. Die Ursache der Rezidive war am häufigsten in Ausbildung mehr oder weniger zahlreicher Kollateralen, dann in einem Konvolut neugebildeter Venen, zwischen den Stümpfen in der Narbe am seltensten in einer Wiederherstellung des Saphenastammes selber zu finden. Demonstration von Tafeln und Photographien. Von den 19 Erfolgen stammen sogar 13 erst aus den letzten beiden Jahren. Dagegen konnte v. BRUNS konstatieren, daß von den 69 Fällen die meisten — 84% — subjektive Erfolge bedeuteten, indem alle Beschwerden der Patienten entweder vollkommen schwanden oder wenigstens erheblich gebessert wurden.

Perthes (Leipzig) legt mit Rücksicht auf die Entstehung der Varizen großes Gewicht auf den hydrostatischen Druck der Blutsäule.

MOSER (Zittau) stellt einige Patienten vor, deren Gelenkkontrakturen er durch Röntgenbestrahlungen beweglich gemacht hat. Außer den Bestrahlungen sind niemals Bewegungen vorgenommen worden.

Helle (Breslau) weist darauf hin, daß er Erklärungen für diese sonderbare Wirkungen der Röntgenstrahlen noch geben werde.

BADE (Hannover): **Sehnenoperationen bei zerebraler Hemiplegie.**

Nach Erörterung des klinisch typischen Bildes der zerebralen Hemiplegie und der Fälle, die mit ihren spastisch-choreatischen Bewegungen ein atypisches Bild bieten und für die Sehnentransplantation nicht geeignet sind, gleich denjenigen, die mit sehr starken Wachstumsstörungen verbunden sind, zeigt BADE die Erfolge der Operationen an drei von ihm beobachteten typischen Fällen der unteren Extremität. In einem Falle von Quadrizepsspasmus hat er die Tenotomie der Sehnen gemacht, aber, wie er glaubt, ohne dauernden Erfolg. An der oberen Extremität hat Vortr. 8 Operationen gemacht, zu denen Aufhebung der Pronation durch Durchtrennung des Pronator teres und Einpflanzung desselben in den Supinator longus, am Unterarm Durchschneidung des Flexor carpi radialis etc. gehören. Die Resultate dieser Sehnenoperationen, deren Einzelheiten zu referieren zu weit führen würde, demonstriert Vortr. an Bildern und Röntgenphotographien.

Hoffa (Berlin) kann nach seinen Erfahrungen die Erfolge BADES nur bestätigen. Er hat viele solcher Fälle von zerebraler Hemiplegie operiert. Wenn auch, wie er mit BADE glaubt, der Pronator teres nie ein Supinator wird, so ist es doch besser, ihn am Supinator festzunähen, damit er nicht beim Beugen ein Hindernis abgibt.

Witteck (Graz) betont die guten Resultate, die er mit der italienischen Methode nach CODIVILLA erzielt hat.

Zabludowski (Berlin) legt großen Wert auf die früh angewandte Massage und Heilgymnastik, wodurch manche Operation erspart wird.

KAUSCH (Breslau): **Über Hysterie in der Chirurgie.**

Nach Klassifizierung der verschiedenen Arten und Gründe der Hysterie kommt Vortr. auf die Symptome zu sprechen, deren wichtigstes 1. das Fieber sein kann. Dieses hält KAUSCH in den meisten Fällen für direkten Schwindel, doch hat er einmal einen wirklichen Fall von hysterischem Fieber beobachtet, für dessen Zustandekommen er aber keine Erklärung hat. Ein zweites für den Chirurgen wichtiges Symptom ist das hysterische Ödem, von dem er einen sehr typischen Fall beobachtet hat. Redner erwähnt dann noch die Symptome am Kopf, die Tumor vortäuschen können, die Ohren- und Kehlkopfsymptome, die Hämoptoe und kommt dann auf die chirurgisch wichtigen Bauchsymptome zu sprechen, die Spasmen, die eine Resistenz vortäuschen können, die Darmparesen, die Kotstauungen, die Aufblähungen des Magens, die eine Peritonitis, die Symptome, die eine Appendizitis zu sein scheinen, und schließlich den angenommenen hysterischen Ileus, an den er nicht glaubt. Wenn einige Autoren sogar ein Erbrechen von Skybala gesehen haben wollen, so muß er sagen, daß von den beobachteten Fällen kein einziger beweisend ist, daß sie wohl alle, wie ein von v. MIKULICZ entlarvter Fall, plumper Schwindel sind. Auch die Anurie, die besonders von CHARCOT beobachtet ist, hält er für Betrug.

v. Strümpell (Breslau) ist der Meinung, daß man, wenn man die hysterischen Symptome erklären will, erst eine Klärung des Wortes „hysterisch“ haben muß. Wenn man annimmt, daß hysterisch alles das ist, was „psychogen“ ist, was man auch willkürlich machen kann, so kommt man damit schon einen Schritt weiter. Damit fällt nach seiner Meinung das Vorkommen von hysterischen Blutungen, Pupillenstarre, Ödeme etc.

Naunyn (Straßburg) kann der Definition von v. STRÜMPELL nicht ganz beipflichten. Man müßte z. B. die Frage nach dem Fieber so stellen: Kommt Fieber bei den Patienten vor, die nach Maßgabe aller Symptome als Hysterische bezeichnet werden müssen? Kotbrechen bei Hysterischen hat NAUNYN in seiner Klinik beobachtet und es ist ihm trotz aller Zweifel nicht gelungen, die Patienten zu entlarven. Quoad Fieber will er doch auf das oft merkwürdige Fieber beim Basedow aufmerksam machen, für das er keine Erklärung hat.

v. Strümpell (Breslau) kann das Fieber beim Basedow höchstens als ein nervöses Fieber bezeichnen.

Naunyn fragt, warum man denn nicht auch bei Hysterischen ein nervöses Fieber annehmen kann.

v. Strümpell ist der Meinung, daß sich dann alle oder wenigstens viele nervösen Krankheiten in einen großen hysterischen Wirrwar auflösen würden. Dann gäbe es auch eine hysterische Pneumonie etc.

Müller (München) und **Freimuth** (Danzig) glauben, daß von den Chirurgen vieles für Schwindel gehalten werde, was später eine sehr greifbare pathologisch-anatomische Unterlage zeige. Die Definition v. STRÜMPELLS ist ihm sehr sympathisch, nur möchte er zu dem Wort „psychogen“ noch hinzufügen, daß diese Erscheinungen auf psychisch abnormer Grundlage basieren.

v. Mikulicz (Breslau) hält die Frage für den Chirurgen mit der Erklärung v. STRÜMPELLS für nicht geklärt. Die Pylorospasmen und andere Krankheitsbilder, die Gegenstand chirurgischen Eingriffs werden, sind noch lange nicht damit erklärt.

GOTTSTEIN (Breslau): **Über die chirurgische Behandlung des Kardiospasmus.**

Vortr. erörtert die üblichen Methoden der Kardioplastik und Ösophagoplastik und beschreibt ein neues von v. MIKULICZ angegebenes Verfahren: Nach Quereröffnung des Magens werden zwei Finger der linken Hand bis zur Kardia vorgeschoben; dann Durchpressen eines (demonstrierten) Instruments durch die Kardia und Dehnung derselben, die von MIKULICZ bis zu 6 *cm* gemacht hat, bei der man aber unter allen Umständen einen Einriß der Schleimhaut vermeiden muß. Dann Verschluß des Magens und des Bauches. Demonstration von so operierten Patienten, deren subjektive Symptome nicht allein, sondern auch deren objektive Retention, Ösophagitis und Impermeabilität vollkommen verschwunden sind.

Wilms (Leipzig) hat die Erweiterung der Kardia sehr schön mit einer Sonde zuwege gebracht, an deren Ende ein Gummiballon angebracht war, der mit Wasser bis zu einem Druck von 60—70 *cm Hg* gefüllt wurde.

Ledderhose (Straßburg) hat in einem Falle an der Kardia einen kleinen Polyp gefunden, den er für die Ursache des Kardiospasmus gehalten hat.

v. Mikulicz hält die blinde Dilatation, die WILMS macht, für sehr gefährlich.

Naunyn steht auf dem Standpunkte v. MIKULICZ'.

GLÜCKMANN (Berlin): **Die Spiegeluntersuchung der Speisewege.**

Vortr. demonstriert sein Instrumentarium zur Ösophagoskopie. Zur Lokalanästhesie benutzt er Morphin-Skopolamin oder Eukain. Demonstration von ösophagoskopischen Bildern.

GOTTSTEIN (Breslau) demonstriert ebenfalls ein Ösophagoskop.

Aus deutschen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Verein der Ärzte in Halle a. S.

SOBERNHEIM: Über Wirkungsweise und Wirkungsgrenzen des antibakteriellen Heilserums.

Während die antitoxischen Sera (Diphtherie-, Tetanusserum u. a.) meist neben schützenden zugleich auch sehr ausgesprochene heilende Fähigkeiten besitzen, ist dies bei den antibakteriellen Serumarten nicht der Fall. So vermag man mit den beiden wichtigsten und bestestudierten Vertretern dieser letzteren Kategorien, dem Choleraserum und dem Typhusserum, die experimentelle Infektion der Meerschweinchen zwar mit Leichtigkeit durch eine vorhergehende Injektion, also prophylaktisch, zu bekämpfen, sehr unvollkommen aber und nur innerhalb eines eng begrenzten Zeitraums therapeutisch zu beeinflussen. Choleraserum und Typhusserum verfügen also selbst bei höchster immunisatorischer Leistungsfähigkeit nur über unvollkommene Heilkraft. Nach der älteren Vorstellung begründete man diese Unzulänglichkeit der antibakteriellen Immunsera mit dem Mangel an antitoxischen Einflüssen in dem Sinne, daß die infizierten Tiere von einem gewissen Zeitpunkt ab rettungslos an der Giftwirkung zugrunde gehen, selbst wenn es unter dem Einfluß der Seruminjektion zu einer völligen Abtötung und Auflösung der lebenden Bakterien gekommen ist. Demgegenüber ist WASSERMANN neuerdings geneigt, die Ursache für das Versagen der Heilwirkung darin zu erblicken, daß das infizierte Individuum im Kampfe mit den Bakterien seinen Vorrat an Komplement allmählich verbraucht und daher schließlich außerstande ist, den in dem eingeführten antibakteriellen Serum enthaltenen Ambozeptor in der erforderlichen Weise zu aktivieren. Das Serum würde in diesem Falle also völlig unwirksam bleiben und nicht einmal eine Abtötung der Bakterien innerhalb des Tierkörpers herbeiführen. Durch besondere Versuche, welche sich mit der experimentellen Typhusinfektion der Meerschweinchen beschäftigen, konnte diese Anschauung gestützt und der Beweis erbracht werden, daß man durch gleichzeitige Einverleibung von Komplement in Gestalt normalen Rinderserums dem antibakteriellen Typhusserum in der Tat bessere Heilkraft zu verleihen vermag. Während nämlich die nur mit Typhusserum (Ambozeptor) behandelten Tiere genau wie die Kontrolltiere starben, kamen alle diejenigen, welche eine Injektion von Typhusserum + normalem Rinderserum (Ambozeptor + Komplement) erhielten, mit dem Leben davon. Vortr. wählte für seine Versuche die intraperitoneale Cholerainfektion der Meerschweinchen. Als Heilserum diente ein älteres, durch längere Aufbewahrung unter Karbolzusatz bzw. unter Erhitzen auf 70° inaktiviertes Choleraserum. Wurden zur Infektion der Tiere relativ große Mengen ($^1/_4$—1 Öse) einer mäßig virulenten älteren Laboratoriumskultur benutzt, so bestätigten die Ergebnisse durchaus die von WASSERMANN für den Typhus erhobenen Befunde und ließen ohne weiteres die Überlegenheit der kombinierten Ambozeptor- und Komplementbehandlung zutage treten. Regelmäßig gelang es, die erkrankten Individuen durch Mischungen von Choleraserum und normalem Meerschweinchen- oder Hammelserum noch zu einer Zeit zu retten, wo das Choleraserum für sich allein bereits ohne Erfolg blieb. Die zeitlichen Heilungsgrenzen für die beiden Behandlungsformen lagen freilich nicht weit auseinander. Wie die Kultur- oder Serummengen auch immer bemessen wurden, pflegte die vereinigte Ambozeptor- und Komplementinjektion höchstens eine halbe Stunde länger als die einfache Ambozeptorinjektion die Möglichkeit einer Heilung zu gewähren, dann aber gleichfalls zu versagen. Hier tritt eben offenbar die Giftwirkung in ihr Recht, und es muß also, wie aus dem Verlauf der Versuche weiter geschlossen wurde, die Anhäufung einer tödlichen Giftmenge im Körper mit dem Verbrauch des Komplements zeitlich ungefähr zusammenfallen. Zu abweichenden Ergebnissen führe eine zweite Reihe von Versuchen, bei denen eine frische hochvirulente Cholerakultur in der Dosis von $^1/_{10}$ Öse zur Infektion der Tiere diente. Hier gelang es bemerkenswerterweise noch in einem relativ späten Krankheitsstadium, etwa 4—5 Stunden nach der Infektion, die Tiere zu retten, ohne daß sich im übrigen zwischen dem reinen Choleraserum und der Mischung von Cholera- und normalem Serum eine erhebliche Differenz ergeben hätte. Das Choleraserum rettete im allgemeinen die infizierten Individuen ebenso sicher und bis zu dem gleichen Augenblick wie die Serummischung, mußte also bei dieser Versuchsanordnung im Tierkörper wohl bis zuletzt eine ausreichende Komplettierung erfahren. Hiermit stimmten auch die Befunde sehr wohl überein, welche bei mikroskopischer Prüfung des peritonitischen Exsudats der Tiere (Kapillarmethode) unmittelbar vor und nach der Seruminjektion erhoben werden konnten. Es zeigte sich nämlich, daß das Choleraserum allein — also ohne künstliche Komplementzufuhr — jederzeit imstande war, die Vibrionen unter dem bekannten Bilde des PFEIFFERschen Phänomens zur Auflösung zu bringen. Der scheinbare Widerspruch, der zwischen diesen Ergebnissen und denen der ersten Versuche besteht, dürfte in der Verschiedenartigkeit der Infektionsbedingungen eine einleuchtende und befriedigende Erklärung finden. Während bei Verwendung älterer, wenig virulenter Kulturen die zur tödlichen Infektion erforderliche Bakterienmenge eine sehr große ist und zugleich den Tierkörper von vornherein mit einem recht beträchtlichen Giftquantum überschwemmt, wird bei Benutzung eines hochvirulenten Stammes mit der Dosis letalis nur eine relativ kleine Zahl von Vibrionen dem Organismus zugeführt, durch deren weitere Entwicklung und Vermehrung auch die Giftbildung erst langsam und allmählich vonstatten geht. Der Tierkörper wird hierdurch zunächst in seiner Reaktionsfähigkeit weniger geschädigt als in dem ersten Falle und vermag offenbar den langsam fortschreitenden, nicht plötzlich einsetzenden Verbrauch an Komplement längere Zeit durch Neuproduktion vollständig oder wenigstens größtenteils wieder zu ergänzen. Die Heilkraft des antibakteriellen Serums versagt unter diesen Verhältnissen also schließlich nicht wegen des Mangels an Komplement, kann daher auch nicht durch künstliche Komplementzufuhr unterstützt werden, sondern findet ihre Grenze in dem Augenblick, wo eine tödliche Giftmenge in dem Tierkörper angehäuft ist. Obwohl die Übertragung dieser Ergebnisse auf die Verhältnisse beim Menschen nicht ohne weiteres statthaft ist, neigt SOBERNHEIM doch der Anschauung zu, daß nach dem ganzen Verlauf des menschlichen Infektionsprozesses nicht sowohl die Verarmung des Organismus an Komplement die Heilwirkung antibakterieller Immunsera erschwert, als vielmehr die ungenügende Komplettierungskraft überhaupt, welche das menschliche Komplement gerade gegenüber den meisten tierischen Ambozeptoren zu besitzen scheint. Entsprechend der von EHRLICH ausgesprochenen Ansicht, dürfte es für die Gewinnung heilkräftiger antibakterieller Sera von wesentlicher Bedeutung sein, solche Tierarten zu ermitteln und der Immunisierung zu unterwerfen, deren Ambozeptoren im menschlichen Organismus eine zuverlässige Komplettierung erfahren.

Verein für innere Medizin in Berlin.

H. STRAUSS: Über Nierenentlastung durch Schwitzen.

Aus Untersuchungen von 80 Schweißproben in Bezug auf Gefrierpunktserniedrigung, Kochsalzgehalt, chlorfreien „Rest der Gefrierpunktserniedrigung", Gesamtstickstoffgehalt und sogenanntem Retentionsstickstoff mit spezieller Berücksichtigung der Frage der Nephritiker und Nichtnephritiker ergab sich, daß die Gefrierpunktserniedrigung, und vor allem ihr chlorfreier Anteil, sowie die Menge des Retentionsstickstoffes bei den Nephritikern im allgemeinen oder wenigstens häufiger größer war als bei den Nichtnephritikern. Für die praktische Verwendung dieser Versuchsergebnisse, meint ST., sei zu bedenken, daß man Kochsalzretentionen in eine ätiologische Beziehung zu den Hydropsien

der Nephritiker bringen dürfe, den Retentionsstickstoff hingegen in Beziehung zu urämischen Zuständen. Das Kochsalz wirkt wasserzurückhaltend, da trotz der Retention von Kochsalz der Kochsalzgehalt der Säfte nicht höher als 0·6% wird. Hydropsievermindernd kann also theoretisch nur eine solche Schwitzprozedur wirken, bei welcher der Schweiß mindestens 0·6% Kochsalz enthält. Das komme jedoch nur relativ selten vor und müßte durch ad hoc vorgenommene Schweißuntersuchung festgestellt werden. Im übrigen sei die beste Behandlung der Hydropsien die Frühpunktion. Für die Blutreinigung im Sinne der Bekämpfung der Urämie glaubt Vortr. aus seinen Zahlen präzisere, und zwar positive Schlüsse ziehen zu können. Die beobachteten Werte für den Retentionsstickstoff Nierenkranker sind etwa doppelt so groß, als er sie im Blutserum Nierengesunder gefunden hat. Doch kann er nicht sagen, ob die Epithelien der Schweißdrüsen dem Retentionsstickstoff gegenüber eine aktiv sezernierende Kraft zeigen. Die Versuchsergebnisse stützen die von verschiedenen Seiten erfolgte Empfehlung der Schwitzprozeduren für die Bekämpfung urämischer Zustände. Bei der Bekämpfung der Hydropsien durch Schwitzprozeduren liegen die Dinge aber nicht so einfach und in den einzelnen Fällen auch nicht gleichartig. Anscheinend hängt hier die Wirkung bis zu einem gewissen Grade vom Kochsalzgehalt des Schweißes ab. Von einer schädlichen Wirkung von Schwitzprozeduren auf dem Wege der von Einzelnen gefürchteten Eindickung der Säfte bzw. ihres Gehaltes an toxischen Substanzen hat sich Sr. nicht überzeugen können.

Notizen.

Wien, 7. Januar 1905.

(Ernennung.) Der mit dem Titel eines Sektionschefs bekleidete Leiter des Sanitätsdepartements im Ministerium des Innern, Doktor Emanuel Kusý R. v. Dubrav, ist zum Sektionschef ernannt worden. Der Protomedikus Österreichs ist der erste Arzt, der die oberste Stufe der Beamten-Hierarchie unseres Vaterlandes erklommen hat — eine wohlverdiente Auszeichnung für den hingebungsvollen Sanitätschef sowohl, wie für das Departement, dem er seit vielen Jahren so erfolgreich vorsteht.

(Wiener medizinisches Doktorenkollegium.) In der dieswöchentlichen wissenschaftlichen Versammlung sprach Dozent Dr. Julius Weiss, Chefarzt des „Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wiens", über das wissenschaftlich und sozialpolitisch interessante Thema: Krankheit und Arbeitsfähigkeit. An den sehr beifällig aufgenommenen Vortrag, welchen wir demnächst nach dem Manuskripte des Redners veröffentlichen werden, knüpfte sich eine rege Diskussion. Prof. Benedikt warnte davor, in Fällen, in welchen der objektive Nachweis einer Erkrankung nicht gelingt, dieselbe zu negieren, und verwies auf den jetzt anerkannten, früher entschieden geleugneten Zusammenhang zwischen Trauma und Karzinom, sowie auf die Vorteile gut ausgeführter Röntgenuntersuchung bei Verletzungen des Zentralnervensystems. Gleichzeitig perhorresziert Redner die prozentuale Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit durch den Arzt vor Gericht und will dieselbe dem Richter selbst überlassen wissen. Dieser Anschauung trat Doz. Dr. Bum mit dem Hinweise auf das Gesetz und auf die volle Objektivität und Sachkenntnis des ärztlichen Sachverständigen entgegen, der nach bestem Wissen und Gewissen und — im Zweifelsfalle — zugunsten des Verletzten urteile. Von den zahlreichen Definitionen des Begriffes „Arbeitsfähigkeit" hebt Bum jene der wissenschaftlichen Deputation für das preußische Medizinalwesen hervor, welche als Arbeitsfähigkeit die Fähigkeit bezeichnet, „die gewohnte körperliche und geistige Tätigkeit im gewohnten Maße auszuüben". In Ergänzung der Ausführungen des Vortragenden verweist Bum auf die häufige Möglichkeit, Muskelerkrankungen und Muskelrupturen — zahlreiche Fälle der von Simulanten und Übertreibern favorisierten „Lumbago" sind als Zerreißungen von Muskelfasern aufzufassen — palpatorisch nachzuweisen und möchte bei Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Arbeitsart des erkrankten oder verletzten Arbeiters — Verwendung roher Muskelkraft, Anwendung einiger Behendigkeit, gewöhnliche Handarbeit und kunstgewerbliche Arbeit — entsprechend berücksichtigt wissen. — Dr. Grün erörterte die Notwendigkeit, die Begriffe Arbeits-, Erwerbs- und Berufsfähigkeit streng auseinander zu halten, an der Hand mehrerer treffender Beispiele. Vom Arzte könne man auch forensisch nur volle Objektivität nach jeder Richtung verlangen; derselbe beuge sich nicht vor Autoritäten. — In seinem Schlußworte verwies der Vortragende auf die große Zahl der funktionellen Neurosen auch bei den Angehörigen der arbeitenden Klassen und auf die hier leichter gegebene Möglichkeit, den Beruf zu ändern, als bei den gebildeten Ständen. Ein Arzt könne nicht plötzlich Advokat, wohl aber ein qualifizierter Tischler oder Schlosser Kutscher oder Nachtwächter werden.

(Die Wiener Schutz-Impfungsanstalt gegen Wut.) Dem Berichte des Vorstand-Stellvertreters dieser Anstalt, Privatdozent Dr. Karl Sternberg, über die Tätigkeit dieser Anstalt in den Jahren 1902 und 1903 entnehmen wir unter anderem folgendes: In den Berichtsjahren sind 536 Personen der Schutzimpfung gegen Wut unterzogen worden. Darunter waren 195 Männer, 120 Frauen und 221 Kinder (bis zu 14 Jahren). 215 Personen wurden ambulatorisch behandelt, 321 standen in Spitalspflege. Aus Österreich stammten 529, aus dem Auslande 7 Personen. Von den Behandelten sind 2 Personen gestorben; ferner starb in der Berichtsperiode ein Kind, das im Jahre 1901 behandelt worden war. In 269 Fällen wurde die Wuterkrankung des beißenden Tieres experimentell oder durch Erkrankung gleichzeitig gebissener Menschen oder Tiere nachgewiesen, in 106 Fällen wurde die Wuterkrankung durch tierärztliche Untersuchung festgestellt und in 40 Fällen war die Wuterkrankung sehr wahrscheinlich. Die Frequenz der Anstalt weist während ihres zehnjährigen Bestandes die Ziffer von 2146 behandelten Personen — 836 Männer, 406 Frauen und 904 Kinder — aus. Von diesen wurden 759 ambulatorisch und 1387 in Spitalpflege behandelt.

(Personalien.) Prof. Dr. Maximilian Sternberg ist zum Primararzte im Status der k. k. Krankenanstalten in Wien, der Stabsarzt Dr. Weber in Berlin als kaiserlicher Regierungsrat zum Mitgliede des Reichsgesundheitsamtes ernannt worden. — Der bekannte Hygieniker Baer in Berlin hat vor kurzem seinen 70. Geburtstag gefeiert und ist aus diesem Anlasse vom dortigen Verein für innere Medizin zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

(Universitäts-Nachrichten.) Die Professoren Geheimer Rat Küster in Marburg und R. U. Krönlein in Zürich haben vor einigen Tagen ihr 25jähriges Professorenjubiläum gefeiert. — Die Privatdozenten Dr. Mackenrodt und Martens in Berlin haben den Professortitel erhalten. — Der Privatdozent für Pharmakologie in Marburg Dr. O. Loewi ist zum a. o. Professor ernannt worden. — Der akademische Senat der Budapester Universität hat beschlossen, eine populäre Schrift verfassen zu lassen, welche die Gefahren der venerischen Krankheiten und deren Prophylaxe behandeln soll, und Preise im Betrage von 300, 200 und 100 K dafür auszuschreiben.

(Militärärztliches.) Oberstabsarzt II. Klasse Dr. Edwin Hollerung ist in den Ruhestand versetzt, dem Regimentsarzte II. Klasse Dr. Zeno Wachlowski ist in Anerkennung der mit eigener Lebensgefahr bewirkten Rettung zweier Kanoniere vom Tode durch Ertrinken der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben worden.

(Ein Verein der Sanitätsbeamten in Niederösterreich) hat sich am 16. Dezember 1904 in Wien konstituiert. Derselbe wählte zu seinem Vorstande den kais. Rat und k. k. Ober-Bezirksarzt Dr. Hermann Blumenfeld in Bruck a. d. L., zum Vorstandstellvertreter den Direktor der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien Dr. Gustav Paul. Dem Vereine können nach den Bestimmungen der Statuten als Mitglieder angehören: Die dem k. k. Ministerium des Innern zugeteilten Sanitätsbeamten, die l. f. Amtsärzte in N.-Ö., die der k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt in Wien zugeteilten Ärzte, die k. k. Polizeiärzte und städtischen Bezirksärzte in Wien, die Ärzte des Wiener Stadtphysikates, die Direktoren der k. k. Krankenanstalten in Wien, der Stadtphysikus von Waidhofen a. d. Ybbs und Wiener-Neustadt. Über 80 Mitglieder haben bereits ihren Beitritt zum Vereine angemeldet. Der Verein hat den Zweck, die Wissenschaft auf dem gesamten Gebiete der Medizin, insbesondere der Hygiene und des öffentlichen Gesundheitswesens zu pflegen, die wissenschaftliche und dienstliche Ausbildung der Sanitätsbeamten zu fördern und deren Interessen zu vertreten. Der Verein wird jährlich zwei Hauptversammlungen abhalten.

(Der 22. Kongreß für innere Medizin) findet vom 12. bis 15. April 1905 zu Wiesbaden unter dem Vorsitze Erbs (Heidelberg)

statt. Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: „Über Vererbung." 1. Ref.: „Über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie"; H. E. ZIEGLER (Jena), 2. Ref.: „Über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose"; MARTIUS (Rostock). Vorträge haben angemeldet: A. HOFFMANN (Düsseldorf): „Über Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen"; PAUL KRAUSE (Breslau): „Über Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie"; SCHÜTZ (Wiesbaden): „Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes"; MATTHES (Jena): „Über Autolyse"; CLEMM (Darmstadt): „Über die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane". Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geh.-Rat EMIL PFEIFFER, Wiesbaden, Parkstraße 13.

(Der 26. Balneologen-Kongreß) wird im März 1905 in Berlin tagen. Anmeldungen von Vorträgen und Anträgen nimmt entgegen der Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Geheimer Sanitätsrat Dr. BROCK, Berlin NW., Thomasiusstraße 24, und der Sekretär der Gesellschaft, Privatdozent Dr. RUGE, Berlin W., Friedrich Wilhelmstraße 15.

(Epidemiologisches.) In Schlesien, zumal in der Gegend von Freistadt, herrscht seit einigen Monaten eine sehr heftige Trachomepidemie. Die amtliche Statistik hat bereits mehr als 700 Erkrankungsfälle zusammengestellt und namentlich unter den Arbeitern der Kohlenbergwerke einen großen Prozentsatz von Erkrankungen registrirt.

(Aus der ärztlichen Praxis.) Ein Kollege, Gemeindearzt B. in W., hatte anläßlich einer in zwei benachbarten Gemeinden aufgetretenen Masernepidemie verschiedene zeitraubende sanitätspolizeiliche Inspektionen gemacht, wofür er von der einen Gemeinde entlohnt wurde, während die andere eine Vergütung mit dem Bemerken verweigerte, daß ihm eine solche nicht gebühre. Die Eingaben, welche der Kollege an die zuständige Bezirkshauptmannschaft, sodann an die Landesregierung richtete, um seinem Rechte zum Siege zu verhelfen, blieben erfolglos. Er wandte sich daher an die zuständige Ärztekammer; diese konnte ihm leider nur den Rat erteilen, eine zivilrechtliche Klage zu erheben, deren Prognose aber sicherlich als zweifelhaft zu betrachten wäre. — Hier liegt also der so häufig zu beobachtende Fall vor, daß die Mängel eines unklaren Vertrages zwischen einer Behörde und einem Arzte zum Schaden des letzteren gehandhabt werden. Es bleibt Sache der Ärztekammern, in solchen Fällen zukünftig durch Kontrollierung neu einzugehender Verträge Wandel zu schaffen.

(Auskunftsstellen für Studienzwecke.) Zu gleichen Zeiten sind — wie uns berichtet wird — in Berlin und in Paris zwei neue Institutionen geschaffen worden, die beide den Zweck haben, den zu Studienzwecken sich daselbst aufhaltenden Ausländern als Zentrale für Auskünfte zu dienen. Die Bureaus, welche an beiden Orten einen wahrhaft internationalen Charakter aufweisen, werden sich sicherlich als überaus zweckmäßig bewähren und hoffentlich auch bald in anderen großen Universitätsstädten Nachahmung finden.

(Statistik.) Vom 24. bis inklusive 31. Dezember 1904 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7306 Personen behandelt. Hiervon wurden 1347 entlassen, 176 sind gestorben (12·1% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 86, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 101, Scharlach 29, Masern 239, Keuchhusten 11, Rotlauf 25, Wochenbettfieber 1, Röteln 2, Mumps 10, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 637 Personen gestorben (+ 19 gegen die Vorwoche).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

C. H. Stratz, Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses. Stuttgart 1904, F. Enke. — M 3·—.

J. E. Kötscher, Psychologie des Geschlechtes. Würzburg 1905, A. Stüber. — M 3·50.

N. Walker, Dermatology. Bristol 1904, John Wright & Co.

O. Dornblüth, Diätetisches Kochbuch. 2. Aufl. Würzburg 1905, A. Stüber. — M 5·40.

P. Schultz, MUNKS Lehrbuch der Physiologie. 7. Aufl. Berlin 1905, A. Hirschwald.

Eulenburg, Kolle u. Weintraud, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 2. Bd. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg. — M 24·—.

Hellwig, Die Stellung des Arztes im bürgerl. Rechtsleben. Leipzig 1905, A. Deichert. — M 1·60.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 9. Januar 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. STEPHAN WEIDENFELD: Die Therapie schwerer Verbrennungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 12. Januar 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik NEUSSER.

I. Demonstrationen. — II. Dr. RUD. KAUFMANN: Über Magenchemismus und Magenatonie.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Mesotan"** und **„Aspirin"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 15. Januar 1905. Nr. 3.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an **Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung.

Von **Doz. Dr. Anton Bum,** Wien.*)

I.

Wenn wir oberhalb eines Gelenkes, etwa des Ellbogengelenkes, eine elastische Binde nicht allzu stramm anlegen, so treten am peripheren Abschnitte der betreffenden Extremität sicht- und fühlbare Veränderungen auf, die ja allgemein bekannt sind. Zunächst erfolgt eine Anschwellung der subkutanen Venen des Handrückens, bald darauf der großen Hautvenen der Beugeseite des Vorderarmes. Gleichzeitig sieht man eine Verfärbung der Haut auftreten, die — mit Ausnahme der Vola manus, des Handrückens, der Finger und der Streckseite des Ellbogengelenkes — bläulich, an den genannten Stellen hellrot wird.

Das Venennetz der Cutis tritt deutlich hervor. Die Verfärbung wird im Laufe der nächsten 2—3 Stunden intensiver; weiße Flecke, die in der ersten Stunde der Stauung im Bereiche der rosig verfärbten Hautstellen auftraten, verschwinden; auch die großen, subkutanen Venen sowie das Venennetz werden unsichtbar.

Dafür tritt nun leichtes Ödem auf, je länger die Staubinde liegen bleibt.

Die Temperatur der gestauten Partie wird, wie MAX HERZ mit seinem Thermopalpator nachgewiesen hat, erhöht, falls die Stauung so vorgenommen wurde, daß nur die schwachwandigen Venen und Lymphgefäße, nicht aber auch die starkwandigen Arterien komprimiert wurden.

BIER bezeichnet auch diese Art der Stauung, bei welcher der arterielle Blutstrom intakt oder doch fast intakt bleibt, als „heiße“ Stauung gegenüber jener „kalten“ Stauung, bei welcher auch die Arterien komprimiert wurden (ESMARCHS Blutleere).

Zu therapeutischen Zwecken wird ausschließlich die heiße Stauung angewendet, bei welcher subjektiv keinerlei Beschwerden, nicht einmal Parästhesien an der Peripherie, auftreten dürfen, falls technisch korrekt vorgegangen wurde.

Wir erzeugen mittelst der Stauung eine „passive Hyperämie“ der gestauten Teile mit Verlangsamung des venösen Blutstromes, eine venöse Stase.

Die Erscheinung der passiven Hyperämie, der Verlangsamung des venösen Stromes, steht ihrem Wesen nach im konträren Gegensatze zur aktiven Hyperämie, der Beschleunigung des arteriellen Blutstromes, die experimentell mittelst Durchschneidung gefäßerweiternder Nerven und Applikation chemischer Mittel, therapeutisch durch Muskelbewegung, Reibung, Elektrizität, zumal aber durch Wärme in Form ihrer direkten Anwendung erzeugt wird.

Ich werde Gelegenheit haben, zu zeigen, daß aktive und passive Hyperämie einander therapeutisch ergänzen.

Die erste Anwendung der Stauungshyperämie knüpft sich an den Namen AMBROISE PARÉ (1510—1590), welcher aber keine Nachahmer gefunden zu haben scheint. — Im Jahre 1875 hat NICOLADONI aus der DUMREICHERschen Klinik in Wien ein Verfahren veröffentlicht, welches er bei der Behandlung von Pseudarthrosen mit Erfolg angewendet hat. Es bestand in der Applikation zweier keilförmiger Kompressen ober- und unterhalb der Fragmente und deren Kompression

*) Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für innere Medizin zu Wien am 24. November 1904.

gegen die Unterlage. — 1886 hat H. A. THOMAS bei Frakturen mit geringer Neigung zu Konsolidierung neben seiner „Perkussion" das „Damming" in Form von elastischer Umschnürung des Gliedes ober- und unterhalb der Frakturstelle beschrieben. Gleichzeitig hat HELFERICH dasselbe Verfahren in einfacherer Weise (durch zentrale Applikation eines Gummischlauches) bei Frakturen mit ungenügender Kallusbildung, Pseudarthrosen, Spontanfrakturen im Gefolge von Nekrose, endlich behufs Steigerung des physiologischen Knochenwachstums geübt.

Der erste, der die Hyperämie zu Heilzwecken in methodischer Weise studiert, angewendet und propagiert hat, der die Wirkungen der aktiven und passiven Hyperämie durch eigene und von seinen Schülern ausgeführte exakte Tierversuche eingehend geprüft und gesichtet hat und dem wir die Anwendung dieser technisch so einfachen Methoden bei zahlreichen Erkrankungen der Knochen und Gelenke, in neuester Zeit auch der Weichteile, verdanken, ist der gegenwärtig in Bonn wirkende Chirurg AUGUST BIER.

Ich will mich heute darauf beschränken, auf Grund eigener Erfahrung und der relativ spärlichen Literatur die physiologische Wirkung der passiven Hyperämie in Form der Stauung und ihre Anwendung auf dem großen und vielgestaltigen Gebiete der Gelenkerkrankungen zu besprechen, die von besonderer praktischer Bedeutung sind, der passiven Hyperämie, deren Anwendung mit den einfachsten Mitteln jedem Arzte jederzeit möglich ist.

* * *

BIER selbst unterscheidet auf Grund seiner überaus zahlreichen experimentellen und klinischen Beobachtungen eine Reihe von Wirkungsarten der „heißen" Stauung, die durch die Schlagworte: Bakterientötung und -Verminderung, Resorption, Auflösung, Ernährung und Schmerzstillung gekennzeichnet sind.

Gestatten Sie mir zunächst eine kurze kritische Besprechung dieser Wirkungsarten unserer Methode.

Was zunächst die antibakterielle Wirkung der Stauung anbelangt, die für unser heutiges Thema lediglich für die Gelenktuberkulose, die gonorrhoische Arthritis und wohl auch für den akuten Gelenkrheumatismus in Betracht kommt, so sei zunächst der HELLERschen Hypothese gedacht, die angesichts der Ödembildung bei der Stauung die baktericide Wirkung des Serums durch Konzentration von Alexinen im Sinne BUCHNERS hervorhebt.

Auch NOETZEL sucht das heilende Prinzip der Methode in der kräftigen antibakteriellen Wirkung des durch die Stauung erhaltenen Transsudates, durch deren Entfaltung der ganze Prozeß den Charakter einer akuten aseptischen Entzündung erhält.

Diese Anschauungen werden von BIER ebensowenig akzeptiert wie die FRÄNKEL-BEHRINGsche Theorie der baktericiden Wirkung CO_2-reichen Blutes, welcher auch HAMBURGER zuneigt. Nach ihm handelt es sich hier um überaus komplizierte biologische Vorgänge, von welchen die Entzündung im Sinne der Selbsthilfe des Organismus gegen die Krankheitserreger eine wichtigere Rolle spielt als die Abtötung der Bakterien durch die vermehrte Alkaleszenz des Blutes.

Bei dem derzeitigen Stande unserer Kenntnisse dürfte die Anschauung RICHTERS, nach welcher die Erfolge der Stauung hauptsächlich auf die durch dieselbe bewirkte Zirkulationsstörung und Stromverlangsamung mit nachfolgender Randstellung und Emigration der Leukozyten zurückzuführen seien, es sich also um das erste Stadium der Entzündung (Stasenbildung) handle, um so plausibler erscheinen, als die klinischen Bilder derselben nicht widersprechen.

Wir ahmen daher durch die Stauung jenen Zustand der Selbsthilfe des Organismus nach und fördern ihn, der sich in der reaktiven Entzündung des gefährdeten Teiles kundgibt.

Die resorptionsbefördernde Wirkung der Stauung kann — da eine Staubinde, so lange sie liegt, die Zirkulation und damit die Resorption durch die Kapillaren und Lymphgefäße behindert — nur eine mittelbare sein. Die Versuche WÖLFLERS und KLAPPS haben gezeigt, daß der Verlangsamung der Resorption während der Stauung eine so erhebliche Steigerung derselben nach Lösung der Staubinde folgt, „daß der Endeffekt der Stauungshyperämie schließlich eine Steigerung bedeutet" (BIER).

Immerhin steht meiner Meinung nach bezüglich der Begünstigung der Resorption die passive Hyperämie der aktiven erheblich nach.

Dasselbe gilt wohl für die von BIER der Stauung zugesprochene Fähigkeit, nicht wasserlösliche Stoffe durch Auflösung in resorbierbaren molekulären Zustand zu versetzen, wobei er auch hier die gewebslösende und einschmelzende Wirkung der Entzündung und entzündlichen Hyperämie heranzieht. Mit dieser Wirkung der Stauung sucht er auch zum Teil ihren Einfluß auf Gelenkversteifungen zu erklären.

Ich werde meinen Standpunkt in dieser Frage im Verlaufe meiner heutigen Ausführungen präzisieren.

Als unzweifelhaft begründet aber betrachte ich die BIERsche Annahme einer lokal-ernährungsbefördernden und die Regeneration, zumal von Knochengewebe, begünstigenden Wirkung der Stauung.

Die wohl nicht eindeutige Beobachtung von Volumszunahme der Muskulatur nach Venenthrombosen — es ist derzeit noch unentschieden, ob es sich um wahre Hypertrophie oder um das erste Stadium der Degeneration des Muskelgewebes handelt —, die fraglos richtige Beobachtung des vermehrten Wachstums der Lanugohaare nach Stauungshyperämie zu therapeutischen Zwecken, des Auftretens elephantiasischer Hautverdickungen nach chronischer Blut- und Lymphstauung, der Längen- und Dickenzunahme von Röhrenknochen im Gefolge von venöser Hyperämie (hierher dürften die Trommelschlägelfinger bei Herzfehlern, Emphysem und Phthise zu zählen sein), die diesbezüglichen erfolgreichen Versuche HELFERICHS, das physiologische Knochenwachstum zu fördern, vor allem aber die durch den Tierversuch festgestellte Begünstigung der Entwicklung zumal des periostalen Kallus im Gefolge der Stauung sind ebensoviele Bausteine für die Fundamentierung dieses Teiles der BIERschen Lehre.

Ob wir es hier mit einer Art „nutritiven Reizes" nach VIRCHOW zu tun haben oder ob die Annahme NICOLADONIS richtig ist, daß die Zufuhr einer größeren Menge von Ernährungsmaterial an eine Partie des Körpers durch die Erregung einer Inflammation ernährend und regenerierend wirkt, will ich nicht entscheiden. Die histologischen Bilder, die ich bei meinen Tierversuchen über den Einfluß der Stauung auf die Entwicklung des Knochenkallus erhalten habe, weisen lediglich einen Fortschritt in der Entwicklung der Knochennarbe auf, der auf die Steigerung der Vitalität aller Gewebe durch die Stauung zurückgeführt werden kann.

Der augenfälligste Effekt technisch richtig ausgeführter Stauung ist ihre schmerzstillende Wirkung. Wer es jemals gesehen, wie prompt schmerzstillend die Stauung gerade bei den schmerzhaftesten gonorrhoischen Arthritiden wirkt, wie der von heftigen Schmerzen gequälte, jede Berührung perhorreszierende Kranke oft schon nach relativ kurzer Zeit ruhig und duldsam wird, wie es dem Arzte während der Stauung gelingt, an versteiften Gelenken recht energische passive Bewegungen auszuführen, die im nicht gestauten Zustande zu lauten Schmerzäußerungen, lebhaften Abwehrbewegungen und Muskelspasmen des Kranken geführt haben, der wird mir beistimmen, wenn ich gerade diese Wirkung der Stauung ganz besonders hervorhebe und den Versuch mache, sie physiologisch zu deuten.

Schon RITTER hat auf dem Chirurgenkongreß 1902 diesen Versuch unternommen. In seinem Vortrage „Über die natür-

lichen schmerzlindernden Mittel des Organismus" hebt er die Tatsache hervor, daß bei der traumatischen Entzündung Nachlaß der Schmerzen erfolgt, sobald es zu Ödembildung kommt. Es scheint ihm, daß die ödematöse Infiltration im Sinne der SCHLEICHschen Anästhesie aufzufassen ist, daß es sich auch hier um rein osmotische Vorgänge (BRAUN) handle.

Die Stauung begünstige die Osmose in dem Sinne, daß sie die höher konzentrierten, Schmerz erzeugenden Entzündungsflüssigkeiten durch Zufuhr von Blut und Serum verdünnt und auf diese Weise schmerzstillend wirkt.

Auch BLECHER sucht die Wirkung der Stauung bei nach Traumen zurückbleibenden Steifigkeiten durch die auflösende Kraft des Blutes nach BUCHNER, bei Immobilisationssteifigkeiten durch die seröse Durchtränkung der gestauten Teile zu erklären, welche eine mechanische Auflockerung der durch längere Immobilisierung veränderten Gelenkweichteile, zumal der geschrumpften Kapsel und Bänder, bewirkt.

Diese Erklärungen, welchen sich BIER — wie ich einer privaten Mitteilung desselben entnehme — anschließt, erscheinen mir für die Deutung der exakten Wirkung der Stauung bei Gelenkerkrankungen nicht genügend.

Ich halte es im Hinblick auf die Befunde meiner Tierversuche für feststehend, daß die Stauung Vermehrung des Gelenkinhaltes — auch BLECHER verweist nebenbei auf die Möglichkeit der Synoviavermehrung durch die Stauung —, damit Steigerung des intraartikulären Druckes zur unmittelbaren Folge hat, wodurch eine Distraktion der Gelenkenden und damit eine Verminderung ihrer Berührungsflächen erfolgt, welche die Gelenke für passive Bewegungen toleranter macht.

Daß eine Verminderung der Flächenberührung von pathologisch veränderten Gelenkenden schmerzstillend wirkt, zeigt uns der prompte Effekt der Extension entzündeter Gelenke. Für meine Anschauung spricht auch die Unwirksamkeit der Methode bei der Arthritis deformans, welche durch Hyperplasien der Synovialis, der Knorpel und Knochen, also durch pathologische Vermehrung der Berührungsflächen charakterisiert ist.

Ein Einfluß der Stauung auf die sensitiven Nerven kann ausgeschlossen werden. Dies haben Untersuchungen von Gesunden und Kranken vor, während und nach der Stauung gezeigt, die wir mittelst des Ästhesiometers vorgenommen haben. Dieselben haben nie Herabsetzung, zuweilen aber Erhöhung der Sensibilität in der Peripherie der gestauten Extremität ergeben.

Ich habe die schmerzstillende Wirkung der Stauung als für die Behandlung von Gelenkerkrankungen besonders wichtig hervorgehoben, weil wir, dank diesem Effekte, die erkrankten Gelenke jener Therapie frühzeitig zuzuführen vermögen, die unserer Erfahrung nach bei zahlreichen Formen von Arthritis für den Ausgang der Erkrankung und damit für die Zukunft der Gelenkfunktion als ausschlaggebend erklärt werden muß, die Mobilisierung des Gelenkes.

Dies gilt vor allem — und damit gelange ich zur Indikationsstellung der Staseotherapie — für die Behandlung der schweren Formen von gonorrhoischer Arthritis, die so rasch zu Versteifungen der Gelenke führen. Ich habe vor Anwendung der Stauung die Entstehung starrer Ankylosen bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen in zahlreichen Fällen gesehen, die sich unter den Augen der behandelnden Ärzte entwickelt haben, weil die enorme Scherzhaftigkeit der befallenen Gelenke auch den Versuch einer Mobilisierung stets verhindert hat.

Seit methodischer Anwendung der Stauung, die gerade in den schwereren und schwersten Fällen gonorrhoischer Gelenkentzündung ihre schmerzstillende Wirkung entfaltet, gehören Versteifungen der Gelenke nach gonorrhoischer Infektion zu den selteneren Erscheinungen. Wenn BIER von der Stauung bei gonorrhoischer Arthritis sagt, die während der Nacht applizierte Staubinde habe sich hier als das beste Schlafmittel bewährt, so kann ich dies voll und ganz bestätigen. Auch andere Beobachter, wie HABS, LUXEMBOURG, LAQUEUR, äußern sich im gleichen Sinne.

Nicht minder prompt erfolgt die Schmerzstillung durch Stauung beim akuten Gichtanfall. Obgleich die schweren Formen der Arthritis urica bei uns zu Lande nicht gerade zu den häufigen Erkrankungen gehören, so verfügt doch jeder beschäftigtere Arzt über eine Zahl von Uratikern, die ihn zur Zeit einer Schmerzattacke aufsuchen. Hier konkurriert die Stauung sehr wohl mit der aktiven Hyperämie in Form der Applikation von überhitzter Luft, und können mit Vorteil beide Methoden nebeneinander — die Stauung eventuell zur Nachtzeit — angewendet werden.

Dasselbe gilt vom akuten und subakuten Gelenkrheumatismus. Hier scheint die Wirkung der Stauung jener bei gonorrhoischer Arthritis ähnlich zu sein; gerade die schmerzhaftesten Gelenke erweisen sich nach mehrstündiger, korrekt ausgeführter Stauung toleranter als vor Anwendung der Methode.

Beim sogenannten chronischen Gelenkrheumatismus empfiehlt sich sehr lebhaft die Kombination der Stauung mit jenen therapeutischen Maßnahmen, deren resorptionsbefördernde Wirkung uns bekannt ist, vor allem mit Massage, erregenden Umschlägen, besonders Alkoholverbänden, Heißluftbehandlung usw.

Dort, wo die Indikation der Schmerzstillung gegenüber jener der Resorption zurücksteht, so vor allem bei der serösen Synovitis, dem Hydrops der Gelenke welcher Provenienz immer, möchte ich meiner bisherigen Erfahrung nach den genannten Methoden vor der Stauung unbedingten Vorzug geben.

Ich habe schon früher das vollständige Versagen der schmerzstillenden Wirkung der Stauung bei der deformierenden Gelenkentzündung hervorgehoben und stehe mit dieser Behauptung in teilweisem Widerspruche mit anderen Autoren, welche, wie HABS und LAQUEUR, keinen besonderen Einfluß auf den Verlauf, wohl aber leichten Nachlaß der Schmerzen im Gefolge der Stauung auch hier beobachtet haben.

Ich muß hier auch diesen ja immerhin willkommenen Effekt unserer Methode negieren und soweit gehen, den Satz auszusprechen, daß das Versagen der anästhesierenden Wirkung der Stauung bei Arthritis deformans als Behelf für die Diagnose der chronisch-hyperplastischen Gelenkentzündung ex juvantibus herangezogen werden kann.

Aus der Abteilung des Prof. Frühwald an der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Ulcus ventriculi im Kindesalter.

Von **Dr. Josef Reichelt**, emerit. Assistent.

Geschwürsprozesse im Magen gehören im Kindesalter nicht zu häufigen Vorkommnissen und sind meist als Folge von Verätzungen anzusehen. Auch sind es wohl nur die leichtesten Verätzungen, welche durch nachträgliche Geschwürsbildung und Narbenstrikturen Gegenstand interner Behandlung werden. Bei einigermaßen stärkeren Verätzungen kommt es begreiflicherweise zu ausgebreiteten destruktiven Veränderungen und dann rasch zum Exitus letalis.

Bei diesem ätiologischen Momente finden wir Geschwüre zumeist an der Kardia oder an dem Fundus des Magens. Zur Kategorie des Ulcus ventr. recens gehören auch die relativ häufig beobachteten, oft zahlreichen hanfkorn- bis linsengroßen Geschwüre des Magens, sowie die aus hämorrhagischen Erosionen hervorgegangenen. Das Magengeschwür κατ' ἐξοχήν, das Ulcus ventriculi rotundum chronic. aber ist im Kindesalter eine große Seltenheit. So vereinzelt erscheint das Vor-



kommen des wahren Ulcus rotundum, daß CHVOSTEK [1]) in seiner Arbeit KUNDRAT [2]) zitiert, der diese Erkrankung nicht gesehen und den Ausspruch WIDERHOFERS bringt, „daß er an das Vorkommen von Ulcus ventriculi im Kindesalter nicht recht glaube".

CHVOSTEK selbst konnte vor dem Erscheinen seiner Arbeit nur 7 Fälle auffinden, von denen er jedoch nur 2 als echtes Ulc. ventr. chron. gelten läßt, die anderen aber in die Kategorie des Ulc. recens einreiht.

BRINTON [3]) sah bei 226 Sektionen von Ulcus nur 2 Fälle an Kindern unter 10 Jahren, und ERÖSS [4]) berichtet in seiner Abhandlung, daß bei den 17.745 Sektionen der im Pester Armenhause Verstorbenen, welche in einem Zeitraume von 42 Jahren vorgenommen wurden, der von ihm mitgeteilte Fall als erster beobachtet wurde. Es dürfte somit gewiß die Schätzung REIMERS [5]), welche die Häufigkeit des Ulcus ventriculi bei Kindern mit 1% aller Ulkusfälle angibt, zu hoch gegriffen sein.

Ein weiteres Beispiel wäre der von A. WERTHEIMBER [6]) angeführte, mit Genesung endigende Fall, wo infolge eines Sprunges von einer Leiter bei einem zehnjährigen Mädchen die ungefähr eine Woche bestehende Erkrankung durch Magenblutung sich manifestierte.

Außer diesen Mitteilungen konnte ich in der Literatur, soweit sie mir zugänglich war, nur noch einen Bericht von HIBBARD CLEON [7]) über Ulcus ventriculi bei einem viermonatlichen Kinde auffinden.

Rechnet man all diese Fälle zusammen und zählt eventuell noch die Fälle von HENOCH [8]) hinzu, der bei älteren Kindern durch die Symptome Kardialgie und Blutbrechen die Diagnose, wie er sagt, „fast sicher stellte", so werden wohl nicht viel über ein Dutzend Fälle zusammenzustellen sein, weshalb es sich wohl der Mühe verlohnt, die Reihe durch einen Zuwachs zu vermehren, zumal der Fall, den wir zu beobachten Gelegenheit hatten, sich von den anderen in mancher Hinsicht verschieden erwies.

Es dürfte daher der von mir mitzuteilende Fall ganz besonders auch wegen seines abnormen Verlaufes ein allgemeines und auch literarisches Interesse erwecken.

Wir lassen nun zunächst die Krankengeschichte folgen:

G. K., 8 Jahre alt, aus Astrachan.

Hereditär, soweit man eruieren kann, keine Belastung. Der Vater war vor 15 Jahren angeblich wegen hochgradiger Nervosität in einer Heilanstalt, ist jedoch seit seiner Verheiratung (13 Jahre) vollständig gesund. Das Kind selbst soll seinerzeit an Rachitis gelitten haben. Es begann nach Angabe der Mutter mit einem Jahre zu gehen und sollen die Zeichen der Rachitis von da an in den Hintergrund getreten sein. Der Knabe hatte aber einen großen Bauch und zeigte allzeit Heißhunger.

Seit jeher erbrach das Kind und litt immer an hartem Stuhl. Vor zwei Jahren überstand der Knabe Masern und eine Halsentzündung (vermutlich Angina follicularis).

Weitere Infektionskrankheiten sind nicht nachzuweisen. Mit einem Jahre klagte der Patient über brennende Schmerzen in der Magengegend und ähnliche Schmerzen in beiden Flanken. Diese Schmerzen sind von der Nahrungsaufnahme angeblich unabhängig und treten anfallsweise 2—4mal des Tages auf, besonders abends. Dabei verlangt der Patient viel zu trinken und bittet, daß man ihm die seitlichen Thoraxwandungen komprimiert. Der Anfall dauert verschieden lang, oft nur 5—10 Minuten, doch oft auch bedeutend länger, zuweilen mehrere Stunden hindurch. Dabei besteht viel Aufstoßen. In letzter Zeit war der Stuhl immer angehalten. Seit einem Jahre ist Patient bedeutend abgemagert und hielt sich aus Furcht vor Erbrechen von der Nahrungsaufnahme zurück.

Status praesens vom 13. Juni: Mittelgroß, von grazilem Knochenbau, stark abgemagert. Haut und die sichtbaren Schleimhäute sehr anämisch.

Der Thorax erscheint am Rippenbogen ausgedehnt. Verdickung des Ansatzes der Rippenknorpel an den Rippen. Lungengrenzen etwas nach aufwärts gerückt. Die Auskultation ergibt überall normales vesikuläres Atmen. Die Herzgrenze reicht nach rechts etwas über den linken Sternalrand. Spitzenstoß im 5. Interkostalraume. Anämische Geräusche. Das Abdomen stark aufgetrieben. Umfang über den Nabel 61 *cm*, vom Process. xyphoides zur Symphyse 29 *cm*. Die Leber reicht etwa einen Finger unter dem Rippenbogen. Milzdämpfung vergrößert, nicht palpabel. Temperatur 36·2°. Puls etwas beschleunigt. Harn (Prof. MAUTHNER) hellgelb, leicht getrübt, spezifisches Gewicht 1·018. Reaktion sauer. Sedimente in geringer Menge bestehend aus wenigen Lymphoidzellen, wenigen Plattenepithelien und einzelnen Kristallen von Harnsäure. Indikan in normaler Menge vorhanden. Eiweiß in sehr geringer, quantitativ nicht bestimmbarer Menge. Sonst nichts Abnormes. Stuhl dickbreiig, lichtbraun gefärbt. Mikroskopischer Befund: Wenige verschollte Darmepithelzellen, Reste quergestreifter Muskelfasern, zum Teil mit noch deutlich erhaltener Struktur, ungemein zahlreiche Fettsäurenadeln, Fetttröpfchen in geringer Zahl, Bakterien, Detritus. Parasiteneier und Blut nicht vorhanden. Körpergewicht 19.100.

Dekursus 14. Juni: Patient erhält wegen Stuhlträgheit ein Laxans (Aq. laxal.). Darauf erfolgte ein breiiger, anscheinend normaler Stuhl. Um 4 Uhr nachmittags begann Patient über Schmerzen in der rechten Seite zu klagen und bat, daß man ihn in der rechten Seitengegend stütze. Diese Schmerzen dauerten aber nur kurze Zeit.

15. Juni: Die Nacht verlief ruhig. Heute früh zwischen 7 und 8 Uhr ähnliche Schmerzen. Kein Fieber. Patient erhält alle 3 Stunden Nahrung, u. zw. geschabten Schinken, faschiertes Fleisch, Milch, Milchspeisen, Kakao, Semmelrinde, aufgeweicht, und etwas gewässerten Rotwein. Früh und abends ein Bad mit 27° C, nachts einen Prießnitzumschlag um das Abdomen. Thiocol 1 : 120. Den größten Teil des Tages verbringt Patient außerhalb des Bettes.

16. Juni: Um $^1/_2$10 Uhr vormittags einen ca. $^1/_4$stündlichen Schmerzanfall, diesmal auf der linken Seite des Abdomens. Während dieser Zeit stützt sich der Patient die linke Flanke mit der Hand.

17. Juni: Temperatur immer normal. Obstipation, die mit Irrigation und Rhabarber bekämpft wird. Appetit andauernd gut, die Nahrung wird gut vertragen.

19. Juni: Heute nachts ein fester Stuhl; Zunahme des Patienten 950 *g*.

21. Juni: Zunehmende Anämie. Heute nachts ein Anfall mit hochgradiger Tachykardie. Pulsfrequenz nachmittags 160. Temperatur 38·3.

22. Juni: Vormittags ein $^1/_4$stündlicher Anfall, wobei Patient sich den Rücken halten läßt. Im Anfalle gehen mehrere sehr laute Ruktus ab. Auf Irrigation ein mäßig harter Stuhl. Temperatur 37·8. Blutbefund: rote Blutk. 1,280.000, weiße Blutk. 21.500, Hämoglobin 15%, spezifisches Gewicht 1030.

Augenbefund (Prof. REUSS): Linkes Auge ganz normal. Am rechten ist an den Sehnerven anschließend nach oben eine grauliche Trübung (wegen der Unruhe des Knaben nicht sicher zu deuten).

23. Juni: Auf Irrigation zwei mäßig harte, größtenteils unverdaute Stühle. Nacht ruhig; vormittags zwei Anfälle mit diffusen Schmerzen im Bauche. Temperatur 39·3, Puls 140, Resp. 36.

25. Juni: Während des gestrigen Tages sehr unruhig, nachdem er noch tagsvorher sehr reichliche fäkulentriechende Massen in einem Gusse erbrochen und reichlichen weichen Stuhl hatte. Gestern mehrere Anfälle und großer Durst. Temperatur zwischen 38·9 und 39·4. Puls 140. Nahrungsaufnahme fast Null. Während der ganzen Nacht sehr unruhig bis $^1/_2$3 Uhr morgens. Um $^1/_2$4 Uhr Exitus letalis ohne Krämpfe.

---

[1]) Ein Fall von Ulcus ventr. rot. chron. bei einem Knaben. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1882, Bd. 3.

[2]) GERHARDT, Handbuch der Kinderkrankheiten, 1880, Bd. 4.

[3]) GERHARDT, Handbuch der Kinderkrankheiten, 1880, Bd. 3, pag. 399.

[4]) JULIUS ERÖSS, Mitteilungen aus dem Pester Armenspitale. Jahrbuch für Kinderkrankheiten, 1883.

[5]) REIMER, Kasuistische und pathologisch-anatomische Mitteilungen aus dem Nikolai-Kinderhospital in St. Petersburg. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band 10.

[6]) A. WERTHEIMBER, Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 19, pag. 179.

[7]) HIBBARD CLEON, „The Boston Medical Journal", 1898, Nr. 6. Referat: „Archiv für Kinderheilkunde", 1901.

[8]) HENOCH, Beiträge zur Kinderheilkunde, 1861, pag. 87; 1868 pag. 278.

Sektionsbefund (Prof. ALBRECHT): Körper dem Alter entsprechend groß, grazil gebaut, hochgradig abgemagert. Die Haut gelblichweiß. Totenflecke an den abhängigen Körperpartien äußerst spärlich, blaß-violett. Pupillen beiderseits gleich, mittelweit, Konjunktiven blutleer, weiß, Lippen und Mundschleimhaut ebenfalls fast blutleer.

Hals entsprechend lang, schlank. Thorax ziemlich kurz, entsprechend breit, in der Sternalgegend stumpf vorgewölbt. Die beiden Rippenbogen ausgeweitet. Rippenknorpel beim Ansatz knopfartig verdickt. Abdomen gleichmäßig ausgedehnt. Bauchdecken ziemlich gespannt. Fluktuation. Im Skrotum beide Testikel. An den unteren Extremitäten kein Ödem. Die weichen Schädeldecken blutleer, fettarm. Die Höhle des Schädels geräumig, längsoval, symmetrisch. An den dicksten Stellen der Knochen bis 5 *mm* dick. Dura mater zart, gut gespannt, durchscheinend. Gehirn groß, die Leptomeningen überall zart, blutarm, an der Konvexität ödematös, die basalen Gefäße sehr zart. Die Gehirnsubstanz etwas weicher, sehr blutarm, die Ventrikel enge, sonst nichts Besonderes. Bei Eröffnung des Abdomens entleert sich ca. 1 *l* einer lichtbräunlichen, von weißen Flecken durchsetzten säuerlich übelriechenden Flüssigkeit. Schilddrüse nicht vergrößert, blutleer. In der Trachea schaumiger Schleim. Schleimhaut gelblichweiß.

Am Gaumen und Pharynx keine Besonderheiten. Schleimhaut weißlichgrau. Die zervikalen Lymphdrüsen bis auf Übermandelgröße vergrößert, ziemlich derb, von glatter Schnittfläche, blutarm, graugelblich.

In beiden Pleurahöhlen ein paar Eßlöffel seröser Flüssigkeit. Beide Lungen vollständig frei. Pleura zart und glänzend. Das Lungengewebe überall lufthaltig, stark durchfeuchtet, besonders in den Oberlappen außerordentlich blutarm.

Herz etwas vergrößert, rechts sehr schlaff, links kontrahiert, enthält spärliche Gerinnsel. Alle Klappenapparate zart und schlußfähig. Der Herzmuskel lehmgelb, morsch und zerreißlich. Leber etwas vergrößert, derb. Schnittfläche blaßrot, Trabekel reichlich.

Rechte Niere sehr beträchtlich vergrößert, sehr dick, von glatter Oberfläche und graugelblicher Farbe, Schnittfläche fast blutleer. Rinde geschwollen. Linke Niere und Nebenniere fehlen. In der Harnblase einen Querfinger über dem Kollikulus in der hinteren Wand eine 1 *cm* lange stumpfe Leiste, in deren Mitte der Ureter ausmündet. Kein Trigonum. Sonst nichts Besonderes. Die Darmschlingen mit fibrinösem Exsudatmembranen zum Teil bedeckt und verklebt; 1 *cm* oberhalb des Pylorusringes findet sich in der kleinen Kurvatur eine ovale scharfbegrenzte Perforationsöffnung des Magens; beim Aufschneiden desselben findet sich der Perforationsöffnung entsprechend ein zirka zweihellerstückgroßes Geschwür mit scharfen, steil abfallenden Rändern. Ein zweites ähnliches, größeres, gerade in der hinteren Zirkumferenz des Pylorusringes von 2 *cm* Länge und $1^1/_2$ *cm* Breite, dessen scharf begrenzte Ränder von wulstiger Magenschleimhaut und dessen leicht höckeriger Grund teils von fibrösem Gewebe, teils von dem herangezogenen Pankreaskopf gebildet werden. In der Umgebung reichliche, ziemlich derbe, über haselnußgroße Lymphdrüsen mit grauweißlicher, glatter Schnittfläche. Eine von ihnen ist von zahlreichen kleinen Blutungen durchsetzt. Die großen Gallengänge durchgängig; in der Gallenblase reichlich helle, dünnflüssige Galle.

Die Schleimhaut des Magens sowohl wie des Darmes verdickt, gewulstet, mit Schleim bedeckt. Im Dünndarme spärliche gallige Chymusmassen, im Dickdarm ziemlich reichliche große gebräunte Skybala.

Über die Ätiologie des Ulcus ventr. chron. bei Kindern sind bisher nur wenig Anhaltspunkte gegeben. CHVOSTEK macht in seinem Falle die Einwirkung überaus großer Kälte verantwortlich, während bei WERTHEIMBERS Patientin ein Sprung von einer Leiter zwar nicht die ätiologische Ursache, wohl aber die Ursache einer Blutung geworden war und so eigentlich erst das Vorhandensein eines Ulkus manifestierte, das etwa durch acht Tage vorher nur leichte Magenbeschwerden gemacht hatte. In unserem Fall dürfte, wie wohl auch in den meisten anderen, die vorhandene Hyperaziditätdes Magensaftes, die eigentlich seit dem Säuglingsalter bestehende Dyspepsie als Grundursache anzusprechen sein und möglicherweise auch die Zeit der Entstehung auf mehr als ein Jahr zurück zu datieren sein. Der letale Ausgang ist wohl nicht in allen Fällen auf das Ulkus zurückzuführen. So war der 5 Jahre alte Knabe, an welchem v. GUNTZ*) das Geschwür beobachtete, gleichzeitig an Skarlatina erkrankt, während der Fall von ERÖSS eigentlich wegen Miliartuberkulose in das Spital aufgenommen wurde, desgleichen der von REHN publizierte Fall. Der 18jährige Knabe CHVOSTEKS, welcher bereits seit seinem 4. Jahre an dieser Erkrankung litt, starb an Erschöpfung infolge ungenügender Nahrungsaufnahme. War doch die Pylorusöffnung bis auf ein Lumen von kaum 8 *mm* verengert. Perforationsperitonitis scheint nach den bisherigen Mitteilungen nicht häufig zu sein.

Die Stellung der Diagnose gestaltete sich in unserem Falle sehr schwierig. Es konnte nur die Peritonitis mit Sicherheit bei ihrem akuten Einsetzen diagnostiziert werden. Abgesehen von der Seltenheit der Erkrankung bei Kindern, fand sich eigentlich kein einziges typisches Symptom von Ulkus bis zum Momente der Perforation. Die vorhandenen Schmerzen, auf die man noch am meisten Gewicht legen mußte, waren nur selten in der Magengrube lokalisiert, sondern häufig in der Seite und strahlten nicht in die Brust oder Arme aus, auch nicht gegen die Wirbelsäule zu, woselbst auch kein schmerzhafter Druckpunkt zu finden war. Nahrungsaufnahme war auch, soweit wir dies konstatieren konnten und die Eltern es angaben, ohne besonderen Einfluß. Die Kompression der Seite, die Patient zur Linderung der Schmerzen selbst ausführte oder vornehmen ließ, ist auch kein Symptom, das für ein Magengeschwür zu verwerten wäre. Wenig Gewicht konnte man auch auf das Erbrechen legen; bestand es doch eigentlich in continuo seit der Geburt und war zuletzt wenigstens von der Nahrungsaufnahme unabhängig. Ja der Patient verlangte selbst während seiner Schmerzanfälle ziemlich viel Flüssigkeit zu trinken und behielt dieselbe. Im Spital hatte der Patient niemals Erbrechen bis zu dem Tage vor dem Exitus, wo wohl die bereits eingetretene Perforationsperitonitis als Ursache anzusehen ist. Das Erbrochene soll während der Pflege im elterlichen Hause stets stark sauer gerochen haben. Das Erbrechen von Blut, das so oft die Diagnose zu sichern verhilft, fehlte ganz, sowohl zu Hause wie im Spitale. Ebenso wurde im Stuhle von den Angehörigen nichts bemerkt, und die bei uns vorgenommene Untersuchung der Fäzes ergab ein negatives Resultat. Und dabei bestand doch eine so hochgradige Anämie, daß man wohl auch mit Rücksicht auf den Aufenthaltsort Astrachan an Helminthiasis als Akzidens denken mußte; doch blieb auch in dieser Hinsicht die Untersuchung ohne jeden Anhaltspunkt. Wir müssen daher annehmen, daß es zu ganz geringen kapillaren Blutungen kam, die allerdings lange Zeit anhalten mußten, um eine solche Anämie hervorzurufen, andrerseits aber im Stuhle keine besonders auffälligen Veränderungen bewirkten. Zur Zeit des Spitalsaufenthalts hatten aber auch diese geringen Blutungen schon längere Zeit aufgehört, so daß die chemische und die sorgfältige mikroskopische Untersuchung negativ ausfallen mußten. Trotz des Sitzes des Geschwüres am Pylorusring, an der hinteren Wand der kleinen Kurvatur, kam es zu keiner stärkeren Stenosierung, und damit entfiel wieder ein Symptom, das oft massige Erbrechen. Der zeitweise auftretende Durst dürfte wohl nur teilweise mit der vorhandenen Anämie zusammenhängen, zum größten Teile vielleicht auf die mit den Schmerzanfällen einhergehende stärkere Absonderung des sauren Magensaftes zurückzuführen sein. Da eine Stenosierung nicht vorlag, kam es auch nicht zum Einsinken des Abdomens, das man häufig bei Ulc. ventriculi zu beobachten Gelegenheit hat, im Gegenteil war das Abdomen gleich bei der Aufnahme ins Spital ziemlich aufgetrieben, vielleicht eine Folge der durch die Perigastritis

*) W. v. GUNTZ, Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 5.

gesetzten chronischen Reizung des Peritoneums. So gestaltete sich der Verlauf der Krankheit wie auch in gleicher Weise die Sektion zu einer für den Kliniker wie Anatomen Interesse erregenden.

Meinem verehrten Chef Herrn Prof. FRÜHWALD danke ich an dieser Stelle wärmstens für die freundliche Überlassung des Materials.

Nachtrag: Während des Druckes erschien im Jahrbuch für Kinderheilkunde, 60. Bd., 2. Heft, eine Arbeit von BECHTOLD, welche einen ähnlichen Fall behandelt. Derselbe betraf ein 5jähriges Mädchen, das zuerst unter Leibesschmerzen erkrankte und nach einer Woche das Bild einer Perforationsperitonitis bot. Die vorgenommene Laparotomie konnte den Exitus letalis nicht mehr aufhalten. Der Obduktionsbefund ergab: Perforationsperitonitis infolge perforierten Ulc. ventr. rot.

Auch in unserem Falle hätte wohl eine Operation zur Zeit des Durchbruches keinen anderen Erfolg erzielen können.

Aus der IV. (internen) Abteilung des Ober-Stabsarztes Professor Dr. Alois Pick im k. u. k. Garnisonsspitale Nr. 1 in Wien.

Einiges über Endokarditis bei Influenza.

Von Regimentsarzt **Dr. Wilhelm Preßlich**, Sekundararzt der Abteilung.

(Schluß.)

Was das Auftreten von Herzklappenfehlern nach Influenzaerkrankungen anlangt, so hat dasselbe bereits in der Zeit der Pandemie nicht ermangelt, die Aufmerksamkeit der Beobachter zu erregen, und datieren bereits aus dieser Zeit mehrere Publikationen namentlich von italienischen, französischen und englischen Autoren. So beschreibt bereits 1890 SURMONT [25]) einige, ferner ANTONIO NALDONI [26]) einen Fall von Entstehung eines Herzklappenfehlers nach Influenza, ebenso berichten OULMONT und BARBIER [27]) über einen sezierten Fall (Streptokokken und glänzende kleine Diplokokken in den Exkreszenzen der Klappen), WELSCH und ANTHONY [28]) über mehrere Fälle von Endokarditis (und Myokarditis) bei Influenza; ebenso AUFRECHT [29]) über drei genau beobachtete Fälle von Herzklappenfehler nach Influenza und erwähnt noch drei Fälle von ausgebildeter Mitralinsuffizienz, welche angeblich vor Überstehen einer Influenza vollkommen herzgesund gewesen sind. FIESSINGER [30]) beschreibt einen Fall von Endokarditis ulcerosa bei einem vierjährigen Kinde, welche unter zunehmender Cyanose zum Tode führte, ebenso einen Fall einer in der Rekonvaleszenz nach Influenza plötzlich unter höchst bedrohlichen Symptomen entstandenen Aorteninsuffizienz; BURNEY YEO [31]) ebenso zwei Fälle von Aortenfehlern, nach abgelaufener Influenza entstanden. J. L. HEFFRON [32]) berichtet über fünf Fälle von Herzstörungen, in deren einem sich ein zweifelloser Mitralfehler entwickelte. Auch ARTHUR WARD [33]) berichtet über entstandene Mitralfehler. Ein ungemein reiche Fundgrube bietet auch ERNST SANSOM [34]) in seinen zahlreichen Beobachtungen von Herzkomplikationen, worunter einige Fälle von Klappenfehlern nach Influenza.

Sehr wertvolle Beobachtungen aus der Zeit, wo der Influenzabazillus noch nicht bekannt war, teilt auch PAWINSKI [35]) mit. Er weist auf Grund sorgfältigst beobachteter Fälle von Influenza nach, daß diese in bedeutendem Maße geeignet sei, einerseits bestehende Herzerkrankungen zu verschlimmern durch Neuaufflammen des endokarditischen Prozesses, andrerseits auch bei intaktem Klappenapparate endokarditische Veränderungen zu setzen. Einige seiner Fälle stellen sich kurz folgendermaßen dar: 1. Eine 23jährige Frau, 5 Monate nach der ersten Entbindung Influenza überstanden; im Verlaufe derselben gesellen sich zu einer früher bestandenen Insufficientia aortae die Symptome einer Endokarditis ulcerosa valv. aortae et mitralis, hartnäckiges, wochenlanges Fieber von anfangs typhösem, dann pyämischem Charakter, dabei zahlreiche Infarkte, welche neben den auskultatorischen und perkutorischen Erscheinungen die Diagnose „Endokarditis ulcerosa“ sichern, welche nur auf die durchgemachte Influenza bezogen werden kann. 2. 29jähriger Marineoffizier mit rheumatoider Aorteninsuffizienz akquiriert kurz darauf Nephritis und nachher Influenza, welche unter Nachschub der Endokarditis an den Aortaklappen und einem der ulzerösen Endokarditis entsprechenden Fiebertypus letal endet. 3. 13jähriges Mädchen mit Chorea, an alter Mitralinsuffizienz leidend; im Anschluß an Influenza frische Endaortitis, sechswöchentliches kontinuierliches Fieber, endlich Aorteninsuffizienz und Rezidiv der Chorea. 4. 11jähriges Mädchen; alte Mitralinsuffizienz, rheumatischen Ursprungs; am 5. Tage einer Influenza-Erkrankung systolisches Geräusch an der Auskultationsstelle der Aorta; dreiwöchentliches Fieber, dann nach einigen Wochen deutlichste Insuff. aortae. 5. 31jährige Frau mit sklerosierender Endokarditis am Ostium atrioventriculare sinistrum. Vier Wochen nach überstandener Influenza unter fortdauernden Fiebererscheinungen Symptome einer Endokarditis valv. aortae mit folgender Insuffizienz.

PAWINSKI unterscheidet eine leichtere Form, etwa der Mehrzahl unserer Fälle entsprechend, und eine schwere Form mit anhaltendem hohen Fieber, typhösem, mitunter deutlich pyämischem Charakter, welche Charaktere dem Krankheitsbilde der Endokarditis ulcerosa sich nähern. PAWINSKI betrachtet als charakteristisch für Influenza-Endokarditis namentlich das lang dauernde Fieber und die Neigung zu ulzerösen Prozessen, während die postrheumatische Endokarditis meist kürzer dauere und selten in die ulzeröse Form übergeht.

Ich habe den PAWINSKIschen Fällen um so mehr einen breiteren Raum gönnen müssen, als sie deutlichst illustrieren, wie deletär (unter den angeführten Fällen sind zwei letale) die Influenza-Endokarditis bei bereits erkranktem Klappenapparat verläuft.

LEICHTENSTERN (l. c.) in seiner Monographie (1896) erwähnt die primäre „Endokarditis grippalis“ verrucosa und ulcerosa nur im Vorübergehen; weitaus häufiger ist ihm zufolge die Endokarditis eine Folgeerscheinung entzündlicher Prozesse in den Pleuren, den Lungen, beruhe auf Mischinfektion mit Streptokokken (OULMONT et BARBIER, l. c.). Er nennt ferner Endokarditis als Folgeerscheinung eines die Influenza komplizierenden Gelenkrheumatismus (Synovitis grippalis), namentlich aber die Endokarditis pneumonica bei Influenza.

Eine der Wichtigkeit und Häufigkeit entsprechende Würdigung hat der Einfluß der Influenza auf die Erkrankungen des Herzens sowohl im allgemeinen als auch auf die der Herzklappen gefunden in dem Vortrage von SCHOTT (Nauheim) [36]) auf dem XVIII. Kongresse für innere Medizin in Wiesbaden, welcher mit einem statistischen Anhang von Generalarzt a. D. Dr. v. VOGL in Nr. 21—25 der „Berliner klinischen Wochenschrift“, 1900, enthalten ist. SCHOTT erörtert zunächst die ungemein deletären Folgen, welche die Influenza durch ihre Toxine auf Herznerven und Herzmuskel erzeugt. Das hochgradige Absinken des Blutdruckes [37]) bis auf 30 bis 35 *mm* Quecksilberdruck, die oft synkopale Zustände und letalen Ausgang hervorrufende Herzschwäche, die Arhythmie, ferner die fast charakteristische, hochgradige Bradykardie der Influenzarekonvaleszenten, die seltener auftretende, oft anfallsweise Tachykardie, die so oft hartnäckig bestehen bleibenden sensiblen Neurosen wie Angina pectoris sowie die Neurasthenia cordis, die dem neurasthenischen Symptomenbilde der Influenzarekonvaleszenten so oft das Gepräge gibt, weist hin auf die oft schweren Erkrankungen des Myokards, die oft zum Tode oder doch zu langdauernden, ja bleibenden Dilatationen des Herzens führen. Sodann wendet sich Autor zu den Erkrankungen des Endokards, welche er einteilt *a)* in „primäre“, welche durch eine unkomplizierte Influenzaerkrankung erzeugt werden — er selbst erwähnt zwei Fälle und bezeichnet diese Art der Entstehung

als die seltenere —, *b)* in Herzerkrankungen im Anschlusse an die gleichzeitig mit der Influenza stattgehabte Miterkrankung anderer Organe, namentlich der Lungen, der Pleura und des Perikards.

Die Klappen erkranken nach ihm nur auf dem Wege der Mischinfektion und so habe man in den Exkreszenzen bereits Strepto- und in einzelnen Fällen auch Pneumokokken gefunden. Solche Fälle zeichnen sich oft durch einen schleichenden, langwierigen, hochfieberhaften Verlauf aus.

Schott erwähnt als Paradigma einen Fall von Aorteninsuffizienz im Anschlusse an eine leichte lobuläre Influenzapneumonie bei einem fünfjährigen Knaben und eine Aorteninsuffizenz bei einem 51jährigen Mann, welche auf dem Wege einer Perikarditis in wenigen Tagen entstanden war. Ebenso stellt er den deletären Einfluß der Influenza auf bereits bestehende, namentlich kongenitale Vitien dar, welcher sich sowohl in rapidem Herztod als schweren Rekrudeszenzen des endokarditischen Prozesses äußert.

Soweit die Literatur, welche zwar ziemlich zahlreiche, doch nur relativ wenige Fälle umfassende Belege für das in Rede stehende Krankheitsbild bietet.

Was das pathologisch-anatomische Bild der Endokarditis grippalis betrifft, so ist es im wesentlichen von dem der Endokarditis verrucosa bzw. ulcerosa nicht wesentlich verschieden und kann auf dessen genauere Darstellung verzichtet werden.

Die Zahl der Sektionen war bisher nur eine sehr geringe. Die Bakteriologie der Influenza-Endokarditis war insofern lange Zeit in Dunkel gehüllt, als es trotz der Kenntnis des Influenzabazillus nicht gelingen wollte, denselben aus den Klappenvegetationen zu kultivieren, so daß es schien, daß nur Streptokokken bzw. Pneumokokken als ursächlich anzusehen wären, insbesonders da man lange Zeit nicht wußte, ob der Influenzabazillus im Blute überhaupt vorkomme.

Der erste zweifellose Nachweis des Influenzabazillus bei Endokarditis erfolgte durch Jehle [38]), welcher am 15. Dezember 1899 in der Gesellschaft der Ärzte in Wien über zwei Fälle von bakteritischer Endokarditis berichtete, bei denen auch das Kulturverfahren Influenza ergab. Diese zwei Fälle waren folgende: 40jähriger Mann, der seit vier Wochen krank war; es fand sich eine schwere Endokarditis, welche die hintere sowie einen Teil der linken Aortenklappe und die dazwischen liegende Kommissur betraf und ähnlich den bakteriellen Entzündungen aus einer weichen Masse bestand, ohne schwere Zerstörung der Klappe. Im Ausstrich massenhaft kleine, nicht gramfeste Bazillen; im Plattenverfahren eine Reinkultur von Influenzabazillen. Dabei der Befund einer schweren Influenzabronchitis.

Im zweiten Falle bestand eine ebenfalls an den Aortaklappen lokalisierte, verruköse Form der Endokarditis, ähnlich jener, die durch den Dipl. pneumoniae hervorgerufen wird. Mikroskopisch spärliche Bazillen, im Plattenverfahren reichlich Influenza- und Staphylokokken. In einem alten tuberkulösen Herd der linken Lungenspitze reichlich Influenzabazillen.

Mabel Aostin [39]) (1901) mußte zweifeln, ob die von ihm in den Auflagerungen von Klappen gefundenen, in Leukozyten eingeschlossenen, nach Umfang, Gestalt, Färbeverhältnissen durchaus den Influenzabazillen gleichenden Mikroorganismen tatsächlich Influenzabazillen seien, da ihm die Kultur mißlang.

Das Vorkommen des Influenzabazillus im Blute, zuerst von Canon („Deutsche med. Wochenschr.", 1892, Nr. 2) nachgewiesen, war von Jehle [20]) und anderen öfters nachgewiesen worden. Einen weiteren Fall von höchstwahrscheinlicher Anwesenheit des Influenzabazillus in endokarditischen Auflagerungen veröffentlicht Schlagenhaufer [40]) im Jahre 1901.

Auf welchem Wege der Influenzabazillus ins Blut gelangt und sich auf den Klappen festsetzt, darüber ist eine völlige Einigung nicht erzielt; es könnte dies von den Lungen aus erfolgen, jedoch ist auch die Invasion von den Tonsillen aus, die ja eine der Lieblingshaftstellen des Influenzabazillus sind (Kamen, l. c.) denkbar, analog dem beim akuten Gelenkrheumatismus angenommenen Vorgange. Was das Zusammenvorkommen des Influenzabazillus mit anderen (Staphylokokken, Streptokokken und Pneumokokken) betrifft, so haben, wie bereits erwähnt, die Forschungen der letzten Zeit das interessante Resultat gehabt, daß in vitro und im Tierversuche diese Symbiose nicht nur das Wachstum des Influenzabazillus fördert, sondern auch dessen Virulenz sehr stark steigert (Neisser, Jakobson), eine Tatsache, welche weitgehende Ausblicke in die Pathologie dieser Mischinfektionen an den Klappen eröffnet.

Aus dem Vorstehenden geht hervor, daß der Influenzabazillus sowohl allein als in der Mischinfektion Herzklappenerkrankungen erzeugt, welche sich teilweise durch ihre Malignität auszeichnen.

Nun sei es mir noch gestattet, einen kleinen Exkurs auf die Bedeutung der Herzkomplikationen der Influenza für die Gesundheitsverhältnisse großer Massen, speziell der Heere zu machen. Die Influenza ist heute in unserer und der deutschen Armee die häufigste akute Infektionskrankheit, welche an Zahl weitaus alle anderen überwiegt. Betrug doch der Zugang (nach dem Sanitätsbericht für die königlich preußische Armee etc.):

1889—1890	45.562	Mann	108·8‰	K
1890—1891	2.904	„	6·7‰	„
1891—1892	9.975	„	22·9‰	„
1892—1893	2.048	„	4·7‰	„
1893—1894	9.664	„	20·7‰	„
1894—1895	8.215	„	16·5‰	„
1895—1896	5.402	„	10·5‰	„
1896—1897	9.079	„	17·6‰	„
1897—1898	2.641	„	5·1‰	„
1898—1899	7.799	„	15·2‰	„
1899—1900	10.123	„	19·4‰	„
1900—1901	4.466	„	8·5‰	„

worin K die durchschnittliche Kopfstärke an Mannschaft bedeutet. Viel geringer, doch noch immer an Zahl sehr hoch, sind die Zugänge in unserer Armee, nämlich:

1889	3.623	Mann	12·9‰	K
1890	31.112	„	113·5‰	„
1891	1.084	„	3·8‰	„
1892	8.298	„	28·6‰	„
1894	1.321	„	9·7‰	„
1895	1.663	„	5·8‰	„
1896	729	„	2·5‰	„
1897	839	„	2·8‰	„
1898	697	„	2·4‰	„
1899	2.211	„	7·4‰	„
1900	2.887	„	9·7‰	„
1901	1.963	„	6·6‰	„
1902	538	„	1·8‰	„

Exzessiv hoch sind namentlich auch die Zugänge an Influenza in der französischen Armee, zufolge der „Statistique médicale de l'armée". Es werden ausgewiesen:

	im Spitale, Marodezimmer behandelt	bei der Truppe, in der eigenen Wohnung behandelt (annähernd)	
1889—1890	38.745 Fälle	116.500 Fälle	196 Todesfälle
1891	13.454 „	37.000 „	124 „
1892	7.367 „	13.000 „	49 „
1893	9.473 „	20.000 „	103 „
1894	9.050 „	25.000 „	106 „
1895	22.407 „	90.000 „	484 „
1896	6.631 „	10.000 „	82 „
1897	9.059 „	10.000 „	82 „
1898	9.056 „	(Angabe fehlt)	125 „
1899	8.810 „	„ „	144 „
1900	15.979 „	„ „	268 (!) „

Namentlich vom Jahre 1899 an findet sich die Angabe, daß die Erkrankungen viel schwerer, insidiöser werden. Viel geringer erscheinen, den Rapporten des Army Medical Department zufolge, die Zugangszahlen der englischen Armee in dem vereinigten Königreiche, zwischen 6580 (65‰) 1890

und 538 (5·4‰) 1896 schwankend, im Mittel etwa 2500 Fälle (25‰) jährlich betragend, mit mildem Verlaufe (2—12 Todesfälle jährlich).

Um wie viel größer muß man erst, und hiervon gibt die Statistik gewiß nur ein schwaches Abbild, die gleichzeitigen Erkrankungszahlen der Zivilbevölkerung veranschlagen, da ja erst nach längerem Herrschen einer epidemischen Steigerung der Influenza der Zivilbevölkerung die Erkrankungen unter den Truppen auftreten, so daß man in der Tat von der Verbreitung der Influenza einen imponierenden Eindruck empfängt. Erwägt man nun die Tatsache, daß nach allen Armeeberichten die Influenza immer insidiöser, protrahierter und von immer schwereren Komplikationen gefolgt ist, dann gewinnt man eine Vorstellung, wie deletär die Influenza auf die Volksgesundheit einwirkt, namentlich auch was Herzerkrankungen anbetrifft. Dieser Einfluß tritt auch in der Sanitätsstatistik der Armeen deutlichst hervor. Ich weise hier namentlich auf die lichtvolle Darstellung im „Sanitätsbericht über die königlich preußische Armee etc. für den Zeitraum vom 1. Oktober 1898 bis 30. September 1899“ hin, welche von höchstem, allgemein wissenschaftlichem Interesse ist. Der Zugang an Erkrankungen des Herzens betrug durchschnittlich:

1881/1882—1885/1886	563 Mann	. . . . .	1·5‰ K
1886/1887—1890/1891	840 „	. . . . .	2·0‰ „
1891/1892—1895/1896	1357 „	. . . . .	2·8‰ „
1896/1897	1476 „	. . . . .	2·9‰ „
1897—1898	1571 „	. . . . .	3·1‰ „
1898—1899	1662 „	. . . . .	3·2‰ „

Es hat sich also der Zugang an Herzkranken seit 20 Jahren verdreifacht; die Ursache hiervon kann, da in der Armee die Mehrzahl der für Herzerkrankungen ätiologisch bedeutsamen Krankheiten, wie Typhus, Diphtheritis, Lungenentzündung entweder dauernd oder mit geringen Schwankungen abgenommen haben, wohl hauptsächlich mit den zwei für das Herz deletärsten Erkrankungen, dem Gelenkrheumatismus und der Influenza, in Beziehung gebracht werden. In den ersten Dezennien des obigen Zeitraumes war nun im deutschen Heere der Gelenkrheumatismus in steter Zunahme begriffen, so daß man auf ihn die Zunahme der Herzerkrankungen beziehen könnte, seit 1887/1888 mit Ausnahme von 1893/1894 und 1898/1899 erfolgte eine stete Herabminderung der Zugangszahlen des Gelenkrheumatismus, so daß die weitere stetige Zunahme der Zugangszahlen an Herzkrankheiten fast auf das Doppelte wohl nur auf die Einwirkung der Influenza bezogen werden kann. Außer dieser Betrachtung bringt der zitierte Rapport eine Fülle statistischen und kasuistischen Materials über die Herzkomplikationen der Influenza. Auch die Berichte über die Ergebnisse der Assentierungen melden einhellig, daß die Zahl der wegen Herzerkrankungen, speziell Herzklappenfehlern, Zurückgestellten sich von Jahr zu Jahr steigert.

Auch in unserer Armee ist seit 1894 — dem Beginne der modernen Sanitätsstatistik — die Zahl der Ausscheidungen wegen Herzfehlern, beurteilt nach dem Abgang aus dem Grundbuchstande, von 667 1894 auf 1408 1902 gestiegen; um wie viel freilich dabei die Wirkung der Influenza sich geltend gemacht hat, ist wegen Konkurrenz so vieler Ursachen schon abzusehen; nur das ist sicher, daß die Anamnese unserer ungemein zahlreichen, zur Konstatierung des Herzleidens zugegangenen Fälle sehr häufig auf Influenza als ätiologisches Moment hindeutete.

Nach dem Dargestellten glaube ich nicht besser schließen zu können als mit dem Ausspruche von Vogls (l. c.): „Es ist sicher, daß die Influenza höchst nachteilig auf das physische Wohl der Menschheit zurückgewirkt und daß sie namentlich die Wehrkraft der Jugend herabgesetzt hat. Sie ist als Volkskrankheit viel ernster zu nehmen als alle anderen, so sehr gefürchteten, rasch hereinbrechenden und rasch verschwindenden Epidemien, sie setzt die physische Kraft der Bevölkerung herab durch Förderung der Lungentuberkulose und der Herzfehler“, und mit den Worten Schotts (l. c.): „Die Zahl der Herzleidenden ist durch die Influenza nach allen Berichten im letzten Dezennium sehr gestiegen, außer dem akuten Gelenkrheumatismus kenne ich keine Krankheit, die derartig schlimm auf das Herz eingewirkt hätte als die Grippe.“

Meinem hochverehrten Chef Herrn Stabsarzt Prof. Dr. Pick spreche ich auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank für die Anregung zu dieser Arbeit und die Überlassung des Materiales aus.

Literatur: [1]) Leichtenstern, Influenza in Nothnagels Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 1896. — [2]) L. Blau, Die Erkrankungen des Gehörorgans bei Masern und bei Influenza. Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Jena 1898, Fischer. — [3]) Treitel, Über Influenzapharyngitis- und Laryngitis. „Archiv für Laryngologie“, Bd. 13. — [4]) L. Kamen, Weitere Beiträge zur Lokalisation der Influenza an den Tonsillen. „Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde“, 1904. — [5]) Max Moszkowski, Nachweis von Influenzabazillen im Eiter eines akuten Empyems der Highmorshöhle. „Archiv für Laryngologie“, Bd. 10. — [6]) Cl. Dukes, A record etc., „Lancet“, May 1897; Kamen, Weitere Beiträge zur Kenntnis der Influenza. „Wiener med. Wochenschr.“, 1897, 47, 21; A. Pfuhl, Drei neue Fälle von Gehirninfluenza; A. Pfuhl und G. Walter, Weiteres über das Vorkommen des Influenzabazillus im Zentralnervensystem. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1896, 6 u. 7; M. Haedke, Ein Fall von Meningitis mit epiduralem Abszeß mit Nachweis von Influenzabazillen. „Münchener med. Wochenschr.“, 1897; Trailescu, Ein Fall von Meningitis, veranlaßt durch den Pfeifferschen Bazillus. „Spitalul“, Bukarest, 21. April; Eugen Fränkel, Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen des Zentralnervensystems bei akuten Infektionskrankheiten. „Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten“, 1898, 27; A. Hecht, Grippe und eitrige Meningitis mit dem Befunde von Influenzabazillen. „Jahrbuch für Kinderheilkunde“, 1903, Bd. 57; Glatzel, Ein bemerkenswerter Fall von Influenza-Meningitis. „Berliner klin. Wochenschr.“, 1901; Frucker, Über einen Fall von durch Influenzabazillen erzeugter Meningitis. „Prager med. Wochenschr.“, 1901. — [7]) Nauwerck, Influenza und Enzephalitis. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1895, Nr. 25. — [8]) Th. Hitzig, Influenzabazillen beim Lungenabszeß. „Münchener med. Wochenschrift“, 1895. — [9]) Reyher, Lungengangrän nach Influenza. „Münchener med. Wochenschr.“, 1895, 9 u. 10; A. Fränkel, Über einige Komplikationen und Ausgänge der Influenza. „Berliner klin. Wochenschr.“, 1897, 15, 16; Karewski, Zwei Fälle von Lungengangrän nach Influenza. Sitzungsberichte des Berliner Vereines für innere Medizin, 30. Oktober 1899; P. Fürbringer, Über Influenza. „Deutsche Klinik“, 1901 (Pneumonien, Pleuritiden, Lungengangrän eingehendst behandelt). — [10]) Leichtenstern a. a. Orte; Schott siehe später, Deutscher Heeresbericht, 1898—1899. — [11]) Heyrowsky, Influenza als Erreger der Cholezystitis. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1904, 23. — [12]) Schultes, Über Influenza, Appendizitis und deren Beziehungen zueinander. „Deutsche med. Wochenschrift“, 1903; Floirand, Sur la nature et le traitement de l'appendicite. „Semaine médicale“, 1897. — [13]) Drasche, Über Darminfluenza. „Wiener med. Wochenschr.“, 1900, Nr. 11. — [14]) E. Leyden, „Berliner klin. Wochenschrift“, 1890, 10; Mosler, „Deutsche med. Wochenschr.“, 1898, 16, 29; H. Pélon, Urémie fébrile d'origine grippale chez une cardiaque. „Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.“, 1898; Rockford, Acute Influenza Nephritis in childhood. „New York medical news“, 1900, March 15; M. Carière, Apropos etc. „Gaz. hebdom.“, 1899, 52. — [15]) A. Breton, Cystite hémorrhagique grippale. „Gaz. des hôpitaux“, 1902, Nr. 54. Vergleiche auch Paltauf, Studie über Influenza. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1899. — [16]) Isidori, Una rara complicanza dell'Influenza. „Gazetta degli ospedali“, 1902, Nr. 24. — [17]) Ruhemann, Die chirurgischen Komplikationen der Influenza. Sammelreferat im „Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie“. — [18]) Albrecht und Ghon, Ein Beitrag zur Kenntnis der Morphologie und Pathologie des Influenzabazillus. „Zeitschr. f. Heilkunde“, 1901, 22; Slawyk, Ein Fall von Allgemeininfektion mit Influenzabazillen. „Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten“, Bd. 32; Sanitätsbericht für die königlich preußische Armee etc. (1900—1901). 4 Fälle von Pyämie, zweimal mit Staphylokokken, Streptokokken und Pneumokokken vergesellschaftet, zweimal der Influenzabazillus allein. — [19]) E. Jakobson, Essai sur l'action pathogène du bazille du Pfeiffer chez les animaux. Ref. im „Zentralblatt für innere Medizin“, 1903; M. Neisser, Über die Symbiose des Influenzabazillus. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1903, 26. — [20]) L. Jehle, Über die Rolle der Influenza als Mischinfektion bei den exanthematischen Erkrankungen und das Vorkommen der Influenzabazillen im Blute. „Zeitschrift für Heilkunde“, 1901, Bd. 32; Julius Süsswein, Die Influenza bei Masern. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1901, Nr. 47; Karl Liebscher, Über Influenzabazillenbefunde bei Masern- und Scharlacherkrankungen. „Prager med. Wochenschrift“, 1903. — [21]) Leiner, Über Influenza als Mischinfektion bei Diphtherie. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1901. — [22]) Ortner, Die Influenza seit der letzten Pandemie. „Deutsche Klinik“, 1902; Anders, Typhoid fever as a complication and a sequel of Influenza (zit. nach Virchows Jahresbericht, 1896); E. Stolkind, Beitrag zur Kasuistik der gleichzeitigen Erkrankungen an Influenza und Abdominaltyphus. „Zentralblatt für innere Medizin“, 1903. — [23]) Kretz, Influenzabeobachtungen im Jahre 1897. Sonderabdruck aus dem Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, 1898, 4, 2. — [24]) Finkler, Infektion der Lunge durch Influenzabazillen und Streptokokken. Bonn 1895, Friedrich Kohn; ferner Ortner l. c. — [25]) Surmont, Endocardite grippale. „Gaz. des hôpitaux“, 1890, 72. — [26]) Antonio Naldoni, Un caso di vizio organico del cuore, quale successione morbosa della Influenza. Sperimentale, 1890, 66. — [27]) Oulmont et

Barbier, L'endocardite infectieuse à streptocoques probablement d'origine grippale. „Médecine moderne", Juli 1891. — [28]) Kelsch et Anthony, La grippe dans l'armée française en 1889—1890. „Archiv de médecine et de pharmacie militaires", 1891, 18. — [29]) Aufrecht, Einige Notizen zur Influenzafrage. „Deutsche med. Wochenschr.", 1890. — [30]) Chr. Fiessinger, L'endocardite infectieuse dans la grippe. „Gazette de Paris", 1891, 62; Derselbe: Sur l'aortite aigue d'origine grippale, ebendaselbst, 1892, 63. — [31]) Burney Yeo, Cardiac asthenia following influenza. „Lancet", April 1892. — [32]) J. L. Heffron, Some effects of influenza on the heart. „Medical News", Juni 1895. — [33]) Artur Ward, Influenza toxaemia of 1895 with special reference to its cardiac manifestations and pulmonary complications. „Lancet", May 1895, 11. — [34]) Ernst Sansom, A review of cases etc. „Med. chir. Transactions Royal Med. a. chir. Society of London", 1894. — [35]) Pawinski, Herzstörungen bei Influenza. „Berliner klin. Wochenschr.", 1891. — [36]) Schott, Influenza und chronische Herzkrankheiten. „Berliner klin. Wochenschr.", 1900, Nr. 21—23. — [37]) Siehe auch Federn, Über Influenza. „Wiener med. Wochenschr.", 1901, Nr. 24. — [38]) Jehle, Zwei Fälle von Influenzaendokarditis. „Wiener klin. Wochenschr.", 1899, Nr. 51. — [39]) Mabel Austin, Endokarditis, hervorgerufen durch einen sehr kleinen Organismus, wahrscheinlich den Influenzabazillus. Festschrift, Baltimore 1901. Referiert im „Zentralblatt für innere Medizin", Jahrg. 1901. — [40]) F. Schlagenhaufer, Ein Fall von Influenza-Endokarditis der Aortaklappen und des offenen Ductus Botalli. „Prager Zeitschr. f. Heilkunde", 1901, Heft 1; ferner Paltauf, Beobachtungen bei Influenzasektionen. „Wiener klin. Wochenschrift", 1899; J. Ruhemann, Neuere Beobachtungen über Influenza. „Berliner Klinik", 1900; außerdem: Sanitätsberichte der österreichischen, königlich preußischen und königlich bayerischen, englischen und französischen Armee seit 1889—1890 sowie Marinebericht vom selben Zeitraum; ferner Düms, Handbuch der Militärkrankheiten, 1896.

Referate.

A. Dührssen (Berlin): **Die Behandlung der Katarrhe der weiblichen Genitalorgane.**

Es ist zunächst festzustellen, ob der Ausfluß nicht etwa durch eine Neubildung der Scheide, der Portio oder des Uteruskörpers bedingt ist, und ferner, wenn eine solche nicht vorhanden ist, ob der Ausfluß durch einen Scheiden-, Uterus- oder, was nur sehr selten in Betracht kommt, durch einen Tubenkatarrh erzeugt wird. Sehr leicht zu erkennen sind die akuten Scheidenkatarrhe, bei welchen ätzender eitriger Ausfluß besteht, die kleinen Labien und die Scheidenschleimhaut lebhaft gerötet und geschwollen sind, die Einführung des Fingers sehr schmerzhaft ist und leicht kleine Blutungen erzeugt. Die häufigste Ursache dieser Form ist die Gonorrhöe, deren Diagnose auch ohne mikroskopische Untersuchung gesichert ist, wenn sich auch aus der Urethra und eventuell noch aus den Bartholinischen Drüsen eitriges Sekret drücken läßt. Therapie: Verbot der Kohabitation, Argentum-Präparate. Dieselben werden von der Vagina und auch der weiblichen Urethra in viel stärkerer Konzentration vertragen als von der männlichen Urethra. Verf. ist besonders eingenommen von der ambulanten Behandlung mit einer 3—5%igen wässerigen Ichtharganlösung, welche in zirka 8 Tagen in schmerzloser Weise eine akute gonorrhoische Kolpitis beseitigt: Man spült zunächst die Vagina mit einer 1%igen Lysoformlösung aus und führt dann einen möglichst kleinen Röhrenspiegel ein, mittelst dessen man ein bis zwei mit der genannten Lösung getränkte Wattetampons oder einen Gazestreifen in die Vagina einbringt. Nach 24 Stunden werden diese Einlagen durch neue ersetzt. Zeigt sich am dritten Tag, daß die Epitheldecke in größeren Fetzen abgestoßen ist, so kann man mit der Behandlung 1—2 Tage pausieren. Gleichzeitig wird die Urethritis durch Injektion derselben Lösung in die Urethra behandelt, wozu man sich vorteilhaft der Fritschschen Kanüle und einer Pravazschen Spritze bedient. Bei Kindern spritzt man mit diesem Instrument die Vagina aus. Die Behandlung der nichtgonorrhoischen Kolpitis besteht in der Beseitigung der Ursachen, z. B. eines Fremdkörpers (Pessar, vergessener Tampon), eines Dammrisses, welcher das Eindringen des Bacterium coli ermöglicht, einer Blasenscheidenfistel etc. Eine nicht gonorrhoische Kolpitis ist auch die Colpitis senilis. Der brennende eitrige Ausfluß dieser Form wird am schnellsten durch Eingießungen von rohem Holzessig in die Scheide, zwei bis dreimal wöchentlich, beseitigt. Der Rest des Mittels wird mittelst einer Lysoformlösung weggespült. Auch die akute Form des Uteruskatarrhs wird meistens durch Gonorrhöe erzeugt. Die Behandlung besteht in Bettruhe, Entleerung des Darmes, Eisblase. Nachdem die ersten stürmischen Erscheinungen zurückgegangen sind, kann die lokale Behandlung des restierenden chronischen Zervixkatarrhs erfolgen („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 48). In der Behandlung des chronischen Zervixkatarrhs bevorzugt Verf. die Einführung der verschiedenen Ätzmittel in den Zervikalkanal mittelst einer dünn mit Watte umwickelten Playfairschen Sonde. Sind neben dem Korpuskatarrh Meno- oder Metrorrhagien vorhanden, so ist der Ätzbehandlung im allgemeinen stets eine Auskratzung vorauszuschicken, da sie nicht nur sicherer hilft, sondern auch das Material für eine mikroskopische Untersuchung liefert, welche uns über das eventuelle Vorhandensein einer malignen Neubildung aufklärt. Bei der Auskratzung ist auch der Zervikalkanal für sich zu kurettieren, damit man nicht ein etwa vorhandenes Karzinom der Zervikalschleimhaut übersieht. Nicht alle Uteruskatarrhe beruhen auf gonorrhoischer, septischer oder der seltenen tuberkulösen Infektion, die eine Endometritis erzeugte, sondern sie können auch durch einfache Hyperplasien der Uterusschleimhaut bedingt sein. Solche Hyperplasien entstehen durch Zirkulationsstörungen, Lageveränderungen des Uterus, nervöse Einflüsse, bei Vorhandensein von Myomen, reflektorisch bei Oophoritis chronica als Endometritis hyperplastica (Bennecke). Dieser Ätiologie entsprechend, erzielt in diesen Fällen eine nicht direkt auf die Veränderung der Uterusschleimhaut gerichtete Behandlung vielfach gute Erfolge, falls es durch sie gelingt, allgemeine oder lokale Zirkulationsstörungen zu beheben. Von Tubenkatarrh kann man nur sprechen, wenn bei Hydrosalpinx der Tubeninhalt sich nach dem Uterus hin entleert. Die Diagnose ist zu stellen, wenn man Tubenanschwellungen fühlt und anfallsweise eine große Menge wässeriger Flüssigkeit nach außen entleert wird. Eine lokale Behandlung der Uterusschleimhaut ist in diesen Fällen nutzlos — eine Beseitigung dieses Hydrops tubae profluens kann nur durch die Exstirpation der erkrankten Tuben erfolgen, welche meistens mittelst der vaginalen Zöliotomie ausgeführt werden kann. L.

Bjelogolowy (St. Petersburg): **Über Neigung zu Jodismus und über die Jodstärkereaktion des Mageninhaltes bei Hyperazidität.**

Das Ergebnis seiner Ausführungen faßt Bjelogolowy in folgende Schlußsätze zusammen („Archiv für Verdauungskrankheiten", Bd. 10, H. 3). Der Jodismus ist eine zusammengesetzte Erscheinung, die mehr als eine Ursache hat und in der Mehrzahl der Fälle nichts anderes als eine Jodintoxikation vorstellt. Unter den Entstehungsbedingungen des Jodismus spielen eine nicht geringe Rolle die im Mageninhalt gewisser Kranken vorhandenen salpetrigsauren Salze (Nitrite), welche eine Spaltung der Jodpräparate unter Austritt von freiem Jod bewirken. Das Jod in statu nascendi ist offenbar die Quelle der Nebenwirkungen der Jodpräparate. Die Menge der Nitrite im Mageninhalt ist bei abnormen Sekretionsverhältnissen verschieden; von ihrer Menge hängt die Ausdehnung der Jodabspaltung ab und dementsprechend auch der Grad der Empfindlichkeit gegen Jodpräparate. Die Abspaltung von Jod unter dem Einfluß von Nitriten erfordert ein saures Medium, weswegen diese Erscheinung bei abnorm erhöhter Azidität des Mageninhalts gefunden wird. Zwischen dem Aziditätsgrad und der Intensität der Jodausscheidung im Magen existiert kein Parallelismus; die saure Reaktion ist nur eine Bedingung, aber nicht die Ursache für die Zerlegung der Jodpräparate. Das Vorhandensein von Nitriten im Mageninhalt ist offenbar nur Individuen von Hyperazidität eigen; diese Erscheinung ist wahrscheinlich bedingt durch eine mangelhafte Einwirkung des Magensafts auf den verschluckten Speichel. Das Freiwerden des Jods und das Vorhandensein von Nitriten im Mageninhalt bilden keine zufällige, sondern eine konstante Erscheinung bei den Kranken, bei denen sie gefunden werden, denn sie werden bei wiederholten Untersuchungen mit nur unbedeutenden Schwankungen immer wieder gefunden. Die Bedeutung dieser Schwankungen bedarf noch der näheren Erforschung. Die empirische Prophylaxe des Jodismus erscheint vollkommen begreiflich durch die Tatsache, daß freies Jod aus den KJ abgespalten wird. Vielleicht werden in Zukunft noch wirksamere Maßnahmen zur Verhütung des Jodismus bei jodempfindlichen Individuen ausfindig gemacht werden, wenn unter den Ursachen desselben gewissen Eigenschaften des Mageninhalts bei abnormen Sekretionsverhältnissen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden wird. Br.

P. MORAWITZ (Tübingen): **Zur Kenntnis der multiplen Sklerose.**

Aus den Untersuchungen des Verf. folgt: Die multiple Sklerose ist bei der ländlichen Bevölkerung die häufigste organische Erkrankung des Zerebrospinalsystems („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 82, H. 1 u. 2). Die klassische Form der multiplen Sklerose im Sinne CHARCOTS ist selten (12% der Zusammenstellung). Am seltensten fand MORAWITZ die skandierende Sprache (12%), häufiger, in etwa der Hälfte der Fälle, Nystagmus und Intentionstremor. Die Differentialdiagnose der multiplen Sklerose gegenüber der Hysterie wird erleichtert durch die Kenntnis der Häufigkeit der Augen- und Sensibilitätsstörungen, des Verhaltens der Hautreflexe und der Blasenbeschwerden bei der multiplen Sklerose. B.

NADLER (Konstanz): **Myositis ossificans traumatica mit spontanem Zurückgang der Muskelverknöcherungen.**

Verf. teilt zwei sehr interessante Fälle von Myositis traumatica mit, welche beweisen, daß die Krankheit auch ohne operative Behandlung in Heilung ausgehen kann („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 74, H. 5 u. 6). Im ersten Fall handelte es sich um ausgedehnte Knochenbildung im Musculus biceps und triceps mit einer fast vollständigen Ankylose des Ellbogengelenkes. Da Patient auf eine Operation nicht einging, mußte man sich mit Bädern, Massage und Übungen begnügen. Als Patient dann seinen Beruf wieder aufnahm, gelang es ihm mit der Zeit, seine ganze frühere Arbeitskraft zu erlangen. Die Röntgenphotographie, die $3^1/_2$ Jahre nach der Verletzung angefertigt wurde, zeigte im Vergleiche mit der ersten, daß die Knochenneubildungen fast vollständig verschwunden waren. In einem zweiten Falle konnte das Röntgenbild ein Jahr nach der Verletzung eine merkliche Abnahme des Knochenschattens im Musculus biceps und brachialis intern. bestätigen. Dementsprechend war auch die Funktion eine auffallend bessere. ERDHEIM.

J. C. M. GIVEN (London): **Ein Fall von Hyoszinvergiftung.**

Ein 69jähriger Pat. GIVENS nahm infolge eines Versehens 0·005 *g* Hyoscinum hydrobromatum („The Lancet", 1904, Vol. I, Nr. 1). Er klagte über ein Gefühl starker Trockenheit im Halse und verfiel bald in tief komatösen Schlaf. Das Gesicht war stark cyanotisch, die Atmung schwer, Pulsfrequenz 80, Pulsqualität stets gleichmäßig, die Pupillen waren erweitert, auf beiden Seiten gleich groß. Konjunktivalreflex kaum auslösbar. Injektionen von Strychnin, Morphium und Koffein sowie Magenauswaschungen brachten nach 11stündigem Bemühen zweier Ärzte gesicherte Besserung. Das Versehen war in der Apotheke verschuldet worden, indem der Apotheker das alte, hier noch gebräuchliche Apothekergewicht mit dem Dezimalgewicht, dessen allgemeine Einführung ähnliches verhüten würde, verwechselte. Nach Prof. DIXON MANN sind Hyoszinvergiftungen recht selten. Die Wirkung des Präparates selbst ist wechselnd, da seine Reinheit je nach der Art der Fabrikation sehr schwankt. J. ST.

G. BAERMANN (Breslau): **Über hyperkeratotische Exantheme bei schweren gonorrhoischen Infektionen.**

Diese ziemlich seltene Begleiterscheinung der Gonorrhöe tritt nur in jenen schweren Fällen auf, die, mit Metastasenbildung in den Gelenken und lang andauernden Fiebertemperaturen verlaufend, unter schwerer Einwirkung auf den Allgemeinzustand den Kranken in seinem Ernährungszustande erheblich herabsetzen. An solchen herabgekommenen, ja kachektischen Individuen bilden sich in außerordentlich kurzer Zeit an der Haut schwere Veränderungen in ausgedehntestem Maße aus. Ganz zweckmäßig unterscheidet der Autor („Archiv f. Dermat. u. Syph.", 69, 3) zwei Haupttypen, die allerdings alle möglichen Übergänge aufweisen können, eine bloß auf Hände und Füße beschränkte und eine über die ganze Körperdecke disseminierte Form. Das Substrat für die Schilderung bilden zwei eigene Beobachtungen sowie die von anderen Autoren bereits beschriebenen Fälle. Die lokalisierte Form weist neben diffuser Verdickung von Flachhand und Fußsohlen an denselben zahlreiche kegel- und knopfförmige, isolierte oder konfluierende, oft auch vielfach zerklüftete, hornartige Prominenzen auf, während Nägel, gewucherter Nagelfalz sowie die Basis eine einzige Hornmasse darstellen, die sich häufig lockert und in toto abstößt oder abheben läßt. Da sich die Affektion gerade an der von der Gelenkerkrankung befallenen Extremität findet, deren Muskulatur häufig auch schwer atrophische Veränderungen zeigt, so kann es zuweilen zu einer ausgesprochenen Halbseitigkeit der Affektion kommen. Bei der disseminierten Form zeigt die Körperdecke auf reaktionsloser Umgebung aufsitzende, linsen- bis markstückgroße, psoriasisähnliche, aber fettige Schuppenherde von großer Mächtigkeit, oft zu kegelförmigen und geschichteten Gebilden herangewachsen, mit firnisähnlichem Glanz, mit der Unterlage fest verbunden. Hebt man eine solche Effloreszenz doch ab, so zeigt sich die Basis rot, papillär gewuchert, trocken oder feucht. An der Glans penis tritt oft eine zirzinäre Balanitis auf. Schleimhäute bleiben frei. Mit dem Schwinden des Fiebers und Hebung der Ernährung gehen auch die geschilderten Hautveränderungen prompt zurück. Wenn auch dem Autor über den Zusammenhang des geschilderten Krankheitsbildes mit der gonorrhoischen Allgemeininfektion keine Zweifel kommen (Gonokokken wurden allerdings nie in den Effloreszenzen gefunden), so läßt sich doch eigentlich Bestimmtes hierüber nicht sagen; französische Autoren supponieren Trophoneurose als Effekt toxischer Einwirkungen auf Nervenendungen oder Ganglienkomplexe. Die Abgrenzung gegen Lues (Fehlen jeder Infiltration und jedes Gewebszerfalls) und Psoriasis (Fehlen der Blutpunkte und entzündlichen Erscheinungen) fällt nicht schwer. DEUTSCH.

MAYO ROBSON (London): **Ulcus pepticum des Jejunum.**

Bei einem 44jährigen Kranken wurde wegen eines Geschwürs am Pylorus eine Gastroenterostomie gemacht („Ann. of Surgery", August 1904). Die Anastomose wurde zwischen der vorderen Wand des Magens und der ersten Schlinge des Jejunum angelegt. Zwei Jahre lang befand der Pat. sich vollkommen wohl, dann aber bekam er heftige krampfartige Schmerzen im Epigastrium. Ein auffallender Zusammenhang derselben mit der Nahrungsaufnahme bestand nicht. Es bestand kein Erbrechen. Die Stühle enthielten oft schwarzes Blut. Die Regio epigastrica war sehr druckempfindlich und in der letzten Zeit trat daselbst ein Tumor auf, den man durch eine Perigastritis zu erklären suchte. Man entschloß sich, den Bauch zu öffnen. Am Ursprung der Anastomose zeigten sich starke Verwachsungen. Die Darmschlinge wies ein perforiertes Ulkus auf, das aber infolge der Verwachsungen den Darminhalt gegen die Vorderwand des Magens entleerte. Nach Loslösung der Jejunumschlinge zeigte sich in der vorderen Magenwand ebenfalls eine Perforation, durch welche man mit dem Finger bequem in den Magen gelangte. Dieser war unversehrt, doch bestand eine fast komplette Verschließung des Pylorus infolge der Narben nach dem alten Ulkus. Nun wurde das Darmstück, welches die Perforation aufwies, reseziert und eine neue Anastomose angelegt. Verf. hat unter 36 Anastomosen des Darms mit der vorderen Magenwand und unter 136 Anastomosen mit der hinteren Magenwand bisher niemals eine derartige Komplikation gesehen. Die von anderer Seite bisher mitgeteilten Fälle bezogen sich stets auf vordere Anastomosen. M. sieht die Ursache der Ulzeration in einer bukkalen Infektion, zu deren Verhütung eine sorgfältige Medikation und Diät durch längere Zeit bei den Operierten anzuwenden ist. J. ST.

KAMPHERSTEIN (Berlin): **Beitrag zur Pathologie und Pathogenese der Stauungspapille.**

Unter 51 Fällen von Stauungspapille wurde 32mal eine Erweiterung des Sehnervenscheidenraumes angetroffen. Entzündungserscheinungen in den Sehnervenscheidenräumen fanden sich in 38 Fällen, Entzündungserscheinungen im Sehnervenstamm in 28 Fällen. In 27 Fällen zeigten sich entzündliche Erscheinungen in der Papille; in 33 Fällen bestand Vorbuckelung der Lamina cribrosa („Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde", Juni 1904). In den zahlreichsten Fällen ist die Stauungspapille nicht anders zu erklären, als durch ein fortgeleitetes Ödem vom Gehirn aus. Das Ödem dringt vom

Gehirn in den Opticus, durch die Lamina cribrosa in die Papille und ruft hier als eine Art Inkarzerationserscheinung des intraokulären Sehnervenendes in dem starren Skleralring und der nur wenig nachgiebigen skleralen Lamina cribrosa eine Schwellung hervor.

BONDI.

Kleine Mitteilungen.

— Über die **Operationsmethoden zur Eröffnung der Highmorshöhle** berichtet WOSKRESSENSKY („Russ. Arch. f. Chir.", 1904, Nr. 5). Er empfiehlt, alle Zähne, die unter der Highmorshöhle liegen, zu extrahieren, weiterhin den porösen Knochen zwischen den Alveolarrändern mit Plan- und Hohlmeißeln zu entfernen und in dieser Weise einen freien Zugang zur Highmorshöhle in einer Ausdehnung von 4 *cm* Länge und 1 *cm* Breite zu verschaffen. Wenn die Breite des Alveolarfortsatzes kleiner ist, so soll man sich nicht scheuen, die äußere Wand desselben und die unteren Partien der Gesichtsfläche des Oberkiefers zu entfernen. Dadurch werden die verstecktesten Teile der Highmorshöhle den chirurgischen Instrumenten zugänglich und der Abfluß aus derselben bei jeder Kopflage vollkommen frei. Das Trauma ist zwar größer als bei den andern Methoden, doch ist das nach WOSKRESSENSKY nicht wesentlich (?). Die Möglichkeit des Eindringens von infektiösen Stoffen aus der Mundhöhle ist gleichfalls nicht zu leugnen, aber das ist bei dem bequemen Abflusse von keiner ernstlichen Bedeutung. Einen weiteren Vorteil seiner Methode sieht Verf. darin, daß bei der breiten Eröffnung des Bodens der Höhle der nachteilige Einfluß der in ihr vorhandenen Scheidewände, welche die Höhle zuweilen in zwei abgeschlossene Räume verwandeln, nicht zur Geltung kommen kann.

— Dem **Euchinin** rühmt A. KRAMER („St. Petersburger med. Wochenschrift", 1904, Nr. 28) die fast absolute Geschmacklosigkeit, das Fortfallen der unerwünschten Chininwirkungen wie Chininrausch, Ohrensausen, Magenbeschwerden, die prompte Temperaturherabsetzung, Anregung des Appetits, absolute Gefahrlosigkeit nach. Man gibt davon im 1. Jahre 0·06 3—4mal, im 2. Jahre 0·2, im 3. Jahre 0·4, im 4. Jahre 0·5, im 5. Jahre 0·6, im 6.—7. Jahre 0·7, im 8. Jahre 0·8, im 9.—10. Jahre 1·0.

— In der **Diabetestherapie** tritt DE RENZI („Berliner klin. Wochenschr.", 1904, Nr. 46) für die Darreichung großer Gaben von Natrium bicarbonicum ein. Da der Diabetes in die Gruppe jener Stoffwechselstörungen zu zählen ist, welche auf einer Hemmung der Oxydationsfähigkeit des Protoplasma beruhen, so spielt natürlich die Menge und Art der Ernährung eine Hauptrolle. Im allgemeinen muß auch die diabetische Kost unter das Mittelmaß verringert werden. Dabei sind dem Kranken bestimmte Vorschriften über die einzuführende Kalorienzahl zu geben. Verfasser schätzt außerordentlich die vorwiegende Ernährung mit grünen Gemüsen, da die vorwiegende Fleischkost durch die Begünstigung der Azidose schadet. Gegen die in den Gemüsen und Früchten enthaltenen Kohlehydrate sind die Diabetiker viel toleranter als gegen die übrigen. Sehr zweckmäßig sind auch hie und da eingeschaltete Gemüsetage. Die Gemüsekur ist nicht nur als symptomatische, sondern als eine Radikalkur anzusehen.

— Die **Wirkung der Bitterwässer**, namentlich der „Apentaquelle", bespricht SILBERSTEIN („Allg. med. Zentralzeitung", 1904, Nr. 45). Dieselbe ist im allgemeinen eine vollkommen entsprechende bei chronischer Obstipation, Hämorrhoiden, Leberstauungen, Obesitas und Metallvergiftungen. Die Dosierung richtet sich je nach der Wirkung, die man erreichen will. Will man eine einmalige, starke Wirkung, so gibt man bis 1/4 Liter, sonst bei längeren Kuren 100—150 *g* auf nüchternen Magen. Die Wirkung tritt ziemlich rasch, nach 1/2—2 Stunden, unter lebhafter Peristaltik, ohne Schmerzen ein. Bei längerer Verwendung bekommen die Stühle eine schmutzig-grünes Aussehen von ausgeschiedenem Schwefeleisen. Tenesmus wird nie beobachtet. Andrerseits tritt aber auch keine Gewöhnung an das Wasser ein, so daß man nie genötigt ist, die Dosis zu erhöhen. Das Einnehmen des Wassers stößt kaum auf Schwierigkeiten, da der an sich widerliche Geschmack des Bittersalzes durch den verhältnismäßig reichlichen Gehalt an Kohlensäure stark verdeckt wird. Daß eine Veränderung des Wassers (Entweichen der absorbierten Gase, Reduktion der Sulfate) trotz längerer Aufbewahrung nicht eintritt, ist hauptsächlich der rationellen Füllungsmethode mittelst Luftverdrängungsapparaten (OELHOFER) zu danken.

— Über die Anwendung der Morphiuminjektionen bei Urämie und die **Behandlung der chronischen terminalen Urämie** berichten HUCHARD und PISSINGER folgendes („Journ. d. Prat.", 1904, Nr. 22): Das Morphium kommt namentlich für die Behandlung der dyspnoischen Krisen in Betracht, nachdem alle anderen Mittel versagt haben. Zur Injektion werden 0·005 *g* Morphium oder 0·002 *g* Heroin. hydrochlor. verwendet, die Dosis im Bedarfsfalle nach einigen Stunden wiederholt; im allgemeinen ist das Heroin. hydrochlor. vorzuziehen. Man verschreibt:

Rp. Heroin. hydrochl. . . . . 0·02
Aq. dest. . . . . 10·0
D. S. Zur Injektion (je 1 cm^3).

Bei abnorm kleinem und beschleunigtem Puls empfiehlt sich gleichzeitige Anwendung von Kampferinjektionen oder direkter Ätherzusatz, z. B.:

Rp. Heroin. hydrochlor. . . . . 0·05
Aq. dest.
Spir. vini (90%) . . . . aa. 4·0
Aether. sulf. . . . . 2·0
S. 1/2 Spritze pro Injektion.

— Über die **Behandlung des Prolapses durch Ventrofixation und Perineoplastik** berichtet REID („Glasgow Med. Journ.", 1904, Nr. 30). Verf. empfiehlt, bei älteren Frauen, die nicht mehr gebären können, die Zervix zu amputieren und dann durch eine plastische Operation die Scheide zum größten Teile zu verschließen. Handelt es sich um einen stark vergrößerten Uterus, so würde er denselben durch Laparotomie an der wund gemachten vorderen Bauchwand fixieren. Bei jüngeren Frauen und normalem Uterus macht er eine Scheidenplastik von geringerer Ausdehnung und legt vor dem Aufstehen ein Hodgepessar ein. Ist der Prolaps nur gering, so suspendiert er den Uterus, indem er die wundgemachte Hinterfläche desselben mit dem Peritoneum vernäht. Bei sehr großem Uterus und gleichzeitiger Erkrankung der Anhänge entfernt er die gesamten inneren Genitalien durch Laparotomie.

— Die **Azidalbumine**, welche Eisen und Phosphor in organischer Bindung enthalten, stellen an die Verdauungskraft des Magens keine Ansprüche und gelangen im Darme vorzüglich zur Resorption; daher hält MARAMALDI („Giorn. intern. delle scienze med.", 1904, 26) die Fersan-Präparate für einen bedeutenden Fortschritt in der Therapie der Blutarmut und Verdauungsstörungen. Fersan vereinigt die Vorzüge der Nähr- und Eisenpräparate und ermöglicht dem Arzte die jeweilige erforderliche Dosierung, ohne die geringsten störenden Nebenwirkungen befürchten zu müssen. Bei Chlorose, Anämie, Appetitlosigkeit und in der Rekonvaleszenz gibt man am besten Fersanpulver, 2—3mal täglich je ein Kaffeelöffel mit Milch oder mit Mineralwässern. Bei Kindern haben sich Schokolade-Fersan-Kinderpastillen vorzüglich bewährt.

— Die **Behandlung des Erysipels** mit Kalium hypermanganicum bespricht MARZINOWSKY („Med. Obosr.", 1904, Nr. 5). Er empfiehlt folgende Behandlung des Erysipels: die betroffenen Körperstellen werden mit Kompressen bedeckt, die periodisch mit einer Kali hypermanganicum-Lösung (1 : 1000) angefeuchtet werden. Gewöhnlich beginnt schon am 2.—3. Tage die Temperatur zu sinken und die erysipelatöse Erkrankung zu schwinden; Die Schmerzen verschwinden fast sofort nach dem Auflegen der Kompresse. Nur in sehr schweren und seltenen Fällen zieht sich die Wiedergenesung in die Länge.

— Seine Erfahrungen mit **Stypticin bei Blutungen** publiziert THUMEN („Ärztl. Rundschau", 1904, Nr. 40). Er gebrauchte das Mittel als Substanz, dann in Gestalt von Tabletten mit einem Gehalt von 0·05 *g* Stypticin pro Stück und ferner als 30%ige Stypticinwatte und Gaze. Für den in der gynäkologischen Praxis hauptsächlich in Betracht kommenden inneren Gebrauch empfiehlt sich die Darreichung der verzuckerten Tabletten, die den bitteren Geschmack des Mittels nicht zur Geltung kommen lassen. Die blutstillende Wirkung kommt derjenigen der Ergotinpräparate gleich, es bedeutet indessen einen wesentlichen Vorzug, daß dieselbe auch bei Verwendung des Stypticin per os eintritt, während die Ergotinpräparate nur subkutan oder per Klysma befriedigend wirken. Die Patientinnen

nahmen bis zu acht Tabletten (0·4 g) am Tage, ohne irgendwelche Beschwerden zu fühlen. Die hämostyptische Wirkung bewährte sich auch bei einigen Puerperis. Vorzügliche Dienste leistet das Stypticin, bzw. dessen blutstillende und sedative Wirkung ferner bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe des Uterus, schließlich bei Fibromblutungen und bei entzündlichen Lageveränderungen des Uterus.

— Bei der **Behandlung der kompletten Uterusruptur** empfiehlt KÜSTNER („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 39) nicht nur in denjenigen Fällen, wo es zwecks exakter Blutstillung nötig ist, sondern überhaupt ausgiebige Laparotomie, sorgfältiges Aufsuchen aller Lachen von Blut, Mekonium, Fruchtwasser im Peritonealraum, besonders auch in den oberen verborgenen Partien des Peritonealraumes sorgfältiges Austupfen derselben. Ausspülen der Peritonealhöhle mit Soda-, Kochsalzlösung oder sterilem Wasser widerrät Verf. Sorgfältige Blutstillung durch Unterbindung im Bereich des Risses. Bei Blasenverletzung ist Blasennaht nötig. Der Uterusriß wird genäht; Uterusexstirpation nur ausnahmsweise gemacht. Wenn der Uterusriß hinten liegt und etwa in das hintere Scheidengewölbe penetriert, so kann man ihn eventuell offen lassen und dann nach der Scheide zu drainieren. In jedem Fall aber darf die Bauchhöhle nicht geschlossen, sondern muß nach oben zu offen behandelt werden; es muß die Rißstelle ausgiebig mit Jodoformgaze bedeckt und diese durch eine ausgiebig offen gelassene Stelle der Laparotomiewunde nach außen geleitet, also nach MIKULICZ tamponiert werden.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Geburtshilfe. Bearbeitet von **R. v. Braun-Fernwald**, Wien, **E. Bumm**, Halle, **J. Chagow**, Gradno etc. In drei Bänden herausgegeben von **F. v. Winckel** in München. Erster Band, zweite Hälfte. Mit zahlreichen Abbildungen im Text und auf Tafeln. Wiesbaden 1904, Verlag von J. F. Bergmann. Großoktav, pag. 659—1301.

Rascher, als zu erwarten stand, folgte der ersten Hälfte die zweite, so daß nun der erste Band vollendet vorliegt. Diese zweite Hälfte enthält die Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft und Geburt, deren Bearbeitung SKUTSCH in Leipzig, STRASSMANN in Berlin, v. HERFF in Basel, BUMM in Halle, SCHAEFFER in Heidelberg, SELLHEIM in Freiburg, SEITZ in München, STUMPF in München, SARWEG in Tübingen, MENGE in Leipzig, KLEIN in München sowie LINDFORS in Upsala übernahmen. Jeder der Mitarbeiter hat den ihm zugewiesenen Abschnitt zu einer Monographie gemacht, die an Gründlichkeit und Ausführlichkeit nichts zu wünschen übrig läßt und der ein möglichst vollständiges Literaturverzeichnis beigefügt ist. Dadurch erhält auch die zweite Hälfte des ersten Bandes den Wert eines Nachschlagewerkes ersten Ranges, das der Fachmann am besten zu würdigen weiß. Erhöht wird dieser Wert noch durch eine Reihe von Tafeln und dem Texte eingefügte Abbildungen, von denen keine etwa einem anderen Werke entnommen ist, alle sind Originale. Der Herausgeber kann befriedigt auf den nun beendeten ersten Band seines Handbuches blicken; letzteres wird eine Zierde der geburtshilflichen Literatur bilden. Einer speziellen Anempfehlung wird das Werk nicht bedürfen, da es sich, nach dem vorliegenden beendeten ersten Bande zu schließen, selbst in wirkungsvollster Weise empfehlen wird. Erwartungsvoll sehen wir dem hoffentlich baldigen Erscheinen der weiteren Bände entgegen. —r—.

Beiträge zur experimentellen Therapie. Herausgegeben von **Prof. Dr. E. v. Behring.** Heft 8. Tuberkuloseentstehung, Tuberkulosebekämpfung und Säuglingsernährung. Von E. v. BEHRING. Berlin 1904, Verlag von August Hirschwald.

In dem vorliegenden Buche tritt BEHRING mit voller Kraft für seine neuen Anschauungen über Tuberkuloseentstehung ein, einen Standpunkt, der aus seinen Vorträgen und Einzelpublikationen bekannt ist. Einen großen Teil der Ausführungen widmet er der Auseinandersetzung mit seinen Kritikern (FLÜGGE, BENDA, SCHÜTZ). Ein näheres Eingehen in die einzelnen Kapitel ist um so entbehrlicher, als dieselben zum Teil aus BEHRINGs Vorträgen bekannt sind, zum Teil — wie die polemischen — eine Rekapitulation der bekämpften gegnerischen Anschauungen erforderten. Die wichtigsten Stützen der BEHRINGschen Anschauungen, wie die infantile Darminfektion als Quelle der späteren Tuberkulose, und seine therapeutischen Folgerungen (Formalinmilch) stehen mitten in lebhafter Diskussion und scheinen bereits sehr ins Wanken zu kommen. NEURATH.

Feuilleton.

Die Hygiene auf der Straßenbahn.

Von **Dr. Emil Sorter.**

Wenn wir an die früheren Zeiten — es ist noch gar nicht so lange her — zurückdenken und uns an die alten, schmutzigen, überfüllten, abends finsteren Tramwaywagen erinnern und damit die Bequemlichkeiten vergleichen, die uns heute die Institution der städtischen Straßenbahnen bietet, so müssen wir wohl gerechterweise zugeben, daß der Vergleich entschieden zuungunsten der alten Tramwaywagen ausfällt. Es gibt zwar auch heute noch Unzufriedene genug, die an der Straßenbahn manches auszusetzen haben, denen das Fahrtintervall zu groß, das Überfüllungsverbot zu wenig strenge durchgeführt, vieles andere, den Verkehr betreffende verbesserungsfähig erscheint; doch das ist ein Ding für sich, mit dem ich mich heute nicht weiter beschäftigen will.

Was mir aber heute von meinem ärztlichen Standpunkte aus der Besprechung wert erscheint, ist — und dafür erbitte ich mir für kurze Zeit die Geduld und die Aufmerksamkeit der Leser — eine wohl zeitgemäße Zusammenfassung jener Punkte, die als hygienische Übelstände zweifellos einer Verbesserung oder gar Änderung dringend bedürftig sind. Mag diese Erörterung auch vielleicht manchem kleinlich dünken, ich hoffe ihn zu überzeugen, daß sie, von der hohen Warte der Sorge um das Gemeinwohl aus betrachtet, notwendig und nützlich ist.

Beginnen wir mit der Besprechung der Umstände, die mit der Bauart und der Einrichtung der Waggons als solcher verknüpft sind. Da ist vor allem die leidige Luftzugfrage. Es ist ja nicht zu bestreiten, daß es Leute gibt, die man am besten als Querulanten bezeichnet, die vor jedem Lufthauch Angst haben, die selbst im Hochsommer, wenn die Außenluft ganz unbewegt ist, und wenn von den übrigen Fahrgästen ein kühlender Luftzug als Abhilfe gegen die drückende Hitze ersehnt wird, darauf dringen, daß alle Fenster und Türen des Wagens geschlossen bleiben. Gegen solche Leute ist leider nichts zu machen; sie begründen ihren Abscheu vor dem Luftzug mit entweder wirklich vorhandenen oder eingebildeten rheumatischen Beschwerden und entwaffnen so jeden Widerspruch. Es ist aber einerseits nicht zu leugnen, daß auch sonst gesunde, geduldige Leute das Offenstehen der Wagentüre bei geöffneten Fenstern und die damit verbundene Einwirkung auf die Hautnerven als direkt unangenehm empfinden, und daß, zumal bei schlechten Witterungsverhältnissen, das Schließen der Türe strenger einzuhalten ist, als es manchmal geschieht. Andrerseits muß im Sommer eine ausreichendere Lüftung des Wagens stattfinden.

Speziell ist das notwendig in den Rauchcoupés. Die Luft in diesen ist eine fast durchwegs schlechte, für Atmungsorgane und Augen direkt schädliche. Da tut Abhilfe dringend not. Doch auch in den für Nichtraucher bestimmten Abteilen ist die Luft nicht einwandfrei. Noch gründlichere Entfernung des Straßenstaubes, dessen Eindringen der Natur der Sache nach ja unvermeidbar ist, gehört zu den wünschenswertesten Erfordernissen.

Das Ausspucken ist in den Straßenbahnwagen zwar, wie diesbezügliche Täfelchen besagen, verboten. Übertreten wird dieses Verbot jedoch unausgesetzt. Vom rein ästhetischen Standpunkte aus schon ist der Anblick des auf den Boden entleerten schleimig-eitrigen Sputums widerlich; kommt noch die Erwägung hinzu, daß etwa im Sputum suspendierte Tuberkelbazillen nach der Austrocknung des ersteren eine in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzende Infektionsquelle

darstellen, so wird mir wohl jeder Einsichtige beistimmen, wenn ich ein unnachsichtiges Eingreifen des doch ohnehin Amtspersoncharakter tragenden Kondukteurs fordere. Ich selbst habe es einige Male versucht, vorkommendenfalls so rücksichtslose Fahrgäste höflich auf das Spuckverbot aufmerksam zu machen, doch stets nur grobe Antworten erhalten. Folgen wir dem Beispiel, das uns einige Städte Amerikas bieten, und überliefern wir einmal einige Leute der polizeilichen, eventuell der gerichtlichen Intervention — die Übertretung des Spuckverbotes ließe sich leicht unter den § 431 St. G. B. (Übertretungen gegen die körperliche Sicherheit) subsumieren — und diese unsaubere und schädliche Unsitte wird bald ein Ende nehmen. Einen diesbezüglichen Antrag hat übrigens Hofrat Exner in der am 19. November d. J. stattgefundenen Sitzung des obersten Sanitätsrates eingebracht. Ihm ist bester Erfolg zu wünschen.

Um eine weitere Möglichkeit der Infektionsgefahr zu erwähnen, so sei an dieser Stelle auf die nicht genug zu rügende leichtfertige Unsitte hingewiesen, die darin besteht, daß immer noch Eltern mit ihren an akuten Infektionskrankheiten leidenden Kindern so oft die Straßenbahn zur Fahrt in die Spitäler benutzen. Ebenso strenge ist auf die Beachtung des Verbotes, Bündel mit schmutziger Wäsche und Kleidern in die Straßenbahn mitzunehmen, zu dringen.

Eine beklagenswerte Eigentümlichkeit ist der Lärm, den die Straßenbahn verursacht und der sicherlich im Vereine mit dem übrigen Wiener Straßenlärm in hervorragendem Maße dazu beiträgt, die Nervosität der Wiener zu steigern. Daß der durch die bisherige Verbindung der Schienenenden, die Schienenstöße, das Passieren der Wechsel bedingte Lärm unnötig ist, ist klar. Ebenso klar ist, daß dieser Übelstand von der modernen Technik leicht überwunden werden kann. Viel wichtiger und unerträglicher jedoch ist der durch das unsinnig viele Läuten der Motorführer geschaffene Lärm. Ist schon zur erhöhten Sicherheit der Fußgeher das Läuten unerläßlich, so kann ich wenigstens nicht begreifen, warum die Abfahrt jedes Wagens von der Haltestelle durch Glockensignale begleitet werden muß. Diese Signale sind meiner Meinung nach vollkommen entbehrlich. Den Insassen des Wagens ist es gleichgültig, ob der Wagen in diesem Moment abfährt, und die Fußgeher werden, wenn sie nicht in Sicherheit gewiegt sind, sorgsamer sein.

Ebenso überflüssig ist das zu plötzliche Bremsen. Wenn die dabei vorkommenden Karambolagen auch meist bloß leichterer Natur sind, so kommen doch auch häufig weniger harmlose Zwischenfälle, wie Verletzungen der stehenden oder zum Absteigen bereiten Fahrgäste, vor, wie nicht seltene Entschädigungsprozesse, die in die Öffentlichkeit dringen, beweisen.

Noch leichter zu vermeiden sind Schädigungen der Fahrgäste sowohl als auch des Personals durch den elektrischen Betriebsstrom, wie sie hie und da sich ereignen. Eine unausgesetzte, sorgsame Kontrolle auf Isolation, die ja gar keinen Schwierigkeiten begegnet, ist das hierzu geeignete Mittel zur Abhilfe.

Die Beleuchtung ist in den neuen Straßenbahnwagen ziemlich einwandfrei, wenngleich die Beiwagen auch hier einiges zu wünschen übrig lassen. Sehr störend jedoch wird die beim Passieren der stromlosen Wechsel auf den mit Unterleitung versehenen Strecken so häufig eintretende Unterbrechung der Beleuchtung empfunden, die auf der Ringstraße das Lesen in der Straßenbahn bedeutend erschwert.

Und nun gelange ich zu der Besprechung eines Mißstandes, der nicht genug verurteilt werden kann. Die Kondukteure haben noch immer die tadelnswerte Unsitte, die Fahrkarten, während sie eine solche anderer Kategorie dem Block entnehmen oder während sie ein Geldstück wechseln, in den Mund zu nehmen, um sie hierauf den Fahrgästen zu überreichen. Seitdem ich es einmal gesehen habe, daß ein Kondukteur, den ich tags vorher zwecks Behandlung seiner luetischen Papeln der Lippenschleimhaut in einem Ambulatorium für venerische Krankheiten beobachtete, ungeachtet dieser Krankheit die Fahrkarten zwischen die Lippen nahm, kann ich mich in einem ähnlichen Falle eines leichten Grauens nicht erwehren. Sollten die von der vorgesetzten Direktion den Bediensteten gegebenen diesbezüglichen Vorschriften keinen Erfolg haben, so würde ich es als einen selbstverständlichen Akt der unbedingt gebotenen Selbsthilfe den Fahrgästen nur dringend empfehlen, solche Fahrkarten mit ausdrücklicher Begründung strikte zurückzuweisen.

Hygienisch sehr wenig berücksichtigt sind die Motorführer Daß eine Verglasung der vorderen Wagenwand, wie ich sie z. B in München eingeführt sah, noch immer nicht besteht, ist unverständlich. Die Kosten der Einführung dürfen da doch nicht ins Gewicht fallen. Die Wind und Wetter und Staub ausgesetzten Motorführer verdienen gewiß diese Berücksichtigung. Ebenso tadelnswert und schädlich erscheint es mir, daß die Motorführer gezwungen sind, so viele Stunden lang fast ununterbrochen zu stehen. Man schaffe ihnen doch Sitzgelegenheiten. Bei geeigneter Höhe derselben und geringfügigen Adaptierungen der Glocke und Bremse kann der Betriebssicherheit kein Nachteil erwachsen, und der Entstehung von Plattfüßen mit ihren schmerzhaften Folgen wird so am leichtesten Einhalt getan werden. Auch die durchgängige Einführung von konvexen Rauchbrillen zur Vermeidung von Augenkrankheiten und Schädigungen durch den Schnee ist dringend anzuraten.

Viele Leser werden nun erwarten, daß ich bei meinem Thema doch auch über das Überfahrenwerden durch die Straßenbahn, über Schutzvorrichtungen und ähnliche Dinge reden sollte.

Doch da verweise ich nur auf den Titel meines Aufsatzes: Er lautet „Hygiene auf der Straßenbahn" und nicht — Hygiene unter der Straßenbahn.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XIII.

Abteilung für Kinderheilkunde.

Siegfried Weiss (Wien) berichtet über einen Fall von Barlowscher Krankheit bei einem $4^1/_2$ Monate alten, ausschließlich an der Mutterbrust ernährten Mädchen mit atypischer Lokalisation der subperiostalen Blutung.

In der engeren Heimat des Autors in Wien sind in den letzten 20 Jahren bloß 12 Fälle veröffentlicht worden. Der vorliegende Fall betraf ein Kind aus der Umgebung von Wien (Klosterneuburg), woselbst der Referent in Gemeinschaft mit dem dortigen Arzte ihn beobachtete. Das gut genährte Brustkind erkrankte im Verlaufe einer Dyspepsie mit der vorliegenden, in 3 Stunden entstandenen orangengroßen Geschwulst der rechten Wange. Die Annahme einer subperiostalen Mitbeteiligung an der Blutung stützt sich darauf, daß die Ausbreitung der Geschwulst sich strenge an die Grenzen des Oberkieferknochens hält, ähnlich wie beim Kephalhämatom. Die gesamte Muskulatur der Schläfe, der Wange, befand sich lateralwärts von dem Hauptanteile der Blutung. Ferner ließ die Vorwölbung der Wange in die Mundhöhle zwischen die Alveolarfortsätze der Kiefer auf einen Sitz medialwärts von der Fläche des M. buccinatorius schließen. Dazu kommt noch, daß im Verlaufe der Krankheit bald nach dem Entstehen der Blutgeschwulst am Übergange des harten zum weichen Gaumen eine Tiefenblutung aus der vermutlich gleichen Quelle, nämlich der seitlichen und hinteren Fläche des Oberkieferknochens (Tuberositas maxillae), sich einstellte. Das Blut dürfte entlang der Fissura spheno-palato-pterygoidea herabgetreten sein. Diese klinisch-chirurgische Diagnose wurde von Professor Hochenegg und Primarius v. Friedländer bestätigt. Die enorme Größe der Blutung läßt sich aus einer Zwerchsackbildung erklären, ähnlich wie eine Geschwulst, die mit schmaler Basis aufsitzt, geringe Beweglichkeit ihres entfernteren Anteiles zeigt. Auch die Resorptionsverhältnisse sprechen dafür, indem die dem Knochen dicht anliegenden und dem Drucke des darüber gespannten Periosts ausgesetzten Anteile der Blutung rascher zur Resorption als die in die Wange eingelagerte Blutmasse gelangen, welche sich noch durch lange Zeit in Form einer isolierten, zirka walnußgroßen Geschwulst erhielt. Der atypische Sitz kann damit erklärt werden, daß die im Oberkiefer hoch oben deponierten Zahnkeime als bekannte Lieblingsstellen Barlowscher Blutungen diese Lokalisation veranlassen. Außerdem wies das Kind tiefe Hautblutungen und Muskelblutungen unter der Faszie der Fußsohle auf. Der Endausgang war Spontanheilung. Diagnosen wie Noma, Osteosarkom, geplatztes Angiom, Osteomyelitis, leukämische oder septische Blutungen

waren von vorneherein auszuschließen. Von anderen hämorrhagischen Diathesen käme nur die Hämophilie in Betracht. Dagegen spricht das Fehlen jeglicher erblicher Anlage in der Aszendenz, das Fehlen von parenchymatösen und insbesondere traumatischen Blutungen, der negative Ausfall des Kneipversuches der Haut, ferner das Fehlen der Unstillbarkeit der Blutungen (Probepunktion) und schließlich das spontane Ausheilen ohne Nachschübe. Auch halten die hämophilen Blutungen sich vorwiegend an Haut, Schleimhäute, Parenchyme, eventuell Gelenke. Subperiostale sind in der Literatur nicht verzeichnet. Die Ätiologie des Falles ist unaufgeklärt. Der Fall ist von Brusternährten der zwanzigste. Das Interesse des Falles liegt in der Bereicherung der Symptomatologie und gibt Veranlassung zu folgenden Schlüssen:

1. Es gibt verschiedene Lokalisationen der Oberkieferknochenbeteiligung. Neben dem orbitalen Hämatom kann es auch ein Wangenhämatom geben, welches als ein dem Orbitalphänomen gleichwertiges Symptom angesehen werden kann.

2. Die Tieflagerung kleiner subperiostaler Blutungen an dieser Lokalisationsstelle kann, insbesonders wenn Schmerzen fehlen, die sonst die Aufmerksamkeit des Untersuchers darauf lenken, die Auffindung dieses Symptoms erschweren.

Schlossmann (Dresden) will den beschriebenen Fall nicht zur Barlowschen Krankheit rechnen. Dagegen spricht das Alter des Kindes, ferner daß es ein Brustkind ist. Es fehlt die Lokalisation des Prozesses in den langen Röhrenknochen. Blutungen, wie Weiss sie gesehen hat, sind gar nicht charakteristisch. Sie kommen am Kopf beim Barlow, sonst besonders in der Orbita vor. Ferner vermißt Schlossmann Bemerkungen über den Harn. Wenn es sich um einen Fall von Barlow handelte, dürfe eine Nierenentzündung kaum fehlen. Die Symptome des Falles sprechen durchaus nicht für Barlow, eher könnte man vielleicht an Lues denken.

Heubner (Berlin) hat einen analogen Fall beobachtet, der auf einem Angiom beruhte, und er glaubt, daß es sich hier auch um etwas derartiges handelt. Nach der Moulage erscheinen ihm die Blutungen nicht subperiostal zu sein.

Hochsinger (Wien) erinnert daran, daß Kavernome eruptiv entstehen können, und daß dieselben anfänglich nicht immer von Hämorrhagien zu unterscheiden sind. Es wäre also möglich, daß es sich um ein primäres geplatztes Angiom handelt, welchem mehrere kleine kutane und subkutane Kavernome gefolgt sind. Von diesen wissen wir, daß sie im Säuglingsalter rasch spontan zurückgehen könne.

Weiss gibt aus der Literatur Angaben, die zeigen sollen, daß Alter, Brusternährung etc. keine Faktoren sind, die gegen die Diagnose Barlow verwertet werden können. Fieber war nicht vorhanden. Der Urin konnte nicht untersucht werden. Er bleibt bei seiner Ansicht, daß es sich doch um einen Fall Barlowscher Krankheit gehandelt habe. Die Therapie war die für die Barlowsche Krankheit charakteristische und hatte auch einen vollen Erfolg.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 12. Januar 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Wilh. Schlesinger demonstriert anatomische Präparate zweier Fälle von Colica mucosa. Bei den Pat. gingen Schleimmassen per rectum mit und auch ohne Fäzes ab. Zeitweise stellten sich Anfälle von Darmkoliken ein, welche mit der Ausstoßung einer membran- oder strangartigen Schleimmasse endigten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß dieselben im ersteren Falle sehr reich an Rundzellen und Kernen waren, was für eine entzündliche Veränderung spricht; die nach Koliken ausgestoßenen Massen waren sehr arm an zelligen Elementen, die vorhandenen waren hauptsächlich Epithelzellen. Vortr. möchte die beiden Fälle als eine Mischform der Enteritis membranacea mit Colica mucosa ansprechen.

W. Zweig frägt um die Behandlung der beiden Fälle. Er hat nämlich beobachten können, daß nach Irrigationen mit Tannin, Arg. nitricum oder Alaun die sonst ungeformten Schleimmassen bei Kolitis in membranartigen Formen abgingen. Zweig spricht sich gegen die Annahme einer Mischform aus.

Art. Schiff möchte die Fälle des Vortr. ebenfalls nicht als Mischformen betrachten, weil dies zu therapeutisch unrichtigen Folgerungen führen könnte. Der Katarrh, für welchen die Entleerung der ungeformten Schleimmassen spricht, dürfte eine Folge der Obstipation sein, aber keine selbständige Erkrankung. Bei Fällen von Colica mucosa mit Obstipation hat sich die Verabreichung schlackenreicher Kost bewährt, außerdem kommen Einläufe zur Beseitigung der Schleimmassen und Narkotika zur Bekämpfung der Schmerzen in Betracht.

Wilh. Schlesinger erwidert, daß in seinen Fällen adstringierende Irrigationen nicht gemacht wurden. Die demonstrierten Schleimmassen wurden nicht bei Obstipation, sondern bei diarrhoischem Stuhl entleert. Wenn man die Begriffe Enteritis membranacea und Colica mucosa voneinander streng scheiden will, muß man die von ihm besprochenen Fälle als Mischformen beider ansehen. Schlackenreiche Diät hat sich bei seinen Fällen nicht bewährt.

Rud. Schmidt spricht sich für die Annahme von Mischformen aus, bei welchen die eine oder die andere Komponente stärker entwickelt sein kann; danach muß sich auch die Therapie richten. Für die nervöse Entstehung der Colica mucosa spricht der Umstand, daß er sie in einem Falle mit Supraorbitalneuralgie, in einem anderen mit Schmerzen in den unteren Extremitäten vergesellschaftet fand.

Karl Reitter stellt eine Frau mit doppelseitiger Zystenniere vor. Pat. bekam vor einem Jahre auch in der Ruhe andauernde Schmerzen in der rechten Bauchseite, wo sich eine mannskopfgroße Geschwulst entwickelte; ein gleicher, aber etwas kleinerer Tumor wurde auch links gefunden. Die Geschwülste sind höckerig und fluktuieren, die Untersuchung ergibt, daß sie den Nieren angehören. Der Zirkulationsapparat bietet keinen abnormen Befund, im Harne finden sich 1—1½‰ Eiweiß. Man müßte an eine entzündliche Veränderung der Niere in Kombination mit zystischer Entartung denken.

E. Neusser hat einen Fall von Zystenniere beobachtet, in welchem der Blutdruck nicht gesteigert und der Puls nicht gespannt war; selbst bei eingetretener Urämie blieb der Blutdruck niedrig; der Blutdruck in dem vorgestellten Falle spricht ebenfalls für eine reine Zystenniere.

J. Weinlechner hat in einem Falle von zystischem Tumor der rechten Niere durch Punktion festgestellt, daß es sich um einen Echinokokkus handelte. Der Fall ging nach Entleerung der Blasen und Injektion von Jodtinktur in Genesung aus. Weinlechner empfiehlt die Probepunktion der Geschwulst mit einem dünnen Troikart.

R. Kretz demonstriert anatomische Präparate von folgenden Fällen:

1. Thrombose der A. pulmonalis. Eine gravide Frau hatte Fieber mit Schüttelfrösten, welche auch nach der Entbindung anhielten. Einige Zeit vor dem Tode stellte sich ein lautes systolisches Geräusch über der Herzspitze, dann eine auffallend hohe Atemfrequenz ohne stärkere Cyanose ein, die Obduktion ergab Lungeninfarkte, Thrombosierung mehrerer Äste der A. pulmonalis, Endokarditis der Trikuspidalis mit weichen Exkreszenzen, fast vollständige Thrombosierung der A. pulmonalis, geringfügige Thrombophlebitis in den Uterusvenen. Von hier kam es zu Lungeninfarkten, welche zur Endokarditis führten, die wiederum zur Embolie und Thrombose in den Lungengefäßen Veranlassung gab.

2. Nierennekrose. Eine Frau abortierte 9 Wochen vor dem Tode. Nach der Exkochleation stellten sich Phlegmasia alba dolens der rechten unteren Extremität und ein leichter septischer Prozeß ein. Kurz vor dem Tode kam es zu Lungeninfarkten und zur Entwicklung einer schmerzhaften Geschwulst in der Gegend der rechten Niere. Bei der Obduktion fanden sich Blutkoagula in der Harnblase, dem rechten Ureter und Nierenbecken, die rechte Niere war hämorrhagisch infarziert, die Nierenvene bis in die Kava thrombosiert, ebenso der Plexus pampiniformis des Lig. latum. Letzterer Ort ist als der Ausgangspunkt der Erkrankung anzusehen.

3. Emphysem und Mitralstenose. Ein 55jähriger Potator erkrankte mehrere Jahre vor dem Tode an Gelenkrheumatismus und an Leberzirrhose. Über der Aorta war ein systolisches Geräusch, über der Mitralklappe ein gespaltener zweiter Ton zu hören. Die Obduktion ergab eine starke Hypertrophie des rechten Ventrikels, Mitralstenose, Atherom der Aorta und Lungenemphysem.

4. Angeborne Lungenanomalien. Ein 37jähriger Mann hatte Hustenanfälle mit starker Beklemmung und Cyanose, der Tod erfolgte an Lungenödem. Die Obduktion ergab eine kolossale Hypertrophie des rechten Ventrikels, großalveolären Bau der Lungen, Angewachsensein der Lungen an der Brustwand, im rechten Unterlappen drei mit einem Bronchus kommunizierende Höhlen.

H. Schlesinger gibt eine Ergänzung der Krankheitsgeschichte des Falles von Thrombose der Pulmonalis. Die Kranke hatte beträchtliche Dyspnoe; als das systolische Geräusch auftrat, wurde die Atmung langsam, tief und schnarchend und die Pulsfrequenz sank ebenfalls. Der Fall zeigt, daß die Lunge eine weitgehende Einschränkung des Blutzuflusses zu derselben verträgt, was schon durch Tierversuche erwiesen worden ist.

Notizen.

Wien, 14. Januar 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung erstattete zunächst Doz. Mandl eine vorläufige Mitteilung über die klinische Bedeutung der Milchsekretion bei bestehender Schwangerschaft. Angeregt durch die Beobachtung eines Falles, in welchem bei einer Graviden nach dem Absterben einer neunmonatlichen Frucht Milchsekretion eintrat, während die Geburt erst einige Tage später erfolgte, hat Mandl mit Professor Kreidl Tierversuche ausgeführt, bei welchen die Föten im Uterus abgetötet wurden. Die Experimente ergaben, daß das Absterben der



Frucht im Uterus das Auftreten von Milch in den Brustdrüsen zur Folge habe. Auch in drei Fällen von Extrauteringravidität kam es selbst in den Frühstadien der Gravidität nach dem Absterben des Fötus zu Milchsekretion. Die beobachtete Tatsache dürfte für das therapeutische Handeln, besonders bei Extrauteringravidität, von Bedeutung sein. In der Diskussion bemerkte Doz. HALBAN, daß die Milchsekretion nach dem Absterben der Frucht nicht immer eintrete und daß seine eigenen Beobachtungen eher auf einen Zusammenhang der Milchsekretion mit dem Aufhören der Funktion der Plazenta schließen lassen. Prof. KREIDL besprach ausführlich einige der ausgeführten Tierexperimente und bekämpfte die Anschauung des Vorredners über die Entstehung der Milchsekretion. — Hierauf hielt Hofrat NEUMANN den angekündigten Vortrag: „Über die an den altperuanischen, keramischen Tonfiguren und anthropomorphen Gefäßen dargestellten Hautveränderungen und Defekten mit besonderer Rücksicht auf das Alter der Syphilis und anderer Dermatosen in Amerika." Vortr. demonstrierte nach einer kurzen Besprechung der Geschichte der Syphilis und deren Provenienz, namentlich der Frage der präkolumbischen Existenz der Syphilis in Peru, zahlreiche Illustrationen von Gefäßen (aus dem Wiener Hofmuseum und den Museen von Berlin, Leipzig, Paris und London), an denen verschiedene Krankheitsprozesse mit großer Naturtreue dargestellt sind. Die meisten derselben zeigen die für Syphilis charakteristische Form der Zerstörung der Nase und Oberlippe, woraus der Schluß auf die Existenz der Syphilis in Peru schon in präkolumbischer Zeit gerechtfertigt ist. Eine Figur zeigt die typischen Hauttumoren des Fibroma molluscum. Zu dem interessanten, mit großem Beifalle aufgenommenen Vortrage bemerkte der Vorstand der ethnographischen Abteilung des Hofmuseums Reg.-Rat HEGER, daß die ethnographischen Sammlungen nicht nur eine unerschöpfliche Fundgrube für vergleichende Völkerkunde, sondern auch — wie dies NEUMANN soeben dargetan — ein hochinteressantes Material für den Arzt bieten. Dr. STEGMANN wies darauf hin, daß er auf den Vasen des La Plata-Museums keine für Syphilis zeugenden Veränderungen gefunden habe, während Hofrat NEUMANN bemerkte, daß die Form der Verstümmelungen auch an den zuletzt erwähnten Figuren für einen syphilitischen Prozeß spreche und den Veränderungen ähnlich sei, welche man noch jetzt bei der endemischen Syphilis finde.

(Universitätsnachrichten.) Hofrat Prof. Dr. W. FLEINER in Heidelberg ist als Ordinarius nach Greifswald berufen, Privatdozent Dr. KARL HOLZAPFEL in Kiel zum Professor ernannt worden. — Die Professoren Dr. v. BAUER und Dr. MAX GRUBER in München haben den Titel und Rang von Obermedizinalräten erhalten. — Den Professortitel haben erhalten: Der Direktor der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses in Stettin Dr. E. NEISSER, Dr. SUDHOFF in Hochdahl bei Düsseldorf, Dr. SCHÜCKING in Pyrmont und Generaloberarzt Dr. GEISSLER in Hannover. — Professor Dr. KOSSEL in Heidelberg ist von der Universität Cambridge zum Ehrendoktor ernannt worden. — Die vom Berliner Magistrate und dem Stadtverordnetenkollegium eingesetzte Kommission hat soeben ein Preisausschreiben für ein VIRCHOW-Denkmal erlassen.

(Personalien.) Der Professor der Geschichte der Medizin in Wien Dr. MAX NEUBURGER ist zum Ehrenmitgliede der königlichen Akademie der Wissenschaften und Kunst zu Modena ernannt worden. — Die Wiener dermatologische Gesellschaft hat den Sanitätsrat Dr. O. ROSENTHAL in Berlin zum korrespondierenden Mitgliede gewählt. — Der Primararzt i. R. Dr. JOHANN WIRTINGER feiert am 2. März d. J. sein 50jähriges Doktorjubiläum. — Der Kreisphysikus und Bahnarzt in Kremnitz Dr. ADOLF LANGFELDER hat das Ritterkreuz des Franz Josefs-Ordens erhalten.

(Die Zahl der Ärzte in Österreich) hat seit dem Vorjahre um 76 zugenommen, ein erfreulicher Abfall gegenüber früheren Jahren, erfreulich mit Rücksicht auf die Erwerbsschwierigkeiten des ärztlichen Standes. Auf die einzelnen Länder verteilt war die Zahl der Ärzte in Niederösterreich 3573 (3454 im Vorjahre), Oberösterreich 391 (396), Salzburg 141 (138), Steiermark 699 (692), Kärnten 153 (151), Krain 107 (109), Küstenland 370 (352), Tirol und Vorarlberg 577 (598), Böhmen 2815 (2905), Mähren 952 (955), Schlesien 245 (240), Galizien 1446 (1413), Bukowina 152 (146), Dalmatien 144 (115), Bosnien und Herzegowina 123 (108). Auf die Landeshauptstädte entfällt folgende Anzahl von Ärzten: Wien 2808 (2721), Linz 62 (63), Salzburg 47 (44), Graz 281 (274), Klagenfurt 41 (41), Laibach 41 (41), Triest 200 (188), Innsbruck 73 (70), Prag 461 (580), Brünn 180 (186), Troppau 43 (39), Lemberg 327 (312), Czernowitz 61 (60), Zara 22 (20).

(Kongresse.) Der 5. internationale geburtshilflich-gynäkologische Kongreß wird vom 11.—18. September in St. Petersburg stattfinden. Als Hauptthemen sind vorläufig bestimmt: „Über die forcierte Entbindung" (Accouchement forcé); 2. „Über die operative Behandlung der Fibromyome des Uterus"; 3. „Über die vaginale Operationsmethode in der Geburtshilfe und Gynäkologie"; 4. „Kritische Beurteilung der operativen Eingriffe bei Retrodeviationen des Uterus"; 5. „Über das Chorionepithelioma". — Der V. internationale Kongreß für Psychologie findet vom 26.—30. April in Rom statt.

(Der Arzneibedarf Japans im jetzigen Kriege.) Die „Pharm.-Ztg." beleuchtet in einem ihrer letzten Artikel den Medikamentenverbrauch Japans im Kriege mit Rußland. Wir entnehmen dieser Darstellung, daß allein aus England bis zum 1. Oktober v. J. folgende Mengen an die japanische Kriegsleitung geliefert wurden: Antifebrin 2000 *kg*, Antipyrin 1350 *kg*, Borsäure 10.000 *kg*, Wismut 17.000 *kg*, Chloroform 6000 *kg*, Kokain 54 *kg*, Chinin 1350 *kg*, Chinarinde 10.000 *kg*, Dowersches Pulver 10.000 *kg*, Formaldehyd 3500 *kg*, Jodoform 2500 *kg*, Kalomel 1500 *kg*, Kreosot 25.000 *kg*, Morphium 90 *kg*, Natrium salicylicum 25.000 *kg*, Heftpflaster 30.000 Yards (zirka 27.500 *m*). An Karbolsäure und Sublimat soll die japanische Armeeverwaltung seit dem Kriege mit China noch so große Mengen vorrätig haben, daß Neuanschaffungen bisher nicht nötig waren.

(Der Pflichtenkreis der Kassenärzte.) So betitelt sich ein Vortrag, den in der 3. Versammlung des Deutschen Vereines für Versicherungswissenschaft RUDOLF LENNHOFF gehalten hat und in welchem der Zwiespalt, der sich durch die Stellung des Arztes zwischen Patienten und Kasse so häufig ergibt, scharf ins Licht gerückt wird. Der Arzt ist gezwungen — sagt Vortragender unter anderem —, bei allen Verordnungen sich zuerst zu überlegen, ob dieselben nicht zu große Kosten verursachen werden. Das gleiche gilt für die Gewährung der Krankenunterstützung im Falle der Arbeitsunfähigkeit. Vortr. verwirft das System der festangestellten Kontrollärzte, da dieselben im Laufe der Zeit zu fiskalisch werden, er nennt hingegen das System des Vereines freigewählter Kassenärzte ein geradezu ideales, da es allein geeignet sei, dem Versicherten und der Kasse zum Rechte zu verhelfen. Die Schreibarbeit muß als für den Kassenbetrieb unentbehrlich getan werden, sie vermehrt sich aber von Tag zu Tag. LENNHOFF meinte schließlich, es solle der angehende Arzt bereits auf der Universität oder in dem praktischen Jahre mit dem Pflichtenkreise des Kassenarztes vertraut gemacht werden, was namentlich durch den Unterricht in den Bestimmungen des Invaliden- und Unfallversicherungsgesetzes gefördert werden könnte.

(Photographisches.) Im rührigen Verlage von W. KNAPP in Halle a. d. S. sind zwei neue Hefte der „Enzyklopädie der Photographie", und zwar H. 49: „Optik für Photographen", von Dr. F. STOLZE, und H. 51: „Der Gummidruck", von Dr. WILHELM KÖSTERS, beide mit zahlreichen Bildern, Bildertafeln und Figuren versehen, beide ihren Gegenstand lichtvoll erschöpfend, soeben erschienen.

(Statistik.) Vom 31. Dezember 1904 bis inkl. 7. Januar 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7668 Personen behandelt. Hiervon wurden 1484 entlassen, 187 sind gestorben (11·1% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 91, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 83, Scharlach 34, Masern 198, Keuchhusten 7, Rotlauf 19, Wochenbettfieber 2, Röteln 2, Mumps 23, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 683 Personen gestorben (+ 46 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Direktor der zoologischen Abteilung des k. k. naturhistorischen Hofmuseums, Hofrat Dr. med. FRIEDRICH M. BRAUER im 71. Lebensjahre; der Direktor des Krankenhauses Rudolfstiftung, Regierungs- und Landessanitätsrat Dr. ANTON ULLMANN, ein erfahrener Sanitätsbeamter und wohl-

wollender Chef, im Alter von 65 Jahren; in Berlin der auf psychiatrischem Gebiete und als Propagator der Unfallskrankheiten weitbekannte Dr. MARTIN BRASCH und der Verfasser des Buches über den Nachweis der Gifte Dr. FRITZ FIRGAU, im jugendlichen Alter von 40 Jahren; in Frauenfeld im Thurgau der als Hygieniker berühmte Stabsarzt Dr. KONRAD REIFFER; in Moskau der berühmte russische Chirurg Prof. SKLIFFISOWSKI im 69. Lebensjahre.

Dr. R. Stegmann wohnt jetzt I., Seilergasse 14 und ordiniert für chirurgische Krankheiten und diagnostisch-therapeutische Radiologie von $3-4^1/_2$.

Primararzt **Dr. Hans Adler** teilt mit, daß durch ein Versehen seine Adresse und Ordinationsstunden in den Medizinal-Kalendern 1905 unrichtig angegeben wurden, und daß er, wie bisher, IV., Favoritenstraße 2, Montag, Mittwoch und Freitag von 2—4 ordiniert.

Aqua ferro-calcea „Terlik". In der Zeit der sich so sehr mehrenden Fälle der Phthisiserscheinungen ist es entschieden von Vorteil, die Aufmerksamkeit auf ein Mittel zu lenken, das dem Arzte ermöglicht, schon in den primären Stadien — bei Apicitis — mit Erfolg einzugreifen; es ist dies das obgenannte Aqua ferro-calcea „Terlik", ein nicht mehr neues, aber noch zu wenig verbreitetes Präparat, bestehend aus Ferrum pyrophosphoricum, Calcium phosphoricum, Glyzerin (der Haltbarkeit wegen) und einer aromatischen Tinktur (als Korrigens). Kalk und Eisen in dieser Zusammensetzung ist ein Remedium, dessen vorzügliche Wirkung in phthisischen Fällen man wohl schätzen gelernt hat, doch ist man von der Anwendung desselben mit Rücksicht auf die nachteilige Rückwirkung abgekommen. In Aqua ferro-calcea Terlik hatten wir jedoch Gelegenheit, ein Mittel kennen zu lernen, das diese Nachteile nicht mit sich birgt: es ist leicht verdaulich (verursacht absolut keine Verdauungsstörungen und Magenbeschwerden), schmeckt gut, greift die Zähne nicht an und behindert nicht den Appetit, wirkt vielmehr appetitanregend! — Im übrigen verweisen auf die Annonce in unserem heutigen Blatte!

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

O. Chiari, Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Leipzig und Wien 1905, Franz Deuticke. — K 12·—.
E. v. Leyden u. F. Klemperer, Deutsche Klinik. Lief. 134—138. Wien und Berlin 1904. Urban & Schwarzenberg.
J. Orth, Die Stellung der pathologischen Anatomie in der Medizin. Berlin 1904, A. Hirschwald.
A. Hegar, Zur Geschichte der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses. Freiburg i. Br. und Leipzig 1905, Speyer & Kaerner.
C. Oppenheimer, Die Fermente und ihre biologische Bedeutung. Berlin 1905, Leonhard Simion Nf.
M. Gruber, Tuberkulose und Wohnungsnot. Berlin 1904, „Bodenreform" (Damaschke). — M. —·50.
L. Hoche u. R. Hoche, Ärztliches Rechtsbuch. Lief. I. Hamburg 1904, Gebr. Lüdeking. — M 1·50.
A. Moll, Sexuelle Perversionen, Geisteskrankheit und Zurechnungsfähigkeit. Med.-ärztl. Bibliothek. H. 15. Berlin 1905, Leonh. Simion. — M 1·—.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 16. Januar 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Assistent Dr. HANS HABERER: Entwicklung und heutiger Stand der Appendizitisfrage.

Klub der Wiener Kinderärzte.

Versammlung: Dienstag, den 17. Januar 1905, 7 Uhr abends, im pädiatrischen Hörsaale der allgemeinen Poliklinik, IX., Mariannengasse 10, Parterre links.

1. Mitteilungen des Vorsitzenden. 2. Krankendemonstrationen. 3. Doktor SCHNEE: Das elektrische Vierzellenbad. 4. Dr. DIEM: Demonstration seines Sauerstoff-Inhalationsapparates. 5. Prof. MONTI: Ergebnisse der ärztlichen Beobachtung an den Zöglingen des Ferienhortes in Steg.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion: Donnerstag, den 19. Januar 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. SCHÜLLER). — II. Dr. R. POPPER: Über Kolostrum.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der Firma **Wilh. Natterer in München II.** über **„Antisclerosin"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 22. Januar 1905. Nr. 4.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Der üble Mundgeruch.

Von **Spezialarzt Dr. J. F. Schilling**, Leipzig.

Dem Arzte, welcher sich speziell mit Verdauungskrankheiten beschäftigt, kommen nicht selten Patienten zu Gesicht, die über nichts als schlechten Geruch aus dem Munde klagen. Der Gedanke, daß ein bestimmtes Leiden diesem Übel zugrunde liegen müsse, liegt ihnen fern, weshalb sie nur von dem Foetor ex ore befreit zu werden wünschen.

Nicht immer empfinden die Patienten den üblen Geruch selbst, vielmehr werden sie vielfach erst von der Umgebung, von Geschwistern, Eltern oder dem Publikum, mit dem sie in mündlichen Verkehr treten, darauf aufmerksam gemacht, wenn sie bei der Unterhaltung in der Nähe exspirieren und der Mundhauch dem vis-à-vis zur Wahrnehmung gelangt.

Wenn es auch bei Nervösen, Hysterischen und Melancholischen, noch mehr bei Geisteskranken zu Kakosmie und anderen funktionellen Geruchsanomalien kommt, so liegt dem üblen Mundgeruch in der Regel ein örtlicher Prozeß in der Mundhöhle oder deren näheren Umgebung zugrunde.

In der Mundhöhle finden Gärungs- und Zersetzungsprozesse in geringerem oder größerem Maße regelmäßig statt, wenn der sonst Gesunde die erforderliche Reinigung und Säuberung der Zähne, der Mundschleimhaut und des Rachens bei der Morgentoilette und nach den Mahlzeiten vernachlässigt, da Speisereste in den Zahnlücken leicht hängen bleiben, Bakterien und Sproßpilze mit den Speisen reichlich zugeführt werden und abgestoßene, auf der Zunge angesammelte Epithelien den pflanzlichen Mikroben genügend Schlupfwinkel für ihre zersetzende Tätigkeit gewähren. Selbstverständlich sind die Intensitätsgrade des widerlichen Mundgeruches verschieden je nach der genossenen Speise, der schon bestehenden Gärung oder Fäulnis und der Menge und Lebensfähigkeit der Pilze; Milchreste wirken anders als Käse oder faulendes Fleisch.

Unter den akuten Störungen, welche bei einer genaueren Inspektion der Mundhöhle auffallen, spielen Entzündungen der Lippen- und Mundschleimhaut, des Zahnfleisches, der Mandeln mit ihren käsigen Pfröpfen in den Lakunen des Gaumens und Rachens eine häufige Rolle, da hier die Mukosa geschwollen, gerötet und mit schleimigem Sekrete, das meist Epithelien, Speisereste und Fäulniserreger enthält, bedeckt ist. Die faulen Ecken der Mundwinkel bei den Kindern sind besonders bekannt; Kinder, die daran leiden und noch reichlich Speichel ausfließen lassen, riechen recht übel, wenn man mit der Nase zufällig in ihre Nähe kommt. Soor und Aphthen trifft man ebenfalls öfter in diesem Alter, aber auch bei Erwachsenen. Aphthen sehe ich bei einzelnen Erwachsenen periodisch wiederkehren, anscheinend ohne Grund, in Fällen wo die Mundpflege geregelt ist; hier müssen Nahrungseinflüsse, vielleicht leichte Verletzungen der Mukosa mit Import spezifischer Mikroben die Ursache sein, wenn nicht konstitutionelle Ursachen anzuschuldigen sind. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Bläscheninhaltes fand ich Kokken, bei der des schmierigen Belages des Zahnfleisches oder der Wange nach dem Platzen Leptothrix, lange Bakterien und Kokken in Menge und schneller Bewegung. Bei Schmierkuren mit grauer Salbe und selbst nach Injektionen mit Hg folgt meist Stomatitis mit höchst widerlichem Mundgeruch, wenn nicht sorgfältigst der Mund mit bestimmten Wässern bespült wird. Zahnkaries begünstigt das Auftreten des Fötor sehr. Mandel- und Gaumenentzündung verhindern das Schlucken und gleichzeitige Hinabspülen der Belagmassen in den Rachen und die Speiseröhre,

hemmen auch eine gründliche Säuberung des Mundes der Schmerzen wegen, wenn der Kranke durch Kaubewegungen das in den Mund genommene Wasser nach den Backentaschen zu und in die Falte zwischen Zahnfleisch und Wange zu pressen sucht; zugleich fehlt dabei der Appetit, so daß wenig gekaut, gegessen und getrunken wird. Personen mit kariösen Backenzähnen laborieren gewöhnlich an süßlichem Mundgeruch, da in den Zahnhöhlen Amylaceen gären, Fette gespalten und Eiweißstoffe zersetzt werden. Luetische Plaques und Ulzera verbreiten stets süßlichen Geruch. Kiefernekrose, Lupus, der allerdings selten hier auftritt, und ulzerierender Zungenkrebs bilden einen ständigen Jaucheherd. Besteht Gaumenperforation, so daß die Nasenhöhle mit der Mundhöhle kommuniziert und Nasensekret beständig in den Mund fließt, dann fehlen stinkende Zersetzungsprozesse nicht. Träger von Obturatoren oder künstlichen Gebissen haben gewöhnlich über üblen Mundgeruch zu klagen, wenn das Gebiß nicht täglich gründlich gereinigt wird, da sich in den Nischen zwischen Gaumen und oberer Seite der Prothese leicht dichte Rasen von Pilzen ansiedeln.

Findet man in der Mundhöhle keinen Grund für die Beschwerden, dann übersehe man nicht die Rachenwand. Syphilitische Geschwüre verstecken sich hier nicht ungern und kommen nur dann zur Wahrnehmung, wenn man die seitlichen Falten der Schleimhaut gründlich inspiziert. Auch atrophische und hyperplastische Prozesse der Rachenschleimhaut und adenoide Wucherungen, die von dem Nasenrachenraum ausgehen, bedingen leicht in einzelnen Herden übelriechende Zersetzung.

Letztere Erscheinung leitet uns direkt zu den Nasenleiden, die mit dem Exspirationsstrome üblen Geruch verbreiten und fälschlich als süßlicher Foetor ex ore bezeichnet werden. Ozäna ist zu bekannt, als daß hier darauf näher eingegangen werden müßte. Empyem der Highmorshöhle unterhält gern stinkende Zersetzung, wird aber oft als Ursache übersehen. Daß die schwer zu erkennenden Prozesse mit Ansammlung käsiger Massen in der ROSENMÜLLERschen Grube neben der Tube zu Kakosmie Anlaß geben, zugleich aber, da sie leicht übersehen werden, den Patienten den Stempel hysterischen Verhaltens aufdrücken können, bestätigte jüngst wieder KILLIAN.[1])

Findet sich kein örtliches Leiden in der Mundhöhle, so kommen meist jene Organe in Betracht, die mit der Mundhöhle direkt kommunizieren, nämlich der Kehlkopf, die Lunge und die Speiseröhre. Phthisiker mit Kehlkopfgeschwüren oder noch mehr mit großen Kavernen exhalieren fauligen Geruch mit jedem Atemzuge. Patienten mit putrider Bronchitis und Lungengangrän verbreiten einen häßlich widerlichen Gestank, da Sputumreste meist auf der Zunge und an der Rachenwand haften bleiben, und durch den Exspirationsstrom auch häufig bei dem Husten in den Mund gelangen. Syphilitiker mit Geschwüren am Kehldeckel oder im Kehlkopf, ferner Krebskranke verbreiten nicht minder üblen Mundgeruch. Patienten mit einem großen Divertikel am Introitus oesophagi sammeln in ihrem Speiseröhrensack Speisen in mehr oder minder erheblicher Menge an, die sich hier zersetzen und gelegentlich exprimiert oder evakuiert werden. Von tieferliegenden Ösophagusstenosen geht nur dann übler Geruch aus, wenn sich darüber eine größere Ektasie ausgebildet hat. Auch bei Kardiakrebs vermißte ich Fötor, wenn Erbrechen regelmäßig stagnierende Speisemassen entleerte und die ulzerösen häufigen Zerfallsmassen des Krebses sich in den Magen entleerten, wo sie später heftige Diarrhöen und übelriechende Darmentleerungen verursachten, für die ein sonstiger Anlaß fehlte.

Nicht so häufig, als der Laie annimmt, rührt der üble Geruch von Erkrankungen des Magens her. Hat jemand infolge grober Diätfehler über garstigen Mundgeruch und pappigen Geschmack zu klagen, so ist dies nicht wunderbar, da Erbrechen gärender und in Zersetzung begriffener Speisen meist vorhergegangen ist. Chronische Gastritis geht meist mit dick belegter Zunge einher, doch braucht dabei der Mundgeruch nicht immer garstig zu sein, wenn er auch fade ist. Anders verhält sich die Sache bei Pylorusstenose mit Stagnation der Speisen und Getränke. Hier entfalten die Hefezellen, Bakterien, Schimmel- und Fadenpilze in intensivster Weise ihre Tätigkeit; fettiges Aufstoßen und Emporkommen von Milch-, Butter- und Essigsäure ist hier die Regel. Zerfällt ein an der Magenwand oder am Pylorus sitzender Krebs, dann kann der Gestank von H_2S, NH_3 und NH_4S so unerträglich sein, wenn der Patient den Mund öffnet oder der Arzt den Magen ausspült, daß letzterer sich abzuwenden gezwungen wird. Sogar bei Carcinoma flexurae hepaticae coli habe ich einmal argen Geruch bei jeder Untersuchung des Patienten empfunden. Meist klagen derartige Kranke schwer über den Gestank, der ihnen jeden Appetit zum Essen raubt. Unter den Darmleiden sind habituelle Obstipation und Ileus zu erwähnen. Bisweilen leiden habituell Obstruierte auch an Speichelhypersekretion, die dann allein, da sich der Speichel leicht zersetzt, bei dem Offenhalten des Mundes Anlaß zu derartigen Beschwerden gibt; aber eigentümlicherweise riechen auch Obstrukte ohne Salivation gar garstig aus dem Munde, wenn mehrere Tage seit der letzten Stuhlentleerung verflossen sind. Ich behandelte längere Zeit einen Diabetiker, der an Verstopfung litt, bei dem mich stets seine Frau auf diese Ursache, die ihr nicht entging, aufmerksam machte. Daß die Vapeurs derartiger Patienten geradezu auffallend stinken, widerspricht der Auffassung STRASBURGERS[2]), daß Obstipierte zum Teil wegen Mangel an Bakterien und daher fehlender Zersetzung obstrukt werden, da ich gerade in diesem Falle auffallend viel Bakterien im Stuhl fand. Wenn manche Obstrukte wenig Bakterien in ihren geringen Fäzes absetzen, so muß man vor allem ihre Lebens- und Ernährungsweise berücksichtigen, die gering, einseitig gewählt und stoffarm, aber auch fehlerhaft gemischt ist; eine gründliche Ausnutzung der Ingesta raubt Bakterien den Nährboden nach LOHRISCH.[3]) Daß bei Ileus und Koterbrechen aus dem Munde fäkulenter, fauliger Geruch wahrgenommen wird, sobald diese Kranken unaufhörlich erbrechen, bedarf keiner weiteren Erklärung.

Urämische Patienten verbreiten stets üblen Geruch, wenn sie brechen; riecht doch auch der Stuhl in schweren derartigen Fällen schon nach Urin, nach Harnstoff oder Ammoniak.

Liegen Personen infolge von Infektion und hohem Fieber darnieder, dann versiegt bis auf einen geringen Rest die Speichelsekretion, die Zunge und die Mundschleimhaut werden trocken. Öffnen soporöse Pneumoniker oder Typhuskranke dabei noch den Mund, dann fehlt der Fötor sicherlich nicht.

Es gibt aber noch eine Reihe von Fällen, die hierher gehören, ohne daß die Digestion schwer geschädigt zu sein braucht. Dahin gehört nach NEUSSER zuweilen die Chlorose, bei der übler Mundgeruch wahrgenommen werden kann. Dann soll ferner, wie in der Literatur hie und da berichtet wird, andauernde, heftige Gemütsdepression mit Kummer und Appetitlosigkeit trockenen Mund und abnormen Geruch veranlassen können. Bei Geisteskranken, die wenig sprechen und die Nahrung tagelang verweigern, fehlt die natürliche Reinigung der Mundhöhle; wahrscheinlich kommen ähnliche Momente auch bei der psychischen Depression in Frage, wenn nicht die geistige Erschlaffung die Speichel- und Schleimdrüsensekretion in unbekannter Weise alteriert, indem etwa das Rhodankalium quantitative Veränderungen erfährt.

Ursache bei allen örtlichen Leiden, mögen sie im Munde, in den Luftwegen, im Rachen, in der Speiseröhre oder im Magen und Darm liegen, sind abnorme Gärung oder Zersetzung. Ist der Mund der Sitz des Übels oder geht dieses von tiefer gelegenen Organen aus, immer wird mit der Exspiration oder Exhalation der üble Geruch verbreitet. Bleibt Er-

[1]) Über subjektive Kakosmie. „Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 39.

[2]) Zeitschrift f. klin. Med., LX.

[3]) Deutsches Archiv f. klin. Med., 79. Bd., 5. u. 6. Heft.

brochenes oder Sputum im Munde, am Gaumen, am Rachen oder im oberen Ösophagus liegen, so kann es auch die Quelle direkter Zersetzung und Zersetzungsgase werden. Die Intensität des süßlichen Geruches wechselt und steigert sich vom faden, süßlich-widerlichen, fauligen bis zum aashaft stinkenden Fötor. Fettsäuren, H_2S, NH_3 und NH_4S, auch CH_4S, sind neben sicherlich noch anderen flüchtigen N-Verbindungen daran beteiligt. Aber die örtliche Zersetzung im Munde, den Respirations- und Digestionsorganen kann nicht die alleinige Ursache sein. Wenn bei der Obstipation auch Gase des Dickdarms bis zu einer gewissen Grenze direkt aus dem Darmlumen nach oben zum Magen — ebenso wie feste Körper bei der Antiperistaltik — gelangen können, so steht doch noch eine andere Erklärung für den süßlichen Mundgeruch in solchen Fällen offen, nämlich die, daß Gase vom Darme aus resorbiert und in der Mundhöhle mit dem Speichel ausgeschieden werden. Auch werden Gase an entlegenen Stellen des Körpers resorbiert und aus der Lunge exhaliert, wie es vom Aceton bei schweren Diabetikern bekannt ist. Warum Chlorotische schlechten Mundgeruch verbreiten, bedarf noch der Erklärung.

Die Behandlung kann leicht und schwer, radikal oder symptomatisch, auch erfolglos sein. Die alltägliche Mundpflege ist eine hygienisch-prophylaktische Maßregel. Bei örtlichen Mundleiden ist auf sorgfältige Reinigung des Mundes zu halten. Wie jeder, der seine Hände beschmutzt hat, sich wäscht, so muß auch der Mund gründlich ausgespült werden, wenn Fäulnisherde dort Platz gegriffen haben. Meist genügen hierzu 0·5—1%ige alkalische Lösungen von Chlornatrium oder Natrium bicarbonat. mit Zusatz von Aq. Menth. pip. oder Eau de Cologne, Odol oder schwache Salizyl- und Borsäurelösungen. Bei leichter Stomatitis paßt Kamillen- oder Fencheltee mit Zusatz von Thymol. Stomatitis mercurialis erfordert Kal. chloricum in 3%igen Lösungen. Ist Zahnkaries die Ursache des üblen Geruches, so lasse ich Zahnpasten und schwache Thymollösungen (Thymol 0·25/100·0, Ol. Caryophyll. gtt. II), auch wohl 0·5% Menthol verwenden. Kauen von Gewürznelken, Cachou de Bologne und Cachou aromatisé haben zwar nur vorübergehenden Erfolg, die Präparate sind aber ein angenehmes Palliativmittel, ebenso wie die nicht zu vergessenden Pfefferminzplätzchen. Bei Eiterungen benutze ich gern Sol. Hydrog. peroxyd. (10%) 200·0, D. S. 1 Eßlöffel: 1 Glas Wasser zum Mundspülen. Das Zahnfleisch wird allseitig bespült, wenn die Patienten einen großen Schluck der Lösungen in den Mund nehmen und nun gewissermaßen das Wasser mit vollen Backen kauen. Aphthen und Soor lasse ich vorsichtig mit 3%igem Wasserstoffsuperoxyd bespülen; bei Soor ist oft vorher mechanische Entfernung durch derberes Schaben vor dem Bepinseln notwendig, wenn dichte Pilzrasen in die Mukosa eingedrungen sind.

Angina tonsillaris verliert bald den süßlichen Geruch, wenn der Patient mit 3%iger Kal. chloricum-Lösung gurgelt, dieselbe aber nicht verschluckt. Die diesem Präparat nachgesagte Giftigkeit ist bei Vorschrift einer bestimmten Lösung nicht zu befürchten. Haften käsige Pfropfen länger in den Lakunen der Mandeln, dann spritze ich sie mit 0·1/100·0 Kal. permangan. fort. Kann ein Patient wegen schwerer Angina nicht recht gurgeln und öffnet er den Mund bei dem Schlucken nur ungenügend, dann lasse ich einen langgestielten Pinsel einführen und die kranken Stellen mit den desodorisierenden Lösungen betupfen und bestreichen, während die Zunge mit dem Spatel oder Löffelstiel herabgedrückt wird.

Abzsesse, Eiterungen an den Kieferknochen und fressende Geschwüre bedürfen chirurgischer Behandlung. Patienten mit kariösen Zähnen werden dem Zahnarzt überwiesen. Prothesen müssen ebenso wie Obturatoren über Nacht in 3%ige Lösung von Liq. Alum. acet. oder 5%ige Lösung von Hydrog. peroxyd. gelegt werden. Nasenleiden fallen dem Rhinologen zu.

Kehlkopfgeschwüre der Phthisiker werden mit 10- bis 20%iger Milchsäurelösung bepinselt, phthisische Ulzera durch Inhalation von Salizylsäure (1 : 300·0) gereinigt. Etwas mildert man den fötiden Geruch der Schwindsüchtigen mit süßlichem Auswurf durch Insufflieren und Inhalieren von 1% Karbollösungen, Terpentininhalationen mit der CURSCHMANNschen Maske und interne Gaben von Terpin. hydrat.; wenig Nutzen sah ich von innerem Gebrauch von Kreosot, Guajakol und Sirolin. Dekubitalgeschwüre der Typhösen, die man heute als spezifisch Typhöse ansieht, heilen meist in der Rekonvaleszenz des Abdominaltyphus spontan.

Pharynx- und Ösophagusdivertikel spüle ich regelmäßig früh und abends mit einem weichen Schlauche und einer Hartgummispritze aus. Der angestaute Inhalt über einer Ösophagusstenose wird ausgehebert und durch Spülen gesäubert; gewöhnlich würgen die Patienten schon bei dem Einlaufen der Flüssigkeit alle Speisereste heraus. Bei Pylorusstenose und ulzerierendem Magenkrebs bringen Auswaschungen des Magens mit Thymolsäure (1 : 1000), 3% Borsäure, 0·3% Salizylsäure für kurze Zeit Abhilfe; nur regelmäßige Wiederholungen machen den Zustand erträglich, wenn ein operativer Eingriff radikale Abhilfe zu bringen nicht imstande ist.

Gegen die habituelle Obstipation nützt eine geeignete Diät, der oft, namentlich anfangs, rektale Einläufe zu Hilfe kommen, am meisten; nur muß ich hier bemerken, daß manche Patienten gegen reine Öleinläufe eingenommen sind, weil sie bald über Ölgeschmack im Munde und häßlichen Geruch der Flatus klagen. Gemischte Diät, die nicht einseitig Fleisch- und Eierkost bevorzugt, oder sogar lakto-vegetabile Diät empfehle ich für einige Zeit Neurasthenikern, die über üblen Mundgeruch lamentieren. Bei Depressionszuständen müssen Hydrotherapie, Psychotherapie und individuell gewählte Diät den mühsamen Weg der Heilung, der bisweilen nur in einem Sanatorium vollendet werden kann, anbahnen; mit der Besserung der Ernährung tritt auch eine Änderung des Allgemeinzustandes ein.

Die Behandlung von Gelenkerkrankungen mittelst Stauung.

Von **Doz. Dr. Anton Bum,** Wien.

II.

Bei der Arthritis traumatica konnte ich nennenswerte Abweichungen der Stauwirkung gegenüber jener bei nicht traumatischen Gelenkerkrankungen nicht beobachten. Auch hier begünstigt die Stauung in den ersten Tagen nach der Verletzung die Möglichkeit frühzeitiger Mobilisierung des Gelenkes, was zumal bei Distorsionen von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Die Resorption des intra- und periartikulären Blutergusses wird von Heißluft und Massage prompter besorgt.

Bezüglich der tuberkulösen Gelenkaffektionen verfüge ich über kaum nennenswerte Erfahrung. Wenn man sich vor Augen hält, daß die kindliche Gelenktuberkulose in einem nicht geringen Prozentsatze der Fälle durch Verbesserung des Allgemeinbefindens und der Ernährung zur Heilung gebracht wird, in einer weiteren Zahl der Fälle der chirurgischen Behandlung im engeren Sinne des Wortes verfällt, so wird man zugeben müssen, daß diese Form sich für die Beurteilung des Wertes unblutiger Lokaltherapie nicht sonderlich eignet.

BIER selbst ist mit der Leistung der Stauung bei geschlossener und offener Gelenktuberkulose zufrieden.

War es doch die Lokaltuberkulose, bei welcher BIER Hyperämie zuerst therapeutisch angewendet hat, von den Erfahrungen geleitet, die FARRE, TRAVERS, LOUIS und FRERICHS bezüglich des Zusammenhanges zwischen Lungenanämie (bei Pulmonalstenose) und Lungentuberkulose im positiven, ROKITANSKY, TRAUBE und BAMBERGER, ferner STALHERM in betreff der Koinzidenz von Hyperämie der Lunge erzeugenden Erkrankungen (Herzfehlern und Kyphose) und Phthise im negativen Sinne gemacht haben.

HABS, der 200 Fälle von Lokaltuberkulose mittelst Stauung behandelt hat, hebt mit Ausschluß der Fälle mit

Fistelbildung die schmerzstillende Wirkung der Stauung, die Beseitigung der Kontrakturen und die rasche Wiederherstellung der Funktion in vielen Fällen hervor, doch hatte er auch Mißerfolge zu beklagen. Er präzisiert, eine Einwirkung der Stauung auf die Lokaltuberkulose zugestehend, seine Erfahrungen mit folgenden Worten:

„In allen Fällen lokaler Tuberkulose ist man berechtigt, die Stauungshyperämie als einleitendes Verfahren zu versuchen, soll aber bei offener Tuberkulose sowie bei schweren Knochenzerstörungen, besonders bei Sequesterbildung, nicht allzu viel Zeit damit vergeuden. Mit Rücksicht auf den Umstand, daß auch spontane Besserungen und Ausheilungen der Tuberkulose vorkommen, ist die Beurteilung der Stauung eine schwierige."

Auch Luxembourg hat auf Bardenheuers chirurgischer Station im Kölner Bürgerhospitale unter 23 Fällen von Gelenktuberkulose 8mal Besserung (Abnahme der Schwellung und Schmerzhaftigkeit, gute Granulationsbildung, Ausheilung der Fisteln), in 7 Fällen auffallend schnellen Stillstand des Prozesses unter der Stauung beobachtet und hatte nur einen entschiedenen Mißerfolg.

Es erübrigt mir noch, den Einfluß der Stauung auf Gelenksteife verschiedenster Provenienz zu besprechen. Mir und anderen Beobachtern ist es aufgefallen, daß unter Stauungsbehandlung von Gelenkerkrankungen es fast nie zu hartnäckigeren Steifigkeiten distaler Gelenke, z. B. der Fingergelenke bei Erkrankungen des Ellbogengelenkes, gekommen ist, die sonst recht häufig beobachtet werden.

Blecher, der den Einfluß der Stauung auf Gelenksteife nach Traumen und längerer Immobilisierung eingehend studiert und hierbei die Vornahme passiver Bewegungen unterlassen hat, berichtet über befriedigende Resultate.

Dieselben kann auch ich in dem Sinne bestätigen, daß die Vornahme der sonst gefürchteten passiven Bewegungen unter Stauung toleriert wurde. Wie bei der Besprechung des Staueffektes bei schweren gonorrhoischen Arthritiden bereits hervorgehoben, ist diese Toleranz der Kranken gegenüber recht energischen passiven Bewegungen und die rasche Wiederaufnahme physiologischer Gelenkexkursionen außerordentlich auffallend.

Was dies für die Nachbehandlung zahlreicher Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke, Knochen und Weichteile der Extremitäten bedeutet, brauche ich hier wohl nicht auszuführen. Ich halte die durch die Stauung gebotene Möglichkeit frühzeitiger Mobilisierung für die wichtigste Leistung dieser Methode bei Gelenksteifigkeiten und will es dahingestellt sein lassen, ob bei den Syndesmosen die von Sudeck radiographisch nachgewiesene Atrophie der Gelenkenden und deren erfolgreiche Bekämpfung durch die knochenneubildende Stauung bei der Therapie der Gelenksteife eine weitere Rolle spielt.

In Resümierung der Anzeigen der Stauung bei Gelenkerkrankungen möchte ich, wie bereits betont, die Arthritis gonorrhoica, den akuten Gichtanfall und den akuten und subakuten Gelenkrheumatismus in die erste Reihe der Indikationen dieser Therapie stellen. Ihnen folgen die Versteifungen der Gelenke, insoweit sie Syndesmosen betreffen, und die Gelenktuberkulose.

Lediglich unterstützende Wirkung können wir der Methode bei jenen Formen der Gelenkerkrankungen zusprechen, die mit größeren Transsudaten und Extravasaten einhergehen, also bei der serösen Synovitis, dem Hydrops der Gelenke, dem sogenannten chronischen Gelenkrheumatismus mit Ausnahme der hyperplastischen Form desselben, der Arthritis deformans, und bei Gelenkverletzungen.

Es bedarf hier des ausdrücklichen Hinweises auf die Tatsache nicht, daß die Stauungsbehandlung, gleich jeder physikalischen Behandlungsart, im gegebenen Falle mit anderen Methoden der Physeotherapie kombiniert werden muß, um voll befriedigende und relativ rasche Resultate zu zeitigen. Wir werden unmittelbar nach Lösung der Staubinde nicht selten zentripetale Massage der gestauten Teile anwenden, um das Ödem zu beseitigen, und zwecks energischer Anregung der Resorption der Stauung aktive Hyperämie in Form von Bewegungen, Alkoholumschlägen, Heißluftbehandlung, Dampfduschen etc. folgen lassen. Die zielbewußte Vereinigung mehrerer Methoden nach Maßgabe der vorliegenden Anzeigen ist ja zweifelsohne Voraussetzung kunstgerechter ärztlicher Behandlung.

Die Frage, welche Gelenke sich für die Anwendung der Staseotherapie eignen, ist dahin zu beantworten, daß vornehmlich die distalen Gelenke — Finger-, Zehen-, Hand- und Fußgelenk —, sodann die mesialen Gelenke — Ellbogen und Kniegelenk — hierzu am geeignetesten erscheinen. Beim Schultergelenk erwachsen der Technik der Stauung wohl einige, durch Exaktheit in der Anlegung und Fixierung der Staubinde überwindbare Schwierigkeiten, während das proximale Gelenk der Unterextremität, das Hüftgelenk, nach dem derzeitigen Stande der Stautechnik als von dieser Methode ausgeschlossen zu bezeichnen ist.

Mit Laqueur habe auch ich einen Unterschied zwischen den Gelenken der oberen und unteren Extremität im allgemeinen nicht beobachtet, während Bier jenen der Oberextremität den Vorzug gibt.

* * *

Die Technik der Stauung ist — die Befolgung einiger einfacher und wohl selbstverständlicher Vorsichtsmaßregeln vorausgesetzt — die denkbar einfachste.

Oberhalb des erkrankten Gelenkes wird eine dünne, schmiegsame, 6—7 *cm* breite, 1—1½ *m* lange Gummibinde in einander deckenden Gängen so angelegt, daß die im Eingange meiner Ausführungen beschriebenen Hautveränderungen auftreten, ohne daß der Puls an der distalen Arterie (Radialis, Pedica) unterdrückt wird. Um Dekubitus zu vermeiden, wird vor Anlegung der Gummibinde eine Lage einer dünnen Flanell- oder Cambricbinde unterlegt und bei täglich vorzunehmender Stauung der Ort derselben derart gewechselt, daß die Staubinde bald ein wenig höher, bald tiefer appliziert wird.

Soll ein Mittel- oder proximales Gelenk (Ellbogen, Knie, Schulter) gestaut werden, so empfiehlt es sich, den distalen Gliedabschnitt mit einer dünnen Flanellbinde bis unterhalb des zu stauenden Gelenkes einzuwickeln.

Niemals darf die Stauung Schmerz oder größere Unbequemlichkeit hervorrufen.

Die Dauer der Stauung variiert nach der Indikation.

Die Erfahrungen, die bisher mit dieser Methode gemacht wurden, rechtfertigen das Verlangen, bei gonorrhoischen Arthritiden die Staubinde 8—22 Stunden liegen zu lassen, ein Verfahren, das selbstredend sorgfältige Überwachung des Kranken zur Voraussetzung hat. Beim akuten Gichtanfall, beim akuten und subakuten Gelenkrheumatismus und bei schweren Versteifungen der Gelenke stauen wir 6—8 Stunden in 24 Stunden, vorteilhaft während der Nachtzeit; bei leichten Fällen von Gelenksteife sowie beim chronischen Gelenkrheumatismus 1—2 Stunden 1—2mal täglich.

Bei Gelenktuberkulose empfiehlt Bier nach vielfachen Versuchen, die Stauung in den ersten Tagen der Behandlung 7—12 Stunden täglich einzuleiten, bis die Schmerzhaftigkeit der Gelenke herabgesetzt ist, dann die Zeit auf die Hälfte zu reduzieren und immer mehr herabzugehen, bis nach einigen Wochen und Monaten nur noch eine Stunde täglich gestaut wird.

In jüngster Zeit wurden von Bier behufs kräftigerer Anwendung der passiven Hyperämie Apparate angegeben, die, nach Art des Junodschen Stiefels, also eines großen Schröpfkopfes, wirkend, den zu behandelnden Teil dem Einflusse verdünnter Luft aussetzen.

Ich habe diese Apparate mehrfach angewendet, gehe aber hier nicht näher auf dieselben ein, weil ihre Anwendung, obwohl sie die Dosierung kurz dauernder passiver Hyper-

ämie zweifellos fördert, gegenüber der einfachen Applikation der Staubinde keine so bemerkenswerten Vorteile bietet, daß der Nachteil der komplizierteren Technik aufgewogen würde. Dasselbe gilt von einem kürzlich von Henle angegebenen Apparate, der aus einem Hohlschlauche besteht, welcher, mittelst einer mit Manometer armierten Luftpumpe aufgeblasen, die Stauung besorgt. Auch dieser Apparat ist dem in der Stautechnik erfahrenen Arzte durchaus entbehrlich. Denn gerade die Einfachheit ihrer Technik, die Möglichkeit ihrer Anwendung durch jeden Arzt, an jedem Orte und zu jeder Zeit, ihre Ungefährlichkeit bei Aufgebot der einfachsten Vorsicht und Überwachung, der Mangel jeder nennenswerten Belästigung der in ihren Bewegungen nicht behinderten Kranken sind ebensoviele Faktoren für die Popularisierung einer Methode, die durchaus berufen erscheint, Gemeingut der ärztlichen Praxis zu werden.

Literatur: K. Nicoladoni, v. Dumreichers Methode zur Behandlung drohender Pseudarthrosen. Wiener med. Wochenschr., 1875, Nr. 5—7. — H. O. Thomas, The principles of the treatment of fractures and dislocations. London 1886. — Helferich, Über künstliche Vermehrung der Knochenneubildung. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir., 1887. — A. Bier, Über ein neues Verfahren der konservativen Behandlung der Gelenktuberkulose. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chir., 1892. — A. Bier, Behandlung chirurgischer Tuberkulose der Gliedmaßen mit Stauungshyperämie. Festschrift zur Feier des 70. Geburtstages Friedr. v. Esmarchs. Kiel und Leipzig 1893. — P. Richter, Über neuere Behandlungsmethoden der Tuberkulose vom pathologisch-anatomischen Standpunkte. Schmidts Jahrb., 1893, CCXXXIX. — Buschke, Ein erfolgreicher Versuch mit der Behandlung der Tuberkulose der Extremitäten mittelst Stauung nach Bier. Deutsche med. Wochenschr., 1893, Nr. 35. — A. Bier, Weitere Mitteilungen über die Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Stauungshyperämie. Archiv f. klin. Chir., 1894, XLVIII. — A. Bier, Behandlung der Gelenktuberkulose mit Stauungshyperämie. Berliner klin. Wochenschr., 1895, Nr. 89. — A. Bier, Heilwirkung der Hyperämie. Münchener med. Wochenschr., 1897, Nr. 32. — H. J. Hamburger, Über den Einfluß venöser Stauung auf die Zerstörung von Milzbrandvirus im Unterhautzellgewebe. Zentralbl. f. Bakteriol., 1898, Nr. 9. — A. Bier, Die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus mit heißer Luft (aktive Hyperämie) und Stauungshyperämie. Münchener med. Wochenschr., 1898, Nr. 31. — A. Bier, Über die nach und während der Esmarchschen künstlichen Blutleere eintretenden Gefäßveränderungen und ihre physikalische Erklärung. Deutsche med. Wochenschr., 1899, Nr. 31. — A. Bier, Über verschiedene Methoden, künstliche Hyperämie zu Heilzwecken hervorzurufen. Münchener med. Wochenschr., 1899, Nr. 48 u. 49. — A. Bier, Über den Einfluß von venöser Stauung und Phagozytose. — Über den Einfluß von Kohlensäure bzw. Alkali. Virchows Archiv, 1899, CLV. — W. Noetzel, Über die bakterizide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier. Arch. f. klin. Chir., 1900, IX. — Blecher, Über den Einfluß der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation. Deutsche Zeitschr. f. Chir., LX. — A. Bier, Über die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämie zu Heilzwecken. Verhandl. d. Kongr. f. innere Medizin, Wiesbaden 1901. — A. Bum, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Stauung auf die Entwicklung des Knochenkallus. Zentralbl. f. Chir., 1901, Nr. 47. — A. Bum, Die Entwicklung des Knochenkallus unter dem Einflusse der Stauung. Archiv f. klin. Chir., 1902, LXVII. — A. Bier, Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1903. — Hass, Über Biersche Stauung. Münchener med. Wochenschr., 1903, Nr. 22. — A. Bier, Über einige Verbesserungen hyperämisierender Apparate. Münchener med. Wochenschr., 1904, Nr. 6. — Henle, Apparat zur Anwendung venöser Hyperämie. Zeitschr. f. Krankenpflege, 1904, Nr. 1. — A. Bum, „Stauung", Artikel im Lexikon d. physikal. Therapie. Berlin und Wien 1904. — Luxembourg, Über Biersche Stauung. Münchener med. Wochenschr., 1904, Nr. 10. — A. Laqueur, Zur Behandlung der chronisch-rheumatischen und der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen mittelst der Bierschen Stauungshyperämie. Berliner klin. Wochenschr., 1904, Nr. 36.

Aus der Privatklinik des Dr. Planer in Dresden.

Spindelzelliges, hydropisch degeneriertes Sarkom des Ligamentum latum und der Harnblase. — Heilung per laparotomiam und Resektion der Harnblase.

Von **Dr. Planer**, Frauenarzt.

Mit Folgendem möchte ich einen Fall von spindelzelligem sarkomatösen Tumor des rechten Ovariums, der am Ligamentum latum dextrum in beträchtlicher Ausdehnung sowie an dem hinteren Segment der Harnblase adhärent war, bekannt geben, zumal er nach Anwendung der Laparotomie und anschließender Totalexstirpation des Tumors unter teilweiser Resektion der Harnblase zur vollständigen Genesung gelangte und daher für die beteiligten Kreise in der Gynäkologie und Harnblasenchirurgie von gewissem Interesse sein dürfte.

Am 2. November 1903 wurde die 55 Jahre alte Patientin Frau Agnes D . . . aus R . . . in meine Klinik aufgenommen.

Aufnahmebefund: Leidendes blutarmes Aussehen. Lungen- und Herzbefund normal. Gesichtsfarbe bleich, leicht ikterisch. Zunge belegt. Leber und Milz in normalen Grenzen. Klage über erschwerten Stuhlgang und zeitweises Vollsein in der rechten Unterbauchgegend.

Die gynäkologische Untersuchung läßt rechterseits einen etwa straußeneigroßen, soliden Tumor auf dem rechten breiten Mutterbande konstatieren, in welchen das rechte Ovarium höchstwahrscheinlich mit hinein gehört, da es isoliert nicht fühlbar ist. Der Uterus ist normal, in mäßiger Anteversion. Die Menses haben seit zirka zwölf Jahren zessiert. Die Entstehung des Tumors datiert jedenfalls lange Zeit zurück, da ich schon vor sechs Jahren die deutliche Vergrößerung des rechten Ovariums hatte konstatieren können. — Die Patientin konnte sich indessen erst jetzt zur Operation bereit finden lassen. Nach gründlicher Darmentleerung und Desinfektion der Vagina wurde Dienstag, den 3. November 1903 die Laparotomie behufs Exstirpation des Tumors vorgenommen.

Die Narkose wurde mit Chloroform, Marke E. H., eingeleitet und erst am Schlusse der Operation mit Äther zu Ende geführt. Ferner wurde wegen der allgemeinen Anämie der Patientin von Anbeginn der Narkose an in beide Mammae eine blutwarme, sterilisierte Kochsalzwasserlösung, die etwas Natriumbikarbonat enthielt, durch zwei kapillare Kanülen aus einem Sterilisationsgefäß permanent zugeführt, um die Herzenergie bis zum Schlusse genügend kräftig zu erhalten.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich ein ca. 25 *cm* in der Breite und 30 *cm* in der Tiefe messendes Gewächs, das an der rechten Seite in das rechte Ligamentum latum bis etwa zur Mitte, an der linken Seite mit seiner teils kantigen Fläche an den hinteren Umfang der Blase in einer Länge von zirka 18 *cm* adhärent war, wobei der rechte Eierstock den Ausgangspunkt der Geschwulst darstellte.

Unter sehr großer Mühe waren die zahlreichen Adhäsionen an die Därme und an das große Netz, mit dem die Geschwulst an seiner Oberfläche teilweise ganz verwachsen war, teils zu lösen, teils zu unterbinden. Am schwierigsten war die Lösung der Geschwulst von der hinteren Blasenwand. Hier mußte teils mit der gebogenen Schere, teils direkt mit dem Messer die Geschwulst von ihren festen Anwachsungen gelöst, sodann die Blasenwand an ihrer hinteren Seite geöffnet und ein $1\frac{1}{2}$—2 *cm* breiter und etwa 18 *cm* langer Streifen der hinteren Blasenwand nach vorheriger Entleerung der Harnblase reseziert werden.

Mit fortlaufender Catgutnaht habe ich dann den geschaffenen Blasendefekt, von oben nach unten nähend, geschlossen. (Die Geschwulst hielt ich makroskopisch für ein myxomatöses Sarkom oder fibroides Myxom, die mikroskopische Untersuchung ließ spindelzelliges Sarkom nach der Mitteilung des Herrn Ober-Medizinalrats Dr. Schmorl konstatieren.) Nach Fertigstellung der Blasennaht schritt ich zur Unterbindung des rechten Mutterbandes, des Ligam. ovarico-pelvicum und dann zur Totalentfernung des rechten Eierstockes mit samt der nun ganz freien Geschwulstmenge, nach Überwindung sehr schwieriger und äußerst zahlreicher Adhäsionen. Der Uterus, das linke Ovarium und Ligam. latum sinistrum waren vollkommen intakt von Geschwulstneubildungen. Hierauf wurden etwa acht tiefe lose Bauch-Seidennähte gelegt, dann durch die Bauchfellmuskel-Faszienaht — als fortlaufende Catgutnaht — das Cavum peritonei geschlossen und nach Vereinigung der tiefen Bauchnähte unter Zufügung von zirka sieben oberflächlichen äußeren Bauch-Seidennähten die äußere Bauchwunde geschlossen, der aseptische sterilisierte Mullkompressionsverband aufgelegt.

Die Patientin verblieb den ersten Tag ohne jede Nahrung, an den nächsten drei Tagen erhielt sie bloß Haferschleim und Rotwein-

wasser, vom 5.—9. Tag nur flüssige Kost in Gestalt von drei Suppen und zwei Tees mit eingeweichtem Biskuit, vom 10. bis 15. Tage halbflüssige Kost, einer in die Suppe (mittags und abends) feingeschnittenen Fleischkost, Äpfelpüree und Rotweinwasser.

Am 13. Tage wurde die Mehrzahl der Fäden, am 15. Tage der Rest der äußeren Bauchfäden entfernt, Bettruhe und Rückenlage bis zum 21. Tage, d. h. bis zum 23. November, eingehalten.

Der Stuhlgang wurde erst am 5. Tage durch Ol. Ricini, an den folgenden täglich bis zum 21. Tage mit kalifornischem Feigensirup oder Pilul. extr. casc. sagrad. herbeigeführt. Der Urin wurde in den ersten sechs Tagen mit sterilisiertem Silberkatheter von weitem Kaliber zwei- bis dreimal täglich genommen, der Katheter nur 2 *cm* weit bis zum Blasenhals eingeführt, um die hintere genähte Blasenwand nicht zu berühren. Vom 7. bis zum 21. Tage konnte der Urin spontan gelassen werden und wurde deshalb der Katheter nur einmal täglich unter den vorerwähnten Kautelen angewandt. Der Urin war meist klar und fäulnisfrei. In der Zeit vom 14. bis zum 21. Tage gingen Catgutreste in ziemlicher Menge bei den Urinentleerungen fort. Blasenspülungen wurden niemals unternommen. Am 23. November 1903, also 21 Tage nach der Operation, konnte die Patientin mit einer Herabinde (D. R. P.) bandagiert aufstehen, um am 2. Dezember, also am 30. Tage nach der Operation, vollkommen wiederhergestellt in ihre Heimat nach Radebeul zu reisen.

Fieber ist in der ganzen Zeit der Behandlung, dank der äußerst streng und gewissenhaft innegehaltenen Aseptik, nicht vorhanden gewesen. Die Temperaturkurve bewegte sich von Anfang bis zu Ende, vom 2. November bis 2. Dezember, täglich zwischen morgens Minima von 36·8 und abends Maxima von 37·6, die Pulskurve zwischen 86 und 94. Die Urinfunktion ist eine normale geblieben, d. h. der Urin kann freiwillig gelassen und zurückgehalten werden, auch sind Schmerzen in der Blase weder vor, noch bei, noch nach der Entleerung vorhanden. Das Allgemeinbefinden der Kranken ließ bei der Abreise nichts mehr zu wünschen übrig, und auch gegenwärtig, nach nunmehr zwei Monaten, nachdem ich kürzlich die Patientin wiedergesehen, ist der Zustand der Patientin ein in jeder Hinsicht durchaus zufriedenstellender.

Aus diesem Falle ist zu ersehen, daß die fortlaufende Catgutnaht (zur Anwendung gelangte ein von mir in 90% absol. Alkohol mit 25‰ Sublimatzusatz selbst eingelegtes, zuvor vier Tage in Äther entfettetes Catgut Nr. 6 von etwa 1—1¾ *mm* Stärke) sich bei der Blasenresektion mit vollkommenem Erfolge quoad functionem et restitutionem vesicae urinariae bewährt hat.

Des ferneren geht aus diesem Falle hervor, daß man bei Adhäsionen zweifelhafter und erst recht maligner Tumoren an die Blase oder an andere wichtige innere Organe (Darm usw.) getrost eine sichtbar ausreichende Resektion der adhärenten Organe mit fortlaufender Catgutnaht, unbeschadet jeder weiteren Folge, vornehmen kann und soll, so daß man dann nach beendeter Operation solcher Tumoren sich wenigstens wird sagen können, man habe keinen Zweifel in die übrig gebliebene Operationsfläche mehr zu setzen und könne hoffen, daß der Fall mit gutem Ausgange quoad vitam et valetudinem genesen werde.

Referate.

GUSTAV LIEBERMEISTER (Leipzig): **Über Bronchitis fibrinosa.**

Die Gerinnsel bei Bronchitis fibrinosa verhalten sich makroskopisch und besonders histologisch ganz verschieden von den bei absteigender Diphtherie gebildeten Membranen. Die bei schwerer Koronarsklerose kurz vor dem Tode ausgehusteten Bronchialabgüsse sind weder makroskopisch noch mikroskopisch von den bei fibrinöser Bronchitis gebildeten Gerinnseln zu unterscheiden. CURSCHMANNsche Spiralen sind bei Bronchitis fibrinosa eine Seltenheit. LIEBERMEISTER hat sie unter 13 Fällen bei einem Fall gefunden, dessen Gerinnsel aus Schleim und Fibrin bestanden. CHARCOT-LEYDENsche Kristalle und eosinophile Zellen konnte er in keinem Falle in den Gerinnseln nachweisen („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 80, H. 5 u. 6). Zur Entscheidung der Frage nach der chemischen Natur der Gerinnsel ist die sicherste Untersuchungsmethode die chemische Analyse der frischen Gerinnsel. Wo die chemische Untersuchung nicht möglich ist, erzielt man durch die verschiedenen Färbemethoden noch brauchbare Resultate, zum Nachweis von Schleim in erster Linie durch die Thiosinmethode, dann durch die Muzinkarminfärbung. Zum Nachweis des Fibrins ist am ehesten brauchbar die KOCKELsche Methode. Die WEIGERTsche Fibrinfärbung ist bei Anwesenheit von Schleim neben Fibrin nur mit Vorsicht zu verwerten. Bei beiden Methoden scheint sich das Fibrin, wenn es mit Muzin gemengt ist, bei der Differenzierung leichter zu entfärben als das reine Fibrin. Als wesentlicher Bestandteil der bei Bronchitis fibrinosa gebildeten Gerinnsel hat sich in allen Fällen Fibrin nachweisen lassen. In 7 von 13 Fällen ist auch der Nachweis von Schleim gelungen. Ob in den übrigen 6 Fällen auch Schleim vorhanden war, ließ sich mit den bis heute bekannten Methoden nicht sicher entscheiden. BR.

B. I. PUSCHTSCHIWY (Staraja Russa): **Beitrag zur Frage der Klassifikation der pathologisch veränderten Lymphdrüsen.**

Unter den aktuellen Fragen der modernen medizinischen Forschung erregt allgemeine Aufmerksamkeit die Frage, ob sämtliche „tuberkulösen" Lymphdrüsen auch tuberkulöser Natur sind, oder ob es auch solche skrofulöser Natur gibt. Die Lösung dieser Frage dürfte nicht nur von theoretischem Interesse für die Wissenschaft überhaupt, sondern zweifellos auch, und zwar in noch größerem Maße, von rein praktischem, ja vitalem Interesse sein, da diese Erkrankung, welche im Kindesalter sowohl wie auch im Mannesalter sehr häufig angetroffen wird, der modernen Auffassung zufolge eher als eine tuberkulöse denn als skrofulöse betrachtet wird. Die aufgeworfene Frage kann nur eine sorgfältige Untersuchung der Ursachen, welche in den Drüsen den einen oder den anderen entzündlichen Prozeß hervorrufen, entscheiden. Von dieser Erwägung ausgehend, hat Verf. („Die Medizinische Woche", 1904, Nr. 49) auf Anregung des militärmedizinischen Bezirksinspektors I. I. MAKAWEEW im Laboratorium der Militärsanitätsstation zu Staraja Russa sich die Aufgabe gestellt, die Frage der Klassifikation der Lymphdrüsen eingehender zu bearbeiten und vergrößerte, von operierten Soldaten herrührende Halslymphdrüsen (über 40 an der Zahl) makroskopisch wie auch mikroskopisch und bakteriologisch zu untersuchen. Bei der makroskopischen Untersuchung zeigten sich 24 Drüsen von außen mit grauen und gelben Knötchen dicht bedeckt, die mohnkorn- bis hanfkorngroß waren. Auf dem Querschnitte sah man käsige Herde mit Eiterbeimischung. Mittelst mikroskopischer Untersuchung sowohl wie auch mittelst Anlegung von Kulturen aus den pathologischen Produkten wurden in diesen Fällen Tuberkelbazillen konstatiert. 14 Drüsen waren vergrößert und zeigten eine glatte äußere Oberfläche, während auf den Querschnitten nur Eiterherde gefunden wurden. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung hat hier KOCHsche Bazillen nicht zutage gefördert. Die übrigen Drüsen haben sich als Periadenitiden mit vollständiger Vereiterung des Drüsengewebes erwiesen und sind nicht untersucht worden. Bei aufmerksamer Untersuchung der kleinen Lymphdrüsen (Haselnuß- bis Walnußgröße) bemerkte Verf., daß manche von außen mit saftigen grauen Knötchen dicht bedeckt waren, während auf dem Querschnitte Eiterherde mit Beimischung von dichter blutiger Masse gefunden wurden. Unter dem Mikroskop wurden in den aus den entzündlichen Produkten angefertigten Strichpräparaten Tuberkelbazillen nachgewiesen. Unter Hinzurechnung einer früheren Serie von untersuchten Fällen verfügt Verf. im ganzen über 62 Fälle von Lymphadenitis, von denen 37 sich als tuberkulöse und 25 als skrofulöse erwiesen haben. Verf. glaubt infolgedessen, einerseits die Richtigkeit der modernen Auffassung anerkennen zu müssen, daß der größte Teil solcher Halslymphdrüsen die Tuberkulose als Quelle ihrer Erkrankung habe, während er andrerseits nicht umhin kann, sich damit einverstanden zu erklären, daß die Bezeichnung Skrofulose,

welche letztere seit jeher als Ursache der Drüsenentzündung gegolten hat und jetzt noch gilt, in der medizinischen Wissenschaft nicht mehr lange das Bürgerrecht behalten werde, wahrscheinlich nur so lange, bis unumstößliche wissenschaftliche Tatsachen angesammelt sein werden, welche uns die Möglichkeit an die Hand geben, die zwischen Tuberkulose und Skrofulose bestehende Nichtidentität in Abrede zu stellen. L—y.

GANGHOFNER und **J. LANGER** (Prag): **Über die Resorption genuiner Eiweißkörper im Magendarmkanal neugeborner Tiere und Säuglinge.**

Verff. unternahmen eine größere Versuchsreihe, um die Angaben von RÖMER und v. BEHRING nachzuprüfen. Sie benutzten zu ihren Untersuchungen die biologische Bluteiweißreaktion, d. h. sie prüften, ob nach stomachaler Eiweißzufuhr das Blutserum der gefütterten Tiere mit dem betreffenden Immunserum einen Niederschlag gab. Die Ergebnisse, zu denen sie gelangten, stellen sie in folgenden Sätzen zusammen („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 34): Im Magendarmkanal neugeborner Tiere wird das per os eingeführte körperfremde Eiweiß zum Teil unverändert resorbiert. Bei den Versuchstieren ließ sich diese Eigentümlichkeit bis an das Ende der ersten Lebenswoche nachweisen, vom 8. Tage an wurde sie konstant vermißt. Auch beim menschlichen Säugling ließ sich ein ähnliches Verhalten feststellen, möglicherweise dauert bei ihm dieser Übergang von unverändertem Eiweiß in das Blut etwas länger, was erst durch weitere diesbezügliche Studien klargelegt werden kann. Der Magendarmkanal älterer Tiere läßt artfremdes Eiweiß bei stomachaler Einverleibung unter normalen Verhältnissen nicht durch. Findet jedoch eine übermäßige Eiweißzufuhr statt oder besteht eine anatomische bzw. funktionelle Schädigung des Magendarmepithels, dann läßt sich auch bei älteren Tieren ein Übertritt von unverändertem Eiweiß in die Blutbahn konstatieren. Die Resorption unveränderten Eiweißes im Magendarmkanal löst, wie Verff. in einem Fall bei einem neugebornen Zickel nachweisen konnten, Antikörperbildung aus. Erfahrungsgemäß führt dieser Prozeß als Folge parenteraler Eiweißzufuhr bei den Versuchstieren meist zur Erkrankung, immer zu Abmagerung, oft zum Tode. Von diesem Gesichtspunkte aus muß daran gedacht werden, daß die Zufuhr von körperfremdem Eiweiß beim normalen Neugebornen wie auch beim magendarmkranken älteren Säugling dadurch schädigend wirken kann, daß dasselbe unverändert ins Blut gelangt und die spezifische Reaktion des Organismus auslöst. L.

TUFFIER (Paris): **Über tiefe Abdominalabszesse als erstes Zeichen eines Darmkarzinoms.**

Verf. will die Aufmerksamkeit auf eine seltene und heimtückische Art des Auftretens von Darmkarzinomen lenken. Er verfügt über drei fast vollkommen analoge Fälle („La semaine médicale", Nr. 25, 1904). An einer Stelle des Abdomens entwickelt sich ziemlich rasch ein wenig schmerzhafter, prominenter Abszeß. Bei der Inzision entleert sich dicker Eiter. Nach einigen Wochen schließt sich die Inzisionsöffnung, doch bleiben kleine Fisteln zurück. In diesen entwickeln sich Knoten, deren mikroskopische Untersuchung einen karzinomatösen Ursprung ergibt. Die Operation läßt erkennen, daß das Neoplasma von der Darmwand ausgeht. TUFFIER glaubt, daß ähnliche Fälle öfters vorkommen, aber nicht richtig gedeutet werden. Die periintestinale Eiterung ist eine Folge der durch das Karzinom bedingten Lymphadenitis suppurativa. Dabei dürfte es sich um Mischinfektionen handeln, ähnlich wie bei den Zungenkarzinomen, da ja die Ulzerationen im Darm und im Munde von einer eminent infektiösen Flüssigkeit umgeben sind. J. ST.

KOLB (Graz): **Operation der Aneurysmen, insbesondere die Totalexstirpation.**

Auf Grund der an der chirurgischen Klinik HACKER gewonnenen Erfahrungen tritt Verf. für die radikale Behandlung der Aneurysmen an den Extremitäten ein. Behandelt wurden daselbst je zwei Aneurysmen der Art. brachialis, poplitea und femoralis. In allen Fällen wurde die Exstirpation des Sackes vorgenommen und vollständige Heilung ohne jede Funktionsstörung erzielt. In einem Falle bestanden nach der Exstirpation des Sackes Parästhesien, dieselben verschwanden aber in kurzer Zeit. Nach der Operation wurden die Extremitäten hochgelagert und mit heißen Tüchern bedeckt; die Zirkulation hat sich bald wieder hergestellt. Eine ganz besonders wichtige Bedeutung schreibt Verf. einem Verfahren zu („Beiträge z. klin. Chir.", Bd. 43, H. 3), das an der Klinik in Verwendung stand. Vor der Operation wurden sämtliche Patienten mit Kompression behandelt; dieselbe wurde zentralwärts vom Aneurysmasack ausgeführt und dauerte 15—20 Minuten bis zu 5 Stunden täglich. Sie hatte den Zweck, nicht die Heilung herbeizuführen, sondern die Entstehung von Kollateralbahnen sowohl in den Arterien wie auch in den Venen zu begünstigen und bewirkte vor allem, daß der Aneurysmasack sich mit Blutgerinnseln füllte, das Schwirren im Sack sich verminderte. Nach den Erfolgen zu urteilen, scheint der Zweck auch erreicht worden zu sein, indem in einem Falle von Aneurysma der Art. femoralis, bei welchem die Arteria und Vena femoralis, sowie Arteria und Vena prof. unterbunden werden mußten, keine Gangrän der Extremität eintrat. Endlich wurde bei einem Aneurysma der Art. maxillar. int. die Heilung desselben durch Ligatur der Carotis ext. herbeigeführt. ERDHEIM.

W. SSAWIN (Moskau): **Operative Wege zum intrathorakalen Abschnitte der Speiseröhre und Operationen an demselben, mit besonderer Berücksichtigung des periösophagealen Bindegewebes und des Lymphsystems des Ösophagus.**

Verf. hat in das Zellgewebe des Halses und der Brusthöhle flüssige Gelatine eingegossen und auf diese Weise die topographische Lage des periösophagealen Bindegewebes studiert. Die Resultate seiner Untersuchungen gipfeln in der Behauptung (Moskauer Diss.; „Wratsch. Gaz.", 9), daß die Einteilung des Mediastinum in das Mediastinum anter. und in das Mediastinum poster. wegen Fehlens jeglicher anatomischer Begründung aufgegeben werden müsse: das Bindegewebe des Mediastinum liegt in ununterbrochener Schicht zwischen den in demselben gelagerten Organen. Zur Untersuchung der Lymphgefäße des Ösophagus des Menschen bediente sich Verf. der GEROTschen grünen Masse, und außerdem ist es ihm zufällig gelungen, einen Demonstrationsapparat des Lymphsystems des Ösophagus beim Infiltrieren einer Leiche mit alkoholischer Chlorzinklösung samt Formalin zu gewinnen. Die Resultate sind im großen und ganzen folgende: Die Netze der Lymphgefäße der Mukosa und Muskularis der menschlichen Speiseröhre sind anscheinend isoliert. Die ableitenden Gefäße dieser Netze münden in die Lymphdrüsen des Mediastinum, und zwar in die Drüsen, die der A. subclavia und der A. carotis communis entlang, dann an der kleinen Kurvatur des Magens, am Anfangsteil der A. coeliaca und dem Verlauf der Bauchaorta entlang liegen. Außerdem läßt sich experimentell ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen den Lymphgefäßen der Speiseröhre und dem Ductus thoracicus nachweisen. In Bezug auf die Zugänglichkeit des Ösophagus ergaben die vom Verf. an 18 Leichen ausgeführten Untersuchungen Folgendes: Der intrathorakale Abschnitt des Ösophagus wird nach Resektion von 4—8 *cm* großen Stücken aus 4 bis 6 Rippen für die Operation zugänglich, und zwar: *a)* oberhalb des Aortenbogens kann man an den Ösophagus sowohl von der einen wie von der anderen Seite der Wirbelsäule herankommen; *b)* an den tieferliegenden Teil ist von der rechten Seite leichter heranzukommen. Der Vorschlag von FAURE, die erste Rippe zu resezieren, bzw. einfach zu spalten, erleichtert den Zutritt zum Ösophagus im oberen Teil des intrathorakalen Abschnittes desselben. Eine Vernähung der in Längsrichtung angelegten Wunde des Ösophagus ist möglich unter Belassung des Ösophagus in situ oder bei geringer Freilegung desselben aus dem umgebenden Bindegewebe. Die Enden des quer gespaltenen Ösophagus können nur bei Isolierung desselben in größerer Ausdehnung genäht werden, namentlich wenn vom Ösophagus Stücke, mögen sie auch noch so klein sein, reseziert werden mußten. In diesem Falle erscheint vom theoretischen Standpunkte aus folgender Operationsgang zweckmäßig:

a) Anlegung einer Magenfistel, *b)* Spaltung des Ösophagus am Halse und Einnähung des oberen Abschnittes in die Hautwunde; Eröffnung des Mediastinum von hinten und Freilegung des Ösophagus bis zur Öffnung im Diaphragma, Abschneidung des Ösophagus an dieser Stelle und Vernähung des unteren Abschnitts. Der Operation am intrathorakalen Abschnitte des Ösophagus muß die Anlegung einer Magenfistel vorangehen. L—y.

JIRÁSEK (Prag): **Zweimal geheilte Meningitis tuberculosa bei einem und demselben Individuum.**

In Verf.s erstem Falle („Revue v neur. psych. fys. a diaet. therap.", Band 1, Heft 8) handelt es sich um ein 11jähriges Mädchen aus tuberkulöser Familie. Lues in der Familie nicht vorhanden. Vor 4 Jahren wurde die Pat. plötzlich von Kopfschmerzen befallen. Ihr Gang wurde unsicher, es bestanden Erbrechen, Verstopfung, Abmagerung, psychische Störungen. Erweiterte Pupillen, langsam reagierend. Die Kopfbewegungen schmerzhaft. Bei diesen Bewegungen Kontrakturen der Nackenmuskeln. Die okzipitale Gegend und jene des Nackens bei Druck schmerzhaft. Lungeninfiltration. Puls 60 in der Minute. Der Bauch kahnartig eingezogen. Die Patellarreflexe erhöht. Dermographismus. Der TARROTsche Reflex vorhanden. Hauthyperästhesie. Temperatur 38° C. Das Bewußtsein verloren, Somnolenz. Respiration nach CHEYNE-STOKES. Hemiplegie der rechten Seite, links faziale Paralyse, Aphasie. Die Dauer der Krankheit 5 Monate. Vollkommene Genesung. Nach zwei Jahren ein neuer Anfall von kürzerer Dauer und schwächerer Natur. Wieder vollkommene Heilung. Bis zum heutigen Tage, also nach 2 Jahren, erlernte die Kranke eine fremde Sprache und besorgt als Ladenmädchen ihrem Onkel das Geschäft zu dessen vollkommener Zufriedenheit. Sie sieht vorzüglich aus und niemand, der sie sieht, würde glauben, was für schwere Krankheiten sie überstanden. STOCK.

VANNINI (Berlin): **Stoffwechsel bei Chlorose.**

In dem größten Teile der Untersuchungen über den Eiweißstoffwechsel hat man eine N-Retention wahrgenommen, trotzdem weitere Untersuchungen notwendig sind, um den Mechanismus dieser Zurückhaltung zu bestimmen („VIRCHOWs Archiv", Bd. 176). Normal ist die Darmresorption sowohl für die Proteinstoffe als für das Fett und die Kohlehydrate. Oft normal ist die Menge, das spezifische Gewicht, die molekulare Konzentration und die Azidität des Harns. Die Wasserbilanz vollzieht sich zwischen sehr breiten Grenzen. Das Verhältnis der N-haltigen Bestandteile des Urins zeigt sehr beträchtliche Schwankungen, besonders für das Ammoniak und den Harnstoff. In den meisten Fällen ist die Menge der Ätherschwefelsäure nicht vermehrt, während man nicht selten eine Zunahme des neutralen Schwefels gefunden hat. 13—16% vom Nahrungsschwefel gehen mit den Fäzes verloren und das Übrige wird von den Nieren ausgeschieden; aber S-Retention oder Verlust kann vorkommen, je nachdem Zurückhaltung oder Zerfall des Körpereiweißes stattfindet. Oft haben die Erdphosphate abgenommen, daher ein Verhältnis zwischen Erd- und Alkaliphosphaten, das größer ist als im normalen Zustande. Vom Phosphor der Nahrung erscheint im Kot oft eine etwas größere Menge als gewöhnlich, während man bezüglich des Harnphosphors zuweilen Retention, zuweilen Verlust ermittelt hat. Immer hat man sehr niedrige Mengen Chlor im Kote gefunden, während im Harne manchmal höhere, manchmal niedrigere Mengen als die der Nahrung ausgeschieden worden sind. Die Menge der Kotaschen und ihre Zusammensetzung bezüglich Kalk, Magnesia, Natron und Kali ist normal gewesen. Man hat die Kalk- und Magnesiabilanz zuweilen normal gefunden; öfter ist Verlust oder Retention im Organismus vorgekommen, was der Tatsache zuzuschreiben ist, daß bei Chlorose das Knochengewebe manchmal zerfällt, manchmal wieder hergestellt wird. Man hat auch eine gewisse Störung der Natron- und Kalibilanz wahrgenommen, welche wahrscheinlich von den Veränderungen des Flüssigkeitsaustausches zwischen Blut und Gewebe abhängt. B.

PETER BADE (Hannover): **Ein einfacher Hilfsapparat zum Fixieren des Beckens bei heilgymnastischen Übungen.**

Bei allen orthopädischen Übungen des Rumpfes ist die exakte Fixation des Beckens ein wichtiges Erfordernis. Als Ersatz für die überaus anstrengende Fixation durch die Hände des Arztes hat Verf. einen einfachen Apparat angegeben („Zeitschrift für orthopädische Chirurgie", Bd. 12, H. 4), der diesem Zweck vollständig entspricht. Auf einem Fußbrette steht ein hölzerner hohler Galgen. In seiner Führung gleitet ein zweiter Holzgalgen hin und her, der in beliebiger Höhe durch einen hölzernen Zapfen festzustellen ist. Am oberen Ende des verschieblichen Holzgalgens sind zwei in der horizontalen Richtung verschiebliche große, breite Holzklammern angebracht. Dieselben werden vorn durch einen Ledergurt zusammengehalten. In den Holzarmen befinden sich drei Schlitze, durch die man die Ledergurte durchleiten kann. Je nachdem man das Becken eines großen oder kleinen Kindes fixieren will, zieht man den vertikalen Galgen mehr oder weniger weit aus seiner Lade heraus und entfernt ebenso entsprechend die horizontalen Klammern. Damit die Kinder auch vorn an den Füßen einen Halt haben und nicht nach vorne ausrutschen können, ist auf dem Fußbrett ein horizontaler Querstab angebracht. GRÜNBAUM.

EDUARD WEISS (Pistyan): **Ein einfaches System zur ambulanten Behandlung von Gelenkkontrakturen.**

Für Kranke, die keine permanente Zugbehandlung nötig haben oder sich einer solchen nicht unterwerfen wollen, konstruierte der Verf. eine sehr einfache Anordnung, die sich gerade deswegen überall leicht und ohne beträchtliche Kosten herstellen läßt und dabei doch wirksam und zweckmäßig ist. Als Kraft dienen Gewichte von verschiedener Größe, die man mit Hilfe einer Schlinge, Leitschnur und einiger Schneckenräder in jeder beliebigen Richtung und mit beliebiger Kraft wirken lassen kann. Der Gegenzug besteht darin, daß der betreffende Körperteil mit Zuhilfenahme einiger gepolsterter Riemen in einer dem Zuge entgegengesetzten Richtung fixiert wird. Verf. gibt dann („Zeitschrift für orthopädische Chirurgie", Bd. 12, H. 4) noch genauere Detailvorschriften für die Art und Weise der Lagerung, der Fixation etc. in Bezug auf die einzelnen in Betracht kommenden Gelenke. (Von THILO wurde genau die gleiche Anordnung bereits vor längerer Zeit angegeben und in ein System gebracht. Der Ref.) GRÜNBAUM.

M. A. WASSILJEW (Warschau): **Über Appendizitis in Inguinalhernien bei Männern.**

Verf. hat Gelegenheit gehabt („Archiv f. klin. Chirurgie", 1904, Bd. 73, Heft 1), einen Fall von Hernienappendizitis zu beobachten, und dieser Umstand veranlaßte ihn, dem Studium der Appendizitis in Inguinalhernien bei Männern näherzutreten; aus der Literatur konnte er 62 Fälle von Appendizitis sammeln. Er fand, daß das infantile und senile Lebensalter die meiste Prädisposition zur Entwicklung von Appendizitis in Inguinalhernien bei Männern abgebe, wobei das Maximum auf das Alter von 51—60 Jahren entfällt. Schon zur Zeit des intrauterinen Lebens der Frucht können sich entzündliche Prozesse abspielen, die zu einer Verlötung des Wurmfortsatzes mit dem Hoden führen. Sobald nun aber der Descensus testiculorum nach dem Hodensack stattfindet, wird auch der mit dem Hoden verlötete Wurmfortsatz nach dem Hoden gezogen. Als weiteres Moment kommen übermäßige Anstrengungen bei der Arbeit und starkes Drängen beim Stuhlgang in Betracht. Schließlich fand man im Wurmfortsatz oder in den Abszessen, die sich in seiner Nähe gebildet hatten, Fremdkörper. Die Bedeutung der Länge des Wurmfortsatzes für die Ätiologie der Hernienappendizitis konnte nicht festgestellt werden. Eine Eigentümlichkeit der Hernienappendizitis bei langsamem Verlaufe derselben ist die Bildung einer harten Geschwulst infolge von reichlicher Wucherung von Bindegewebe um den Wurmfortsatz herum, welches auf den Samenstrang übergreift, so daß Wurmfortsatz und Samenstrang ein Ganzes bilden. Die Hernienappen-

dizitis kann in akuter und chronischer Form verlaufen, wobei die akute Form selten von so stürmischen Erscheinungen begleitet wird wie die in der freien Bauchhöhle sich abspielende Appendizitis; selbst bei eintretender Perforation nimmt die Krankheit häufiger subakuten Verlauf. Es ist selten von sehr heftigen Schmerzen und von Erbrechen die Rede. Die Diagnose der Hernienappendizitis ist fast unmöglich. Das vom Verf. gesammelte Material weist nur 2 Fälle auf, in denen die Hernienappendizitis vor der Operation diagnostiziert worden ist. Bei der Bildung von Fisteln am Hodensack kann man die Appendizitis mit Hodentuberkulose verwechseln; differentialdiagnostisch kommt auch inkarzerierte Hernie in Betracht. Jedoch treten bei letzterer Erscheinungen von Darmimpermeabilität auf, die den Entzündungserscheinungen vorangehen, während bei Hernienappendizitis vor allem Entzündungserscheinungen auftreten und die Impermeabilität des Darmes erst später auftritt. Bei chronischem Verlaufe können von Zeit zu Zeit Anfälle von Colica appendicularis auftreten, die vielleicht den Verdacht auf Appendizitis erwecken. In Fällen von chronischer Hernienappendizitis mit Bildung einer harten Geschwulst ist Verwechslung mit Neoplasmen möglich. Die Prognose der Hernienappendizitis ist günstiger als diejenige der sich in der freien Bauchhöhle abspielenden Appendizitis. Therapeutisch kommen chirurgische Maßnahmen in Betracht. Man muß soviel als möglich bestrebt sein, den Hoden zu erhalten.

L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Behandlung der senilen Prostatahypertrophie** bespricht ORVILLE HORWITZ („New York med. Journ.", 1904, 20. August). Nach seinen Erfahrungen geht es nicht an, für alle Fälle eine Methode zu empfehlen; man muß individualisieren. Die Gefahren des täglichen Katheterismus sind größer als die der Radikaloperation, wenn diese im Beginne der Erkrankung ausgeführt wird. Die Indikation zur Operation besteht in dem Moment, wo die Notwendigkeit des regelmäßigen Katheterismus eintritt. In einem großen Teil der Fälle ist die BOTTINIsche galvanokaustische Inzision die sicherste und beste Methode, den Kranken von seinen Harnbeschwerden zu befreien. Besteht gleichzeitig ein Blasenstein, so kann die Litholapaxie und die BOTTINIsche Operation in einer Sitzung ausgeführt werden. Die komplette Prostatektomie soll nur in solchen Fällen, wo noch keine Komplikationen vorhanden sind, die Operation der Wahl sein. Die Mortalität derselben beträgt 5—7%. Bei schwachen, alten Leuten und bei Vorhandensein sekundärer Folgezustände beträgt die Mortalität 15—18%. Wenn die Blase weit vorgeschrittene Entzündungszustände aufweist, soll nur die suprapubische Drainage in Anwendung kommen. In 90% der Fälle kann die Drüse mit Leichtigkeit auf dem perinealen Wege entfernt werden, welcher somit die Operation der Wahl darstellt. Die suprapubische Prostatektomie ist sicherer, wenn man sie mit einer perinealen Drainage kombiniert. Die partielle suprapubische Prostatektomie ist indiziert, wenn ein klappenartiger Lappen vor dem Orificium int. liegt, oder wo nur ein Lappen hypertrophiert ist, die Kombination der suprapubischen und perinealen Methode bei enormer Hypertrophie der ganzen Drüse.

— Das **Eucainum lacticum** stellt nach LANGGAARD („Therap. Monatshefte", 1904, Nr. 8) ein weißes, nicht hygroskopisches, bei 155° schmelzendes Pulver dar, welches sich leicht in Wasser löst, und zwar lösen 100 *g* Wasser bei Zimmertemperatur 29 *g* des Salzes, so daß in 100 Teilen dieser Lösung 22·5 *g* Eukainlaktat enthalten sind. In Alkohol löst es sich zu 13% auf. Die wässerige Lösung reagiert ganz schwach alkalisch. Der Eukaingehalt des Laktats ist etwas geringer als der des Chlorhydrats. 119 *g* Eucainum lacticum enthalten soviel Eukainbase wie 100 *g* Eucainum hydrochloricum. Es lassen sich leicht und ohne Erwärmen 10—15% und noch stärkere Lösungen herstellen. Die Lösungen sind reizlos. Selbst 5%ige Lösungen zeigten am Kaninchenauge keine Reizwirkung. Das Eukainlaktat erzeugt weder Hyperämie noch Ischämie und wirkt nicht schrumpfend, es erzeugt an Ort und Stelle lediglich eine Anästhesie. Es läßt sich in gleicher Weise wie Kokain zu Injektionen für Infiltrations- und regionäre Anästhesie wie zur Anästhesierung von Schleimhäuten benutzen, während die Gefahr einer schädlichen Allgemeinwirkung sehr viel geringer ist als beim Kokain. Wenn man neben der Anästhesie eine Ischämie und Abschwellung der Gewebe zu haben wünscht, so läßt sich dies wie beim Kokain ohne Schaden für die anästhesierende Wirkung durch einen Zusatz der wirksamen Nebennierensubstanz erreichen. Es wird hierdurch sogar die anästhetische Wirkung erhöht und ihre Dauer verlängert. Verf. empfiehlt für die Augenheilkunde 2—3%ige Lösungen, 2—3%ige für die Zahnheilkunde. Zur Infiltrationsanästhesie 0·12%ige, für Nase, Rachen und Ohr 10—15%ige Lösungen.

— Die **Therapie des Pemphigus neonatorum** hat drei Indikationen zu erfüllen, die Isolation der erkrankten Kinder, die Verhinderung der Autoinokulation, die Beförderung der Heilung (BALLIN, „Therapie der Gegenwart", 1904, Nr. 7). Verf. stellte sich folgende Mixtur her:

Rp. Ichthargan.	5·0
Tragacanth.	1·5
Aq. dest.	ad 50·0

Dieses wurde in folgender Weise angewendet: Nach Abtragung der Blase wurde das Mittel auf die Wundfläche aufgestrichen, eine dünne Schicht Watte daraufgedrückt und noch einmal die Lösung daraufgestrichen. Unter dieser ziemlich festhaftenden Decke heilte die Stelle ab, nur selten war es notwendig, die Stelle ein zweites Mal zu bekleben. Diese Hülle blieb so lange liegen, bis sie von selbst abfiel, was nach 4—5 Tagen geschah, nachdem die Heilung eingetreten war. Diese Methode bewährte sich in den meisten Fällen von wenig ausgedehntem Pemphigus gut. Nur bei ganz elenden Kindern mußte infolge geringer Heilungstendenz der Haut die Pinselung öfter wiederholt werden. Für die Behandlung der ausgebreiteten Form erwies sich als ein hervorragendes Heilmittel die v. BARDELEBENsche Wismutbrandbinde, mit der der ganze Körper des Kindes in der üblichen Weise eingewickelt wurde. Um eine Beschmutzung des Verbandes, der mehrere Tage liegen bleiben soll, zu verhindern, wendet BALLIN den BENDIX-FINKELSTEINschen Apparat für Stoffwechseluntersuchungen am Säugling an. Die genaue Beschreibung dieses Apparates findet sich in der „Deutschen med. Wochenschr.", 1900, Nr. 42. Seine Handhabung ist eine sehr einfache. In der Nachbehandlung bewährten sich die vielfach empfohlenen Eichenrindenbäder.

— Zur **Behandlung des chronischen Empyems der Highmorshöhle** empfiehlt FRIEDRICH („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 37) die Anlegung einer breiten, dauernden Kommunikation zwischen Nase und Kieferhöhle in der Höhe des Bodens der letzteren, und zwar am besten durch Operation von außen her. Er löst den Nasenflügel mit einem denselben hart an der Basis bogenförmig umgreifenden, bis auf den Knochen reichenden 2 *cm* langen Schnitte ab, auf dessen Mitte ein zweiter von 1—1·5 *cm* Länge nach außen unten geführt wird. Nach Abhebelung der Weichteile und des Periosts läßt sich die Crista nasalis am Zusammenstoße von fazialer und nasaler Wand bequem freilegen. Mit Meißel und Hammer oder mit kräftiger LÜERscher Zange wird die Krista und etwa 1 cm^2 der fazialen Wand und sodann von dieser Öffnung aus, hart am Boden der Kieferhöhle hingehend, deren nasale Wand in 1 *cm* Höhe und etwa 3 *cm* Länge abgekniffen, unter Umständen dazu eine schmale Spange der unteren Muschel mit fortgenommen. Eine Verletzung der nasalen Mündung des Ductus nasolacrymalis wird damit vermieden. Jetzt läßt sich die Höhle leicht überblicken, abtasten, eventuell ausräumen. Die Tampons werden beim Nasenloch herausgeleitet, die äußeren Schnitte sorgfältigst genäht; die Narben sind nach einigen Wochen kaum sichtbar.

— Die Erfahrungen über **Isopral** faßt ARNOUX (Monogr., Montpellier 1904) in folgenden Punkten zusammen: Das Isopral ist ein Hypnotikum und Sedativum, welches in geringeren Dosen ebenso sicher wie Chloral wirkt. Der Isopralschlaf ist analog dem natürlichen Schlaf und tritt innerhalb einer halben Stunde, manchmal auch innerhalb einer Viertelstunde nach Eingabe des Präparates ein. Etwaige Nebenwirkungen sind in der gleichen Richtung zu suchen wie bei Chloral, sind aber auch jedenfalls weniger scharf markiert. Die Toxizität des Isoprals ist geringer; es beeinflußt kaum das Herz und die Zirkulation. Es regt die Magenschleimhaut an, verursacht aber kein Erbrechen. Die Dosen liegen bei 1—2 *g* bei Insomnie in-

folge schwerer Erregungszustände und bei 0·5—0·75 *g* bei leichter Schlaflosigkeit.

— Das **Mesotan** gibt SCHULTES („Deutsche mil.-ärztl. Zeitschr.", 1904, Nr. 9) stets mit Ol. olivar. aa. gemischt. Er läßt es nicht einreiben, sondern aufstreichen oder besser noch aufpinseln, die Anwendungsstelle wechseln, kein Guttaperchapapier auflegen, die behandelte Stelle nicht einwickeln, Aufbewahrung in gut verschlossener Flasche ist nötig; die benutzten Gläser müssen ganz trocken sein, weil bei Wasserzusatz Zersetzung stattfindet. Hat man Grund, bei sehr empfindlicher Haut eine Reizung zu befürchten, so kann man zweckmäßig zunächst noch stärker mit Ol. olivar. verdünnen. Man vermeide es, das Mesotan etwa auf die durch andere Einreibungen schon gereizte Haut zu bringen.

— Aus einem neuen **Nebennieren-Präparat** der Höchster Farbwerke, dem borsauren Suprarenin, läßt H. BRAUN von der Firma G. Pohl in Schönbaum bei Danzig komprimierte Tabletten herstellen, von denen jede 0·01 Kokain, 0·00013 Suprarenin. boricum und 0·009 Chlornatrium enthält („Zentralblatt für Chirurgie", 1904, Nr. 20). Eine Tablette, in 1 *cm*³ sterilisiertem Wasser aufgelöst, ergibt die für eine Zahnextraktion erforderliche Kokain-Suprareninlösung. Eine Tablette, in 100 *cm*³ Kochsalzlösung aufgelöst, ergibt eine Mischung, mit der man fast vollständige Blutleere und langdauernde Anästhesie in damit infiltrierten Geweben erzeugen kann.

Literarische Anzeigen.

Die Wasserkur. Briefe an einen jungen Freund von **Hofrat Dr. C. Mermagen.** Stuttgart 1904, F. Enke.

Nach Besprechung der historischen Entwicklung der Hydrotherapie und deren Stellung zur Schulmedizin und zum Kurpfuschertum schildert Verf. in leicht faßlicher Form die wissenschaftliche Grundlage und die verschiedenen Anwendungsformen dieser Heilmethode. Überall beschränkt er sich darauf, die allgemein gültigen Gesichtspunkte festzustellen und vermeidet es, spezielle Indikationen für diese oder jene Prozedur mitzuteilen; besonders wertvoll sind die Winke und Ratschläge, welche der erfahrene Verf. für den Aufenthalt in der Wasserheilanstalt gibt. Mit einer Besprechung der Erkältungs- und Abhärtungsfrage schließt dieses Buch, das es verdient, nicht nur vom gebildeten Laien, für den es bestimmt ist, gelesen zu werden; auch der praktische Arzt wird daran Vorteil und Vergnügen finden. A.

Lehrbuch der Chirurgie für Ärzte und Studierende. Von **Dr. Franz König,** ordentlicher Professor der Chirurgie etc. Achte Auflage. I. Band mit 145 Holzschnitten. II. Band mit 126 Holzschnitten. Berlin 1904. Verlag von Aug. Hirschwald.

Zwei Bände des von den früheren Auflagen her rühmlichst bekannten Werkes liegen in achter Auflage vor uns. Die Vorzüge dieses für uns alle unentbehrlich gewordenen Buches sind zu bekannt, als daß es notwendig wäre, dieselben nochmals hier hervorzuheben. Es sei daher nur konstatiert, daß die neueren Fortschritte der operativen Chirurgie in der neuen, letzten Auflage weitgehende Berücksichtigung gefunden haben; eine neuerliche Vermehrung der Seitenzahl ist die Folge. Um ein gleichzeitiges Erscheinen zweier Bände zu ermöglichen, hat KÖNIG seinen Sohn, Prof. FRITZ KÖNIG, als Mitarbeiter für den zweiten Band gewählt, ohne daß dadurch die Einheitlichkeit des Werkes gelitten hätte. Der dritte Band wird noch im Laufe des Jahres erscheinen. E.

Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. Von **Prof. Dr. J. Sobotta.** München 1904, J. F. Lehmann.

Der vorliegende Atlas ist Band III der rühmlichst bekannten Lehmannschen medizinischen Atlanten. Er enthält 19 farbige Tafeln sowie 187 zum Teil mehrfarbige, nach Originalen angefertigte Abbildungen. Wenn es die Aufgabe eines Bildwerkes zu Studienzwecken ist, die darzustellenden Objekte zu schematisieren, sie auf Kosten der Naturtreue recht scharf umrissen, plump, drastisch, darzustellen, um so die Instruktivität des Bildes zu erhöhen, dann hat der Autor seine Aufgabe gelöst. Wir kennen allerdings mehrere anatomische Atlanten, welche diesem Zwecke nicht auf Umwegen, sondern auf dem direkten Wege guter zeichnerischer Nachbildung und Reproduktion zu entsprechen wußten, in denen eine Schleimhaut nicht einer erstarrten, groben Gipsmasse gleicht, die Muskulatur nicht wie eine derbe Holzschnitzerei erscheint oder gar der Penis einem dorischen Säulenschafte zum Verwechseln ähnlich sieht. Andere Bilder, z. B. jene des Herzens, können hingegen als vortrefflich gelungen bezeichnet werden. Auch bei den großen „Durchschnitten" kann man sich das scharfe Schematisieren ganz gut gefallen lassen. Die Kolorierung der Farbentafeln ist durchwegs unnatürlich. Dem begleitenden Texte so wie dem „Grundriß der deskriptiven Anatomie des Menschen" des nämlichen Autors ist nur das Allerbeste nachzusagen. BRAUN.

Feuilleton.

Amerikanisches Ärztewesen.

Von **Dr. Gustav Baar,** Portland, Oregon, United States of North Amerika. *)

I.

M. H.! Ihrer liebenswürdigen Einladung folge ich mit großem Vergnügen, möchte aber im vorhinein um Entschuldigung bitten, daß ich es unternehme, vollständig unvorbereitet aus dem Stegreife zu sprechen. Die Beobachtungen, die ich Ihnen hier mitteilen werde, habe ich aus eigener Erfahrung und Anschauung in den letzten 5½ Jahren meiner Praxis in Amerika gemacht. Ich habe zu wiederholten Malen Reisen vom Osten zur Westküste, vom Norden zum Süden und umgekehrt unternommen, die Verhältnisse am Lande ebenso wie in der Stadt genau studieren können. An der Hand meiner Erlebnisse nun will ich meine Anschauungen über das amerikanische Ärztewesen Ihnen kundgeben.

Wer sind die Leute, die ich drüben in der Praxis vorfand?

In erster Linie sind es sogenannte „reguläre" Ärzte, die aus verschiedenen Schulen hervorkamen und demgemäß eine verschiedene Bildung besitzen. Es gibt in Nordamerika 70 Millionen Einwohner mit 200.000 Ärzten, deren Namen, Wohnort, Jahr der Diplomierung genau in POLK's Directory verzeichnet sind. Von diesen 200.000 Ärzten gehören 80.000 der „Nationalen Organisation" von Ärzten der Vereinigten Staaten Nordamerikas an. Dieser Organisation darf nur derjenige Arzt angehören, der strikte den Statuten derselben folgt, und diese Statuten — das möchte ich mir gestatten im vorhinein zu bemerken — sind viel strikter, was Ethik anbelangt, als die österreichischen. Ich werde darauf später noch zurückkommen.

Die Ärzte jeder Stadt, jedes Städtchens, Dorfes und Dörfchens sind zu lokalen Gesellschaften vereinigt, die regelmäßig zusammenkommen und sowohl Standes- wie wissenschaftliche Angelegenheiten besprechen. Die lokalen Gesellschaften sind wieder vereinigt zu Bezirksgesellschaften und diese zu Staatsgesellschaften, so daß jeder der 44 vereinigten Staaten seine ärztliche Staatsgesellschaft hat. Die Abgeordneten dieser Staatsgesellschaften, welche von deren Mitgliedern gewählt werden, treffen alljährlich in einer sogenannten „nationalen Konvention" zusammen, so daß die in jedem Jahre stattfindende „Ärzteversammlung der Vereinigten Staaten Nordamerikas" die Repräsentanz aller dortselbst praktizierenden Ärzte darstellt.

Diese Ärzte nun, meine Herren, sind ganz andere Menschen als wir. Während wir höchst ideale und unpraktische Menschen sind (in der Regel wenigstens), sind jene höchst praktische und nicht immer sehr ideal veranlagte Herren. Dies entspricht übrigens ganz ihrer Erziehung, die ganz verschieden von der unserigen ist. Als Schüler verbringt der junge Amerikaner 6—8 Jahre seines Lebens, ohne die Route zu kennen, die er späterhin einschlagen soll, ohne

*) Nach Vorträgen im „Ärztlichen Vereine des I. Bezirkes" und im „Vereine der Ärzte des IX. Bezirkes" in Wien im Dezember 1904.

die Nachmittage mit Fleißaufgaben und Nachhilfe des Korrepetitors zu Hause zu versitzen, sondern er geht früh in die Schule, findet dort seine Bücher, aus denen er lernt, während er in der Schule ist. Nachmittags ist er frei — für Gelderwerb.

Es ist sehr interessant, kleine Jungen aus besten Familien auf ehrliche Weise Geld verdienen zu sehen. Ich erinnere mich nur zu lebhaft an das Geheul vor der Verkaufsstelle einer großen Zeitung, an die originellen und witzigen Geschäftsbemerkungen dieser kleinen Buben. Auch mit Agiotage beim Verkaufe von Theaterbillets verdient so mancher Junge hübsches Geld; oft stellt er mehrere Kollegen an, ein jugendlicher Kapitalist, der den Dollar zu schätzen und zu verwerten weiß. Der Junge wird sich schämen, seinen Vater um 5 Cents zu ersuchen, er wird sie lieber selbst verdienen. Nachdem er 14 Jahre alt geworden, wird sein Gehirn nicht mit Griechisch und Latein gemartert, auch nicht mit höherer Mathematik, sondern er geht ins Leben, Geld verdienen, sich selbst unterstützen. Eine Lehrzeit gibt es nicht, es gibt auch keinen Befähigungsnachweis, der Lehrjunge muß für die Arbeit, die er leistet, bezahlt werden, und es ist nichts Ungewöhnliches, Burschen von 14—16 Jahren zu finden, die 5 bis 6 Dollars (25—30 K) wöchentlich verdienen, sich dabei sehr nett kleiden und des Abends in die Fortbildungsschule gehen, in denen man in den verschiedensten Fächern für geringes Honorar Unterricht erhält. Hier lernt man in den Abendstunden Algebra, Geometrie, Astronomie, Latein, Stenographie und ganz besonders englische klassische Literatur.

Von ganz außerordentlicher Bedeutung für die jungen Leute ist die geradezu großartige Organisation der „Young Men Christian Association", die in sämtlichen Städten ihre Filialen besitzt, welche in der Regel große Anstalten mit Turn-, Lese-, Vortrags-, Theaterhallen und Schwimmschulen sind. Sie bietet ihnen das, was bei uns das Gymnasium nicht leisten kann: Praktische Bildung. So habe ich zu wiederholten Malen Jungen zwischen 16—18 Jahren gesehen, die tagsüber Kellner, Wärter, Kondukteure, Schreiber, Stenographen etc. waren und abends diese Schulen zur Fortbildung fleißig besuchten. Diese Schulen sind aber trotz ihres Namens akonfessionell.

Nachdem sich der Junge derart einige Dollars erspart hat oder am Lande als Farmer oder Barbier gearbeitet (meine Herren, das sind lauter persönliche Erfahrungen!), entschließt er sich, auf das „Medical college" zu gehen, d. h. in die Medizinschule, deren es über 120 in den United States gibt. Die besseren davon, so z. B. die Harward, Yale, Columbia, California, Pennsylvania, Michigan, Northwestern University und einige andere verlangen heute schon, daß ihre Besucher „College"-Vorbildung haben, also etwas der Gymnasialbildung Ähnliches; es müssen die Besucher außer der Normalschule 4 Jahre „College" besucht haben, um in die Universität eintreten zu dürfen; die meisten Medical colleges-Aktiengesellschaften verlangen aber gar kein College-Zeugnis, sondern nur die Ablegung einer Aufnahmsprüfung, die in Lesen, Schreiben, etwas Latein, vielleicht auch Algebra besteht.

In diesen Universitäten werden in der Regel 3—4mal sechs Monate verbracht; während dieser Zeit wird fleißig gearbeitet, dann wird man diplomiert als M. D. und auf die Menschheit losgelassen. Im wahren Sinne des Wortes losgelassen, denn alle diese jungen Ärzte (von 20 Jahren aufwärts) gehen, um Erfahrungen zu sammeln, meist vor allem aufs Land und beginnen sofort Praxis auszuüben. Nachdem sie 6—7 Jahre als Landärzte praktiziert und etwas Geld erspart haben, gehen sie zurück an die besseren Universitäten, die über großartige Laboratorien und sehr gute Lehrkräfte verfügen und mit großen Spitälern in Verbindung stehen, um hier die sogenannte „postgraduate courses" zu nehmen. Jeder Arzt, der nur halbwegs imstande ist, dies zu tun, tut es auch, da er daraus Kapital macht.

Er lernt schneiden, und daß im Schneiden Geld liegt, weiß der Arzt drüben ebensogut wie hier, nur weiß er es früher, weil sein Geschäftssinn früher entwickelt ist als unserer.

Die jungen Männer, die an die besseren Universitäten gehen, müssen ganz tüchtig arbeiten, um promovieren zu dürfen, für gewöhnlich 4—5 Jahre. Kneipen, Bummeln gibt es nicht, wohl aber viel körperlichen Sport: Schwimmen, base-ball, foot-ball. Meist sind es Leute aus besser situierten Familien, oft genug aber solche, die als Kellner etc. während der Studienzeit ihr Leben fristen. Arbeit ist nämlich in jenen Landen, solange sie ehrlich ist, keine Schande, in welcher Form immer sie geleistet wird.

Schon während seiner Studienzeit kommt der Student — ich spreche jetzt von den besseren Universitäten — in die Lage, bei Operationen zu assistieren, persönlich einzugreifen, und hat nicht etwa aus 5—10 Schritt Entfernung zuzuschauen, wie der Herr Hofrat operiert. Tupfer reichen, Instrumente putzen, Seide präparieren etc. ist drüben nämlich Sache der Wärterinnen. (Bezüglich der Wärterinnen sei folgendes erwähnt: Es sind meist sehr intelligente Frauen, die einerseits zu den genannten Dienstleistungen herangezogen werden, andrerseits auch Injektionen, subkutane Infusionen etc. vornehmen, nachdem sie zu ihrem Berufe in zweijährigen Kursen herangebildet worden sind. Dabei sind es höchst anständige Personen, die nie den Ärzten Konkurrenz bereiten, vielmehr für den Arzt, von dem sie angestellt sind, wirksame Reklame machen.) Dazu würde sich auch der Amerikaner, der sein Schulgeld bezahlt (Kollegiengeldbefreiung gibt es nicht!), nicht hergeben. Aber klinisch, in interner Medizin und Diagnostik, ist der frisch graduierte Arzt drüben nicht so vorgebildet wie hier, denn drüben gibt es kein sogenanntes Material. Jeder Mensch ist ein Fürst, ein Prinz und muß als solcher gleichwertig behandelt werden. Es gibt kein Kommando „Legen Sie sich nieder oder wir schmeißen Sie hinaus". Nur in den sogenannten „ward-room", das sind Zimmer mit mehreren Betten, die billiger sind, also weniger zahlende Patienten beherbergen, findet die Klinik statt. Der größte Teil des Krankenhauses ist aber von Einzelzimmern eingenommen. Ich muß bemerken, daß ich da vom Westen und Mittelwesten spreche; im Osten in Baltimore, Chicago, Philadelphia, New-York sind den europäischen sehr ähnliche Zustände, wie vielleicht manchem der Anwesenden bekannt ist.

Aber in den Osten zu gehen, würde ich keinem praktischen Arzte raten, denn der ist zumindest ebenso überfüllt wie unser schönes, liebes Wien. Es sind da eben mehr europäische Verhältnisse. Das wirkliche Amerika beginnt erst westlich von Chicago — das sei nebenbei bemerkt.

Sie haben also, meine verehrten Herren Kollegen, gesehen, welche Ausbildung Ihre Kollegen drüben erhalten haben. Der amerikanische Arzt hat schneiden gelernt, während Sie nur gelernt haben, davor Furcht zu haben und jedweden einigermaßen seriösen Fall dem Herrn Hofrat oder ins Krankenhaus zu schicken. Drüben aber ist der Kollege Krankenhaus, Hofrat, Professor, Direktor und Arzt in einer Person — wenn er es leisten kann!

Sie würden staunen, meine Herren, wenn Sie sehen würden, wie diese jungen Leute aufs Land hinaus gehen, sich kleine Spitäler oder Sanatorien für einige Tausend Dollars bauen (nach 2—3jähriger Landpraxis), kleine aseptische Operationssäle einrichten, Wärterinnen abrichten und alles selbst operieren und, wie ich Sie versichern kann, mit gutem Erfolg. Denn würden sie schlechte Erfolge haben, so würden sie ihre Praxis verlieren und die Kosten eines Spitales nicht bestreiten können.

Sie werden mir einwenden, das sei alles Humbug. Barnum sagte, daß das amerikanische Volk gehumbugt werden wolle — das ist richtig —, aber vergessen Sie nicht, was unser großer Freiheitskämpfer Lincoln sagte, der sein Volk sicherlich sehr genau kannte, denn er wurde vom einfachen Farmer Präsident der Vereinigten Staaten zu einer Zeit, zu der das Land den großen Sprung in die Neuzeit machte: „You may fool some people all the time, you may fool all people some time, but you can't fool all the people all the time."

Der Amerikaner läßt sich also zeitweise humbugen, aber Sie können nicht das ganze Volk auf die Dauer humbugen. Wenn so ein praktischer Landarzt nicht wirklich etwas versteht und faktisch gut operieren kann, so verliert er seine Praxis sehr bald und macht Platz demjenigen, der ihn überflügelt.

Wenn Sie aufs Land kommen, so finden Sie selbst in Dörfchen von 400—500 Einwohnern gewiß zwei Ärzte vor — ich spreche da vom Westen und Mittelwesten, denn im Osten finden Sie wahrscheinlich schon mehr als zwei Kollegen in jedem Örtchen. Aber vergessen Sie nicht, daß im Westen und Mittelwesten Amerikas zu jedem

Dörfchen die Farmer im Umkreis von 10—30 Meilen gehören, Leute, die nach guter Ernte immer gut zahlen, also diese Zahl von Ärzten auch erhalten können. Über das Einkommen will ich später sprechen und jetzt zur Frage zurückkehren: „Wer praktiziert in Amerika?"

Außer den Landärzten gibt es sehr viele Ärzte in den großen Städten. In der Stadt, in der ich praktiziere, einer Stadt von 130.000 Einwohnern, gibt es 250 Ärzte, von denen 20 sehr tüchtige Leute sind und für gewöhnlich am Lande und in den sogenannten postgraduate courses ihre Ausbildung erhalten haben. Darunter ist ein Kollege, den ich selbst eine doppelseitige Dekapsulation der Niere innerhalb 11 Minuten vollführen sah. Von der Geschicklichkeit dieser Ärzte können Sie sich kaum recht eine gute Vorstellung machen, und so ein Arzt ist nicht Hofrat, Primarius etc., sondern ein ganz gewöhnlicher praktischer Arzt, der einen Typhus ebensogut behandelt, wie er eine Gallensteinoperation ausführt, und solche Leute gibt es drüben massenhaft. Die Stadtärzte sind in der Regel, wie Sie sehen, besser ausgebildet als die Landärzte, und ich kann ruhig erklären, daß die Majorität derselben ihre Erziehung auf dem Lande genossen hat.

Außer diesen „regulären" Ärzten gibt es noch sehr zahlreiche anders benamsete Leute, die aber ebenso Praxis ausüben wie Ärzte. Ich möchte da vor allem von der in den letzten Jahren aufgetauchten Schule der „Osteopathen" sprechen, von deren Vertretern es überall wimmelt, Leute, die durch Klopfen auf die Knochen und Massieren der Muskeln zahlreiche Fälle von Neurasthenie, der Nationalkrankheit Amerikas, die ich scherzweise „Amerikanitis" nennen möchte, geheilt haben und, mirabile dictu, von allen Volksschichten aufgesucht werden. Sie verschreiben keine Medikamente, nehmen aber den praktischen Ärzten einen guten Teil ihrer Praxis fort.

Dann gibt es Masseure und Masseusen, von denen viele ihre eleganten Bureaus haben, viele damit gleichzeitig Dampf- und russische Bäder und Schwimmschulen kombinieren, so eine Art hydrotherapeutischer Anstalt besitzen und ihre Patienten entweder selbst aufsuchen oder durch Ärzte zugeschickt bekommen. Anständige Ärzte massieren nämlich nicht selbst, dies gilt drüben als nicht fair.

Außerdem gibt es die sogenannten „KEELEY-Institute", in denen die Trunk-, Morphium- und andere Suchten mit Geheimmitteln geheilt werden und die sehr populär sind.

An Popularität werden diese Anstalten weitaus übertroffen von den „Battle Creek Sanatoria" der Adventisten.

Das erste derselben wurde in Battle Creek Michigan von der Religionsgenossenschaft der Adventisten gegründet. Es ist ein Sanatorium, das mit einem Kostenaufwande von einer Million Dollars erbaut wurde, in dem keine Medikamente verschrieben werden, die Patienten an strengen Vegetarianismus, Hydrotherapie, Elektrisieren etc. gebunden sind; der Präsident des Institutes ist einer der vorzüglichsten Chirurgen Nordamerikas. Das Institut hat Filialen im ganzen Lande errichtet, in denen nicht nur für die Adventistenkirche, sondern auch für das Sanatorium rege Propaganda gemacht wird.

Nicht unerwähnt möchte ich bei dieser Gelegenheit lassen, daß die Christian Science, das Gesundbeten, über eine Million Anhänger in den United States hat, in vielen Städten die herrlichsten Kirchen besitzt und — was das Traurigste an der Sache ist — die reichste Klientel. Meine Herren, Sie würden staunen, wenn Sie beispielsweise in die Kirche der Christian Science in der Stadt, in der ich praktiziere, an einem ihrer wöchentlich zweimal stattfindenden Versammlungstage eintreten würden. Personen von hoher sozialer Stellung, die als hochintelligent gelten und gewöhnlich auch sehr wohlhabend sind, sitzen da und lauschen den „Testimonials" — Zeugenschaftsablegungen — von Patienten, die alle Ärzte konsultiert hatten, als inkurabel erklärt wurden und durch die Christian Science geheilt worden zu sein bezeugen. Bei all diesen Wunderkuren handelt es sich zumeist um „Amerikanitis"-Fälle oder Fehldiagnosen. Den großen Anhang verdankt diese „Heilkirche" einerseits dem Mangel an diagnostischer Kunst bei den Ärzten, andrerseits dem Mangel an philosophischer Weltanschauung seitens des Publikums.

Bei diesem Anlasse möchte ich auch von den sogenannten „Patentmedizinen" sprechen, das sind Geheimmittel, die, in spaltenlangen Annoncen der Tagesblätter angepriesen, mit Begleitschreiben angesehener Laien sowohl als auch sehr oft mit Attesten von Ärzten dokumentiert sind und alle möglichen und unmöglichen Leiden zu heilen imstande sein sollen. Wenn Sie bedenken, daß selbst der Bauer in der Einöde oder im Urwalde seine 3—4 Zeitungen im Hause hat, daß es keine Illiteraten in Nordamerika gibt außer jenen, die importiert werden, so werden Sie die Wichtigkeit dieser Patentmedizinen verstehen. Die Leute lesen die Annoncen und sagen: wir wollen es jedenfalls versuchen. Eine Flasche hilft nicht, man kauft also zwei, drei und mehr, und da man sich danach besser zu fühlen beginnt (viele dieser Geheimmedizinen enthalten im Grunde genommen nichts als Morphium und Alkohol), wird weiter eingenommen, bis man chronischer Morphinist oder Alkoholist geworden ist.

Sämtliche Apotheken verkaufen alle diese in den Lokalblättern angepriesenen Patent-Medikamente im Handverkauf. Das Volk — nicht nur der Plebs, sondern sehr oft auch der besser situierte Angehörige des Mittelstandes — kommt in die Apotheke und kauft. Ich möchte nebenher erwähnen, daß man in den Apotheken auch andere Dinge erhält, so beispielsweise Rasiermesser, Zahnbürsten, Kleiderbürsten, Seifen, Spiegel, Uhren und andere Hausutensilien. Ein Gutes, meine Herren, glaube ich aber in den spalten- und oft seitenlangen Annoncen sehen zu können: die Leute bleiben nicht indolent ihren Leiden gegenüber, sondern werden vielmehr durch die Beschreibung so vieler Symptome auf dieselben aufmerksam gemacht und suchen, da natürlich in den meisten Fällen die Patentmedizin nicht hilft, schließlich doch den Arzt auf. Am Lande also ist schließlich und endlich diese Reklame für den Arzt nicht schlecht.

Lassen Sie mich noch einiges von den weiblichen Ärzten sprechen. Die Ärztinnen, die ich vorgefunden habe, waren meist ganz angenehme, manche darunter sehr schöne Frauenzimmer, die vielfach Frauen- und Kinderpraxis ausüben, in wichtigeren Angelegenheiten aber stets den Arzt rufen oder aber sans façon von den Familien zur Seite geschoben werden. Einige von ihnen betreiben Abortus en gros, fahren in eleganten Equipagen und leben in großem Stile. Wenn's schief geht, senden sie den Fall zum Chirurgen, der ihn dankbar annimmt. In kriminelle Verwicklungen geraten sie selten, da die Familien der betreffenden Patientinnen sich nicht gern kompromittieren lassen. Es ist also diese Art von Erwerb eine wenn auch von den meisten regulären Ärzten sehr verachtete, aber sehr einträgliche und nicht besonders gefährliche. Jener Arzt, der die Achtung seiner Kollegen erwerben will, dürfte sich niemals mit diesen schmutzigen Dingen abgeben, speziell aber nicht der Ausländer, auf den die Behörden sofort niederschießen würden. Das darf nur der Arzt riskieren, der im Lande geboren ist, seine Verhältnisse gut kennt und politischen Einfluß besitzt. Der kann auf diese Weise auch reich werden.

Ich kenne einige prominente Ärzte, die keinen Moment zögern, in den Familien, in denen sie Hausärzte sind, Abortus einzuleiten. Ja, ich kenne sogar einen Gynäkologen, Prüfer bei den Staatsexaminis (aus Gynäkologie), die jeder Arzt vor der Niederlassung in jedem Staate bestehen muß, von welchem allgemein bekannt ist, daß er als Abortionist sein Geld gemacht hat. Daß er Mitglied der Staatskommission für die medizinische Staatsprüfung ist, verdankt er durchaus nicht seinem Wissen, sondern, was Ihnen, meine Herren, geradezu unglaublich erscheinen mag, seinem großen politischen Einfluß. Die Prüfungskommission wird nämlich vom Gouverneur ernannt.

Es wäre ein unvollständiges Bild der amerikanischen ärztlichen Verhältnisse, wenn ich nicht noch einige Worte den „Quecks" widmen möchte, die von Ort zu Ort fahren, etwa „der große deutsche Doktor OPPENHEIM" sich nennen, abends auf einen Wagen steigen, den sie mit farbigen Laternen beleuchten, damit eine Bühne improvisieren, ein oder zwei Negerlieder singen und Banjo (ein Neger-Saiteninstrument) spielen lassen, Witze zum besten geben, bis sich eine recht große Menschenmenge um sie gesammelt hat und nachher ein Geheimmittel, sagen wir um 25 Cents, verkaufen. Diese Quecks leben stets in den feinsten Hotels.

Dann gibt es noch Leute, die als reguläre Ärzte begonnen, aber in der Praxis Schiffbruch gelitten haben, dann annoncieren (spaltenlang) und unter die Quacksalber gehen, oft große Institute gründen, in denen wissenschaftlich und unwissenschaftlich Polypen

aus der Nase und Gelder aus der Tasche gezogen werden. In solche Institute sieht man nicht nur den unwissenden Farmer, sondern auch gebildete Frauen gehen.

Endlich gibt es noch unentgeltliche Ambulatorien, drüben „Dispensary" genannt, sowohl privater Natur als auch in den Spitälern, welch letztere gewöhnlich von den verschiedenen Religionsgenossenschaften gegründet und erhalten werden, so daß katholische, episkopalische etc. Spitäler bestehen. Nun aber besteht bezüglich der ärztlichen Tätigkeit in diesen und den hiesigen Spitälern ein ungeheurer, außerordentlich wichtiger Unterschied: Jeder Arzt hat drüben das Recht, seine Patienten in jedes Spital zu schicken, bleibt aber, wenn er will, dessen behandelnder Arzt, der seinen Patienten jederzeit sehen kann, ihm die Rechnung für die Spitalsvisiten schickt und auch dafür Bezahlung erhält. Handelt es sich um einen operativen Fall und fühlt sich der Arzt imstande, die Operation auszuführen, so macht er sie im Spitale so wie jeder andere. Der Fall wird also nicht wie hier dem Herrn Hofrat zugeschickt, sondern unter eigener Verantwortung vom Arzte selbst operiert.

Die Preise im Spitale sind billiger im Ward room (7 Dollar wöchentlich); ein separates Zimmer kostet 14—30 Dollar, worin Medikamente in der Regel eingeschlossen sind. Nutzanwendungen aus dieser Mitteilung zu ziehen, wäre für die Herren Kollegen vielleicht von großem Vorteile. Ich glaube, daß es unter Ihnen zahlreiche Kollegen gibt, die ihre Fälle selbst operieren könnten und bei der derzeitigen Einrichtung verlieren müssen.

(Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XIV.

Abteilung für Kinderheilkunde.

M. PFAUNDLER (Graz): **Physikalisch-chemische Untersuchungen an Kinderblut.**

Nach einem Überblicke über den derzeitigen Stand der Säurevergiftungs-Hypothese von CZERNY und KELLER bei den chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge berichtet PFAUNDLER über die Ergebnisse der von ihm ausgeführten Bestimmungen der Blutalkaleszenz bei Kindern. Hierzu diente ihm ein nach dem Prinzipe HÖBERS von FARKAS ausgearbeitetes Verfahren. Dabei wird das Blutserum zur Beschickung einer kleinen Säure-Alkali-Kette benutzt, deren elektromotorische Kraft ein direktes Maß für den OH-Ionengehalt des Serums darstellt. Es wird somit nicht das sogenannte titrierbare Alkali, sondern der Gehalt an OH-Ionen bestimmt, der einzig und allein das exakte absolute Maß der Alkaleszenz von Flüssigkeiten darstellt. Die vorläufigen Ergebnisse dieser Bestimmungen sind folgende:

1. Der OH-Ionengehalt des Serums bei Kindern beträgt etwa $0·2 \times 10^{-7}$ bis $3·4 \times 10^{-7}$, ist somit kaum größer als der des destillierten Wassers bei Zimmertemperatur. Das Kinderblutserum kann daher „neutral" genannt werden sowie es FARKAS und SCIPIADES im Vorjahre betreffend das Serum des Erwachsenen festgestellt haben.

2. Die Alkaleszenz des Blutserums scheint im Laufe des extrauterinen Lebens allmählich anzusteigen.

3. Fünf an chronischen Magendarmstörungen leidende Säuglinge boten außerordentlich schwankende Alkaleszenzwerte, die in keinerlei fixen Beziehungen zu der renalen NH_3-Ausscheidung standen.

4. Bei den frühgebornen Kindern wurden sehr niedere Alkaleszenzwerte gefunden. Wenn man bedenkt, daß OH-Ionen in minimalsten Mengen aktivierend auf lebende Zellen einwirken, den oxydativen Stoffwechsel anregen, ja nach HÖBER geradezu als Fermente im Organismus funktionieren, erscheint es gerechtfertigt, an einen kausalen Zusammenhang zwischen dem geringen OH-Ionen-Gehalte des Blutes der Frühgebornen und der Inaktivität ihrer Organe zu denken.

5. Die Einführung eines vegetabilen Ernährungsregimes bei älteren Individuen und die hypodermatische Anwendung von sogenannten „künstlichem" Serum bei Säuglingen schien in einigen Fällen den OH-Ionengehalt des Blutserums deutlich zu erhöhen.

SPIEGELBERG (München) erstattet einen kurzen Rechenschaftsbericht über die vorläufigen Ergebnisse der im Vorjahre von der Gesellschaft für Kinderheilkunde eingeleiteten Sammelforschung über die BARLOWsche Krankheit. Auf die versandten Fragebogen und Fehlanzeigeformulare waren von 16 Beobachtern 59 Fälle aus der durch die Vorbereitungen bedeutend verkürzten ersten Jahresperiode zur Kenntnis gebracht worden. Diesen stehen gegenüber 130 Fehlanzeigen und 53 Nichtbeantwortungen, zusammen 183. 78% der Fälle treffen auf Berlin (40) und Dresden (6). Unter diesen läßt sich eine Abnahme von 1903 auf 1904 bemerken. Die übrigen Fälle verteilen sich einzeln auf: Breslau, Wien, Wiesbaden, Frankfurt a. M., Straßburg, Paris, Zürich; auch in Murnau in Oberbayern kam ein Fall zur Beobachtung. Für Ungarn, Rom, Genf, Graz wurde ausdrücklich angegeben, daß zu keinen Zeiten BARLOWsche Krankheit beobachtet worden ist. Die Ergebnisse stimmen mit früheren Erfahrungen überein. Über Ursachen, Ernährungsfragen usw. haben die einstweiligen Mitteilungen noch keine nennenswerte klärende Ausbeute gebracht. Die Sammelforschung soll einer erschöpfenden Bearbeitung erst nach Ablauf mehrerer Jahre unterzogen werden.

HEUBNER (Berlin): **Ein weiterer Beitrag zur Energiebilanz des Säuglings.**

HEUBNER berichtet über einen weiteren Kraft- und Stoffwechselversuch, der im RUBNERschen Institut an einem Ammenkinde angestellt wurde, das eine ganz hervorragende Entwicklung hervorgebracht hatte. Das Kind, ein Knabe, wog bei der Geburt 4·06 *kg*, am 8. Tage 3·78 *kg*. Das Kind hatte bis zum Ende der 24. Woche schon bis auf 10·14 *kg* zugenommen und wog am Ende der 32. Woche 11·86 *kg*. Das Volumen der aufgenommenen Nahrung (Frauenmilch) betrug in den ersten Wochen 600 *g*, bis zur 12. Woche 1000 *g*, Ende des 6. Monats 1200 *g*.

Der Energiequotient betrug:

bis Ende des 3. Monats	100—106
„ „ „ 4. „	90
„ „ „ 5. „	80
später	70

Das Kind entwickelte sich in all seinen Funktionen gleich ausgezeichnet.

	Ende des 6. Monats	Ende der 33. Woche (Zeit der Versuche)
Körperlänge	71	77
Kopfumfang	46	48
Brustumfang	49	52
Bauchumfang	49	52

Der Versuch ist insofern nicht gelungen, als die enorme Lebhaftigkeit und Unruhe des Kindes, das in der energischesten Weise gegen den Aufenthalt im Versuchsraum protestierte, eine Verwertung der gewonnenen Zahlen für den Stoffwechsel des gesunden hungernden ruhigen Kindes nicht ermöglichte.

Der Versuch gibt aber interessanten zahlenmäßigen Aufschluß darüber, welche große Mengen von Energie durch das Schreien und die äußere Arbeit verloren gehen, und daß diese äußere Arbeit bei der Energiebilanz des Säuglings eine größere Bedeutung hat, als ihr gewöhnlich zugeschrieben wird. Am ersten Tage (15 Stunden) nahm das Kind um 250 *g* ab. Es war sehr unruhig und schrie sehr viel, diese Abnahme wurde am nächsten Tage wieder ausgeglichen. In den drei mittleren Tagen des 5tägigen Versuchs nahm das Kind nicht zu, obwohl bei 1250 *g* Aufnahme alles gut ausgenutzt wurde.

Die N-Zufuhr betrug 5·96,
„ N-Ausfuhr „ 4·52,
„ N-Retention „ 1·44, täglich also 0·5 *g*.

Die Kohlensäureproduktion pro Quadratmeter war 17·4, bei dem früher untersuchten Brustkind betrug sie 13·5, d. h. eine Vermehrung um 21%.

Die Kohlenstoffbilanz war: Einnahme 260, Ausgabe 275·5, also pro Tag Verlust etwa 4·5 *g*.

Wasserbilanz pro Tag.

Einnahme	vom 2.—4. Tage	1214 *g*,
Ausgabe	„ 2.—4. „	1116 „
	Differenz +	98 *g*.

Die flüssige Abgabe (Schweiß) war pro Stunde am 1. Tage 45·1% der Gesamtabgabe, am 2.—4. Tage 18·1% der Gesamtausgabe. Am 1. Tage 27·7 *g* pro Stunde, am 2.—4. Tage 18·4 *g* pro Stunde. Somit

erklärt sich der Gewichtsabsturz lediglich durch den enormen Wasserverlust. Der Versuch erklärt aber auch die sehr gute Entwicklung des Kindes, der Knabe hatte einen ausgezeichneten Darm, in den früheren Versuchen gingen 5·8%, in den jetzigen 3·6% der eingeführten Energie mit dem Kot verloren. Der physiologische Nutzeffekt betrug bei dem früher untersuchten Kinde 8·4%, bei dem jetzigen 6·6%.

Pfaundler (Graz) weist darauf hin, daß er auf das Verhältnis zwischen Abnahme des Körpergewichts und Wasserausscheidung bei starker Lungenatmung (Schreien) bereits auf der Naturforscherversammlung in München hingewiesen hat. Er legt viel Gewicht darauf, daß der Säugling sich ruhig verhalte und will zur Erreichung dieses Zieles auch kleine Konzessionen machen, z. B. den Borsäure-Schnuller und die Wiege.

Theodor (Königsberg) warnt vor dem Schnuller.

Swoboda (Wien) und **Rommel** (München) sprechen sich in demselben Sinne wie PFAUNDLER aus.

Pfaundler verteidigt den Borsäure-Schnuller nach ESCHERICH, der vollkommen aseptisch behandelt werde.

Schlossmann warnt vor Konzessionen wie den Schnuller etc. Die Kinder haben, wenn sie schreien, eben Grund dazu. Wenn sie sich wohl fühlen, schreien sie nicht.

Czerny (Breslau) stimmt SCHLOSSMANN zu und glaubt, daß die Kinder nicht ruhig sind, wenn sie unrichtig ernährt werden. Bei richtiger Ernährung fühlen sie sich wohl und schreien nicht. Der Lutscher, wenn er sauber ist, ist nicht so gefährlich. Man kann ihn ruhig geben. Eine Wiege hat er nicht notwendig zur Beruhigung der Kinder.

V. PIRQUET (Wien) berichtet über Körpergewichtsbestimmungen, welche an 32 Fällen von Nephritis gemacht wurden. An der Hand von Kurventafeln zeigt er, daß die akute Nephritis regelmäßig mit einer durch Wasserretention bedingten Gewichtssteigerung verläuft, welche auf der Gewichtskurve ein typisches Bild gibt. Die Gewichtskurve ist diagnostisch verwendbar für den Beginn der akuten Nephritis, weil die Wasserretention meist vor der Albuminurie eintritt. Prognostisch für den Beginn der Rekonvaleszenz sei die Gewichtsbestimmung sogar der Eiweißbestimmung überlegen. Aus 3 Fällen von chronischer Nephritis, welche bei ähnlichem Sektionsbefunde ganz verschiedene Kurventypen gezeigt hatten, schließt er, daß sich durch diese Art der Beobachtung auch für die chronische Nephritis neue Aufschlüsse ergeben werden.

Heubner (Berlin) hätte gern etwas über das Verhältnis der Ödeme zur Nierensekretion gehört. Nach der einen Kurve, in der das berücksichtigt ist, scheinen Urinsekretion und Ödeme in ziemlich regelmäßig reziprokem Verhältnis zu stehen.

v. Pirquet glaubt, daß in der Tat im wesentlichen sich Urinsekretionen und Ödeme reziprok verhalten. Immer tritt das nicht klar zutage, denn die Ödeme sind wesentlich von der gesamten Wasserausscheidung abhängig. Wenn ein Kind starke Diarrhöen hat, so verwischt sich das Verhältnis zwischen Urinmenge und Ödemen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 20. Januar 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

A. SCHÜLLER stellt zwei Kinder mit infantiler Pseudobulbärparalyse vor. Während bei dieser Affektion am häufigsten die unteren Extremitäten am meisten betroffen sind, stehen bei den demonstrierten Fällen die Störungen der Hirnnerven im Vordergrunde. Die Kinder sind körperlich und geistig ziemlich gut entwickelt, der Gang ist spastisch-paretisch und ataktisch, die oberen Extremitäten zeigen Athetose und Ataxie, der Kopf wird seitwärts und rückwärts gehalten, infolge Störung der Zungenbewegungen ist die Sprache gepreßt, außerdem bestehen geringe Störungen von Seite der Augenmuskeln, Störung der Konvergenz, ticartige Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. Die Grundlage dieses Leidens bilden fast immer beiderseitig symmetrisch gelegene sklerotische Herde der Hirnrinde, sehr selten der Stammganglien. Die Korrektion der Kopfhaltung kann nur durch Übungsbehandlung stattfinden.

TH. ESCHERICH demonstriert ein 9 Monate altes Kind mit Erythema induratum Bazin. Das kräftige Kind hat an der rechten unteren Extremität seit 2 Monaten leicht prominente, blaurote, derb elastische, schmerzlose Knoten von Haselnuß- bis Walnußgröße, welche sich nach längerem Bestande ohne Erweichung zurückbilden. An der Fußsohle zeigen die Knoten eine verruköse Form. Die Affektion beruht auf tuberkulöser Basis, doch sind an dem Kinde mit Ausnahme von Spina ventosa an einem Finger keine Zeichen von Tuberkulose nachweisbar.

L. JEHLE stellt ein 7jähriges Kind mit Leberzirrhose und Milztumor vor. Das Kind hatte vor 2 Jahren Schmerzen im Abdomen, Erbrechen und Fieber mit Schüttelfrösten. Vor 3 Wochen stellte sich rasch vorübergehender Aszites ein. Die Untersuchung ergibt einen hochgradigen Leber- und Milztumor. Es dürfte sich um alkoholische Leberzirrhose handeln, wofür auch der Umstand spricht, daß dem Kinde von den Eltern Spirituosen zum Trinken gegeben wurden.

A. GOLDREICH demonstriert ein 2½ Jahre altes Kind mit Anaemia pseudoleucaemia infantum. Das Kind, welches jetzt noch nicht gehen kann, ist künstlich genährt worden und hat vorübergehend an Magendarmkatarrh gelitten; vor 1½ Jahren hat es Masern überstanden. Es ist ausnehmend blaß und hat in der letzten Zeit anhaltend an Nasenbluten gelitten. Die Untersuchung ergibt: Schwere Rachitis, Trommelschlägelfinger, Drüsenschwellungen, Lebertumor, Milzvergrößerung bis zur Symphyse. Der Blutbefund ergab: Hämoglobingehalt 30%, Erythrozyten 2,265.000, weiße Blutkörperchen 10.000, Färbeindex 20; nach einigen Wochen waren die Werte folgende: Hämoglobingehalt 20%, Erythrozyten 2,140.000, Weiße 31.600, Färbeindex 4·1. Unter den weißen Blutkörperchen waren 41% polymorphe, 26% Lymphozyten, 12% große mononukleäre Lymphozyten, 5% Eosinophile; während der Beobachtungszeit stieg die Zahl der polymorphen Blutkörperchen an, die der anderen angeführten Arten verminderte sich. Unter den roten Blutkörperchen fanden sich Poikilozyten, polychromatophile Zellen, Makro- und Mikrozyten und zahlreiche kernhaltige Blutkörperchen.

SIEGFR. WEISS demonstriert einen Milchsterilisierapparat, bei welchem die in flachen, mit einem Patentverschluß versehenen Flaschen befindliche Milch in Wasserdampf sterilisiert wird, wodurch ein schnelles Erwärmen auf eine hohe Temperatur, die durch ein Thermometer kontrolliert wird, erfolgt. Hierauf werden die Flaschen in dem zur Dampfentwicklung dienenden Topfe mit eiskaltem Wasser übergossen und so rasch abgekühlt.

Escherich hält den Flaschenverschluß nicht für zweckmäßig und die Manipulation für umständlich.

K. LEINER stellt ein Kind mit Lupus vulgaris disseminatus vor, dessen kleine, schüppchentragende Effloreszenzen über den ganzen Körper zerstreut sind.

V. PIRQUET: Körpergewichtsbestimmungen bei Nephritis.

Vortr. ergänzt seinen diesbezüglichen Vortrag durch die am Herzen der Kranken erhobenen Befunde. Kardiotonika hatten auf die Ödeme keinen Einfluß. Bei den Obduktionen fanden sich außer einer leichten Hypertrophie des linken Ventrikels keine schwereren Veränderungen, was der Fall sein müßte, wenn die periodisch sich einstellenden Ödeme mit der Herzschwäche zusammenhängen würden. Während des Anstieges der Ödeme wurde auch kein Symptom von Herzschwäche gefunden; der Blutdruck stieg bei Scharlachnephritis mit dem Erscheinen der Ödeme an.

Notizen.

Wien, 21. Januar 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Doz. SORGO an 4 Fällen das Resultat der von ihm erprobten Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Tageslicht; diffuse Infiltrate, tumorartige Bildungen und Ulzerationen sind nach 20—50 Belichtungsstunden in gleich günstiger Weise beeinflußt worden. Die Kranken nehmen die Bestrahlung mit Hilfe eines gewöhnlichen Spiegels und eines Kehlkopfspiegels selbst vor. Vortr. wird seine Versuche mit elektrischem Lichte fortsetzen. Prof. LANG ergänzte die Erörterungen von SORGO durch Darlegung einiger Details über die Bestrahlung mit künstlichem Lichte und Hofrat EXNER empfahl den Ersatz des die wirksamen Strahlen absorbierenden Glasspiegels durch einen Metallspiegel. — Hierauf stellte Doz. O. ZUCKERKANDL einen Fall von essentieller Nierenblutung vor, welche durch Dekortikation der Niere zum Stillstand gebracht worden ist. Er ist der Ansicht, daß derartige Blutungen zumeist auf entzündlicher Grundlage zustande kommen und bisweilen das Frühsymptom einer Nephritis darstellen. Dr. G. KAPSAMER hat in drei analogen Fällen nach erfolglos ausgeführter Nierenspaltung zur Nephrektomie schreiten müssen. Prof. PALTAUF bezeichnete die Ätiologie der einschlägigen Nierenaffektionen als unklar, während Professor ALBRECHT bei denselben Gefäßveränderungen in den Pyramiden und Papillen der Niere als Ursache der Nierenblutung gefunden hat. — Sodann führte Dr. CLAIRMONT eine an der Klinik v. EISELSBERGS in Behandlung stehende Frau vor. Bei derselben hat sich zum zweiten

Male ein Rezidiv eines vom Beckenbindegewebe ausgehenden Myxolipoms mit sarkomatöser Degeneration entwickelt. Der Tumor ist in der linken Glutäalgegend, im linken Labium majus und am Perineum nach außen gewuchert. — Schließlich wurde die in der vorigen Sitzung abgebrochene Diskussion über den Vortrag des Doz. MANDL „Die klinische Bedeutung der Milchsekretion bei bestehender Schwangerschaft" zu Ende geführt. Doz. HALBAN rekapitulierte alle für seine Theorie sprechenden Argumente. Für die Richtigkeit seiner Annahme zieht er unter anderem die Sekretion von Milch nach Ausstoßung einer Blasenmole heran. Prof. KREIDL meinte, daß die Entscheidung über die Richtigkeit der Theorie HALBANs der Zukunft vorbehalten bleiben müsse; keinesfalls treffe sie für alle Fälle zu, da z. B. Säugetiere ohne Plazenta (Monotremen und Marsupialien) nach der Geburt ebenfalls Milch sezernieren. Dr. R. POPPER wies darauf hin, daß die Theorie HALBANs mit den Befunden CZERNYs über die Bildung der Kolostrumkörperchen im Widerspruche stehe. A. FOGES ist auf Grund jahrelang fortgesetzter Experimente zu der Überzeugung gelangt, daß Uterus und Ovarien auf die Milchsekretion keinen Einfluß ausüben; er möchte die Veränderung der Blutverteilung nach der Geburt zur Erklärung heranziehen. In seinem Schlußworte bemerkte Doz. MANDL, er habe vorläufig nur auf die klinisch verwertbare Tatsache aufmerksam machen wollen, daß nach dem Absterben des Eies Milchsekretion eintrete, und alle weiteren Deduktionen zukünftigen Experimenten vorbehalten.

(Wiener medizinisches Doktorenkollegium.) In der wissenschaftlichen Versammlung vom 9. d. M. sprach Doz. Dr. STEPHAN WEIDENFELD über die Therapie schwerer Verbrennungen. Wir werden den Vortrag in extenso publizieren. — Am 16. d. M. hielt der Assistent der I. chirurgischen Klinik Dr. HANS HABERER einen Vortrag, betitelt „Entwicklung und heutiger Stand der Appendizitisfrage". Den Ausführungen des Redners, die wir gleichfalls nach dessen Manuskripte reproduzieren werden, zumal der Indikationsstellung für die Ausführung des operativen Eingriffes bei Appendizitis folgte eine überaus instruktive Diskussion. Der Standpunkt, den Hofrat v. EISELSBERG auf Grund eines reichen und vielgestaltigen Materiales und in Berücksichtigung der Dauerresultate einnimmt, läßt sich — wie der Vortr. hervorhob — dahin präzisieren, daß die Frühoperation in allen rechtzeitig in chirurgische Behandlung gebrachten Fällen auszuführen sei. „Hat der Anfall die ersten 48 Stunden überschritten, so warte man die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes mit dem Messer in der Hand ab. Kommt es zu Abszeßbildung, so ist der Abszeß zu spalten. Eine gleichzeitige Appendixresektion darf nur dann ausgeführt werden, wenn es der Lösung größerer Adhäsionen nicht bedarf. Peritonitis wird unter allen Umständen operativ behandelt. Klingt ein Anfall während der ärztlichen Behandlung ab, so wird die Operation im Intervalle ausgeführt, um den Kranken dauernd zu heilen." — Prim. Doz. SCHNITZLER operiert auch in leichten Anfällen von Appendizitis, weil er nicht selten gesehen, daß Individuen nach einer leichten Attacke einen sehr schweren neuerlichen Anfall erlitten haben. Redner konnte zwei Fälle echter Typhlitis sterkoralis beobachten. — Prim. Dr. MOSZKOVICZ ist gleichfalls der Ansicht, man müsse nach 48stündiger Dauer des Anfalles „mit dem Messer in der Hand" zuwarten; dies könne mit Sicherheit nur im Krankenhause geschehen. Für den praktischen Arzt geht hieraus die Lehre hervor, es müsse jeder Fall unter die direkte Aufsicht des Chirurgen gestellt werden. Auch er plädiert für den Eingriff bei „leichten" Fällen. Die Operationen am 3. und 4. Tage geben im übrigen seiner Erfahrung nach keine schlechteren Resultate, als jene am 2. Tage der Erkrankung. Bezüglich der Lösung der Adhäsionen vertritt MOSZKOVICZ mit GERSUNY den radikaleren Standpunkt. Seine Statistik (12 Todesfälle bei 72 operierten akuten Appendizitiden) beweist, daß die Lösung der Adhäsionen die Resultate zu trüben nicht geeignet ist. — Reg.-Rat Direktor GERSUNY hat durch Zuwarten weniger Glück erfahren als v. EISELSBERG, indem er hierdurch in einzelnen Fällen den letalen Ausgang verschuldet zu haben glaubt. Der Moment der Operation könne schon deshalb nicht genau fixiert werden, weil — wie GERSUNY gesehen — scheinbarer Euphorie rasch Exitus folgen kann. Mit Zahlen täuschen wir uns selbst, solange wir inkommensurable, nicht genau registrierte Fälle miteinander vergleichen wollen; wir müssen nach unseren persönlichen Eindrücken handeln. — Dr. HABERER hat mit umfangreicher Lösung von Adhäsionen schlechte Erfahrungen gemacht. v. EISELSBERG hat unter 300 Fällen durch Zuwarten keinen verloren. Wohl sei es a priori kaum zu entscheiden, ob ein schwerer oder leichter Fall vorliege, sowie ob man nach einem einzigen Anfalle operieren soll. Hier biete der Puls ein wertvolles Kriterium: Erhöhung der Pulsfrequenz indiziere den Eingriff, und zwar die einfache, rasch und ohne Hernie heilende Inzision. Der Appendix falle spontan ab oder obliteriere. Nur in zwei Fällen sei es zu Rezidiven gekommen, die glücklich operiert wurden. Alle übrigen, durch Inzision behandelten Fälle seien günstig verlaufen, ebenso jene Fälle, bei welchen der Appendix sekundär entfernt wurde. — Die diesjährige Generalversammlung des Doktorenkollegiums findet am 27. März, die Generalversammlungen der einzelnen Institute, und zwar der Witwen- und Waisensozietät am 16. März, des Pensionsinstituts am 14. Februar, des Unterstützungsinstituts am 16. Februar und des Unterstützungsvereines für Witwen und Waisen der in die Sozietät nicht einverleibt gewesenen Mitglieder am 26. Januar, sämtlich im Sitzungssaale des Kollegiums, statt.

(Von der Wiener Ärztekammer.) Die Haltung, welche die n.-ö. Statthalterei in der Frage der registrierten Hilfskassen einzunehmen für gut findet, dürfte in allernächster Zeit der derzeitigen, seit kaum Jahresfrist funktionierenden Wiener Kammer dasselbe Schicksal bereiten, welches ihrer Vorgängerin beschieden war: die Nötigung, die Mandate niederzulegen. Schon hat die Entscheidung der politischen Behörde, welche jenen Ärzten, die wegen Annahme pauschalierter Stellen bei den Hilfskassen vom Ehrenrate der Kammer bestraft wurden, Aufhebung der betreffenden Kammerbeschlüsse in sichere Aussicht stellt, die tatsächliche Anstellung von zehn solchen Ärzten zur Folge gehabt, von welchen zwei seither von diesen Stellen zurückgetreten sind. Die Kammer befindet sich angesichts dieser Haltung der Statthalterei in der peinlichen Situation, ihr Verbot durch die politische Aufsichtsbehörde sistiert und ihre Autorität der Ärzteschaft gegenüber erschüttert zu sehen. Wohl hat sie gegen die Entscheidung der Statthalterei den Rekurs an das Ministerium ergriffen; die gewohnte Behäbigkeit des in diesem Falle, wie es scheint, noch zu besonderer Langsamkeit gezügelten Amtsschimmels hat es bewirkt, daß eine kleine Gruppe von — Kollegen die Konsequenzen aus dem Statthaltereierlasse ziehen konnte, eine Handlung, für welche ihnen die Verachtung der Ärzteschaft gebührt. Wen wird es unter solchen Umständen Wunder nehmen, wenn die Kammer, die bei den Behörden teils offene Gegnerschaft, teils vollste Nichtbeachtung findet, an ihre Wähler appelliert, diesen die Aussichtslosigkeit weiterer Tätigkeit vor Augen führend? Wahrlich, so haben jene, die viele Jahre lang ihre ganze Kraft der Schaffung von Ärztekammern gewidmet, sich die freie Standesvertretung nicht vorgestellt, ebenso wenig aber, wie wir glauben, — der Gesetzgeber.

(15. Internationaler medizinischer Kongreß.) Die Vorarbeiten für diesen im April 1906 in Lissabon stattfindenden Kongreß sind schon im Gange. Von dem offiziellen Bulletin sind bereits 4 Nummern erschienen; dieselben enthalten unter anderem das Reglement, die Organisation der Sektionen, die Themen der in Aussicht genommenen Referate und die Namen der Referenten, die Personalien der portugiesischen Kongreßbureaus und der nationalen Komitees, welche sich in fast allen Kulturstaaten gebildet haben. Dem österreichischen Komitee gehören an: Als Präsident Prof. NOTHNAGEL, als Sekretäre die Professoren OBERSTEINER und v. FRANKL-HOCHWART, als Schatzmeister Prof. POLITZER. Mit dem Kongresse wird eine Kolonialausstellung verbunden sein. Die offiziellen Referate werden noch vor Beginn des Kongresses im Druck erscheinen, ebenso die Thesen der freien Referate, wofern sie vor Schluß des Jahres 1905 an das Bureau gelangen. Die offizielle Sprache ist die französische; in den Sektionen sind als Verhandlungssprachen zugelassen: Deutsch, Französisch, Englisch. Der wissenschaftliche Erfolg des Kongresses ist heute schon gesichert, da 188 offizielle Referate und eine große Zahl von Vorträgen angemeldet sind.

(Sexuelle Belehrung der Schulkinder.) In der hygienischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur erörterte Geb. Med.-Rat Prof. Dr. HERMANN COHN in Breslau dieses eminent wichtige und beachtenswerte Thema, von dem

Satze MILLS ausgehend, daß man die Krankheiten der Gesellschaft nicht heilen könne, ohne von ihnen offen zu sprechen. Die Masturbation — sagte Vortr. — ist unter der Jugend enorm verbreitet, so verbreitet, daß von 100 jungen Männern und Mädchen sich 99 zeitweilig damit abgeben, der Hundertste die Wahrheit verheimlicht, wenn er dies negiert. Die Hauptmenge der Onanisten stellen die Schulkinder. C. führt gewisse Photophobien und Bindehautkatarrhe auf Masturbation zurück. Prophylaktisch empfiehlt er die Fernhaltung ungeeigneter Lektüre, er macht darauf aufmerksam, daß im Religionsunterrichte, wenn auch in der besten Absicht, vielfach von geschlechtlichen Dingen mit allzu großer Ausführlichkeit gesprochen werde, er warnt davor, Kinder im Alter der beginnenden Pubertät in Bildergalerien und Ballette zu führen und tritt schließlich dafür ein, daß die Kinder während des Unterrichtes und der Pausen beständig überwacht und von den Lehrern über die Schäden der Auto- und mutuellen Onanie taktvoll, aber ausreichend belehrt werden. Schließlich referierte C. über die einschlägigen Verhandlungen auf dem diesjährigen internationalen hygienischen Kongresse in Nürnberg, die im wesentlichen zu den gleichen Resultaten geführt haben.

(Die Versicherungskasse der Ärzte Deutschlands) zählt derzeit bereits 760 Mitglieder; ihr Vermögen hat die Summe von 835.768 Mark erreicht. Die große MÜLLERsche Stiftung im Betrage von 1,036.000 Mark wird erst nach dem Tode des Stifters in den Besitz der Kasse gelangen.

(Statistik.) Vom 7. bis inklusive 14. Januar 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8002 Personen behandelt. Hiervon wurden 1567 entlassen, 187 sind gestorben (10·6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 113, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 142, Scharlach 45, Masern 242, Keuchhusten 37, Rotlauf 51, Wochenbettfieber 8, Röteln 6, Mumps 15, Influenza 5, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 808 Personen gestorben (+ 125 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Törökbecse Dr. ANTON KAPICH, im 73. Lebensjahre; in Reichenberg der Frauenarzt Dr. VINZENZ JOHANNOVSKY; in Utrecht der Privatdozent für Pharmakologie Dr. P. Q. BRONDGEEST; in Berlin der Nervenarzt Dr. MARTIN BRASCH, erst 39 Jahre alt; in Braunschweig der Ordinarius für physikalische Chemie Dr. GUIDO BODLÄNDER, im Alter von 49 Jahren; in Dachau bei München der Botaniker ERNST HALLIER, ein Neffe SCHLEIDENS, im 74. Lebensjahre.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

J. Orth, Aufgaben, Zweck und Ziel der Gesundheitspflege. Stuttgart 1904, E. H. Moritz. — M. —·80.

Rubner, Unsere Nahrungsmittel und die Ernährungskunde. Stuttgart 1904, E. H. Moritz. — M. 1·20.

L. Pincus, Belastungslagerung. Wiesbaden 1905, J. F. Bergmann.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 23. Januar 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prim. Doz. Dr. G. LOTHEISSEN: Diagnostik und Therapie der wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Am Donnerstag, den 26. Januar 1905 findet um 7 Uhr abends seitens der „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien" eine **Besichtigung des elektrotechnischen Institutes der k. k. technischen Hochschule** (Prof. HOCHENEGG) statt, zu welcher Hofrat Prof. v. SCHRÖTTER die Mitglieder der Gesellschaft einladet. Zusammenkunft im Gebäude des elektrotechnischen Institutes (IV., Gußhausstraße 25). Das Präsidium.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das Januar-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **Schule und Auge.** Von **Dr. Maximilian Bondi,** dz. Augenarzt in Iglau.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 29. Januar 1905. Nr. 5.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K: Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Das Cholesteatom des Mittelohrs als Ursache intrakranieller Erkrankungen.

Von **Dozent Dr. Ferdinand Alt**, Wien.*)

Das Cholesteatom des Ohres verdankt seinen Namen seiner Ähnlichkeit mit den als Cholesteatomen bekannten Tumoren an der Pia mater und an den Schädelknochen. Die Ähnlichkeit betrifft sowohl das äußere Aussehen als auch einigermaßen den Aufbau, da beide Gebilde epidermoidalen, bzw. dermoidalen Ursprungs sind. Ganz verschieden ist jedoch die Entstehungsursache. Das wahre Cholesteatom entsteht durch Verlagerung von embryonalen Epithelzellen, bzw. von embryonalem Dermagewebe, das Ohrcholesteatom ist ein Entzündungsprodukt. Deshalb hat Körner vorgeschlagen, das Ohrcholesteatom als Pseudocholesteatom zu bezeichnen, was um so mehr gerechtfertigt erscheint, als primäre Cholesteatome im Sinne heterologer Tumoren auch im Processus mastoideus beschrieben wurden (Lucae, Kuhn, Schwartze). Die Existenz dieser primären Ohrcholesteatome wird von manchen Autoren negiert. Jedenfalls sind sie so selten, daß sie gegenüber den außerordentlich häufigen sekundären Ohrcholesteatomen kaum in Betracht kommen. Der Vorschlag Körners hat keinen Anklang gefunden. So werde auch ich in meinem Vortrage von Cholesteatom schlechtweg zur Bezeichnung des Ohrcholesteatoms sprechen.

Wie entsteht das Cholesteatom? Bei chronischen Mittelohreiterungen findet unter dem Reize der Entzündung an der Kutisschichte des Trommelfells und des Gehörganges eine starke Abstoßung von Epithelzellen statt. Bei der Reinigung des Ohres findet man, namentlich bei vernachlässigten Fällen, zahlreiche weiße Schuppen im Gehörgange und im Mittelohr vor. Diese Schuppen sind Epidermislamellen. Auch die Auskleidung des Mittelohres beteiligt sich an der Produktion dieser Schuppen, da sie bei allen Eiterungen ihres zarten Zylinderepithels beraubt durch mehrschichtiges Plattenepithel, das aus dem Gehörgange stammt, epidermisiert erscheint, wenn eine epidermoidale Umwandlung in der Weise erfolgt, daß sich die Epidermis des äußeren Gehörganges und der Kutisschichte des Trommelfells über den Perforationsrand auf die Hohlräume des Mittelohres ausbreitet, da die Epidermis stets die Neigung hat, auf granulierende Flächen — und eine solche stellt die des Zylinderepithels beraubte Schleimhaut dar — fortzuschreiten.

Wird die ganze Mittelohrschleimhaut epidermisiert, so kann es zur Ausheilung einer älteren Eiterung kommen. In den meisten Fällen wird aber nur ein Teil der Mittelohrschleimhaut epidermisiert, während an anderen Stellen die Sekretion durch eine eiternde Granulation oder kariöse Knochenpartie unterhalten wird. Unter dem Reize der chronischen Entzündung findet eine exzessive Abstoßung von Lamellen im Gehörgang, am Trommelfell und an den epidermisierten Partien des Mittelohres statt, so daß nach einiger Zeit die Paukenhöhle oder Teile derselben, der Kuppelraum oder das Antrum mastoideum angefüllt sind mit perlmutterglänzenden konzentrisch geschichteten Massen.

Die Cholesteatombildung erfolgt leichter, wie Politzer nachgewiesen hat, wenn ein Verschluß des Ostium tubae tympanicum eingetreten ist und die Mittelohrschleimhaut den Kontakt mit der Tuben-Pharynxschleimhaut verloren hat,

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medizinischen Doktorenkollegiums“ am 21. November 1904.

wodurch sie eben leichter eine epidermoidale Umwandlung erleidet.

Das Cholesteatom hat manchmal nur die Größe eines Hanfkornes und liegt in einer kleinen präformierten oder durch die Entzündung geschaffenen Lücke. Meist erfüllen sie den ganzen Kuppelraum oder das Antrum mastoideum und können durch Druckusur den ganzen angrenzenden Knochen zur Einschmelzung bringen, so daß sie Taubenei- bis Walnußgröße und darüber erlangen.

Die Cholesteatome bestehen aus weißen oder weißgelblichen, zwiebelschalenartig geschichteten Massen, welche aus großen rundlichen oder polygonalen Plattenepithelien mit spärlichen riesenzellenartigen Gebilden und reichlich eingelagerten Cholestearinkristallen zusammengesetzt sind.

Die Druckusur erfolgt in folgender Weise: Die Epidermis des Gehörganges wächst durch kleine Perforationen, z. B. durch eine Perforation der SHRAPNELLschen Membran oder durch den schmalen Aditus ad antrum in das Antrum mastoideum, und produziert in diesen Hohlräumen Cholesteatomklumpen. Diese Hohlräume sind im Verhältnis zum Eingang viel zu groß, als daß das produzierte Cholesteatom ausgestoßen werden könnte. Wenn nun in diesen Hohlräumen noch eitrige Sekretion stattfindet, so ist der Sekretabfluß durch das Cholesteatom behindert oder ganz aufgehoben. Das eitrige Sekret mit seinem reichen Bakteriengehalt vermengt sich mit den Cholesteatommassen zu einer schmierigen, putriden Masse, an welcher die Bakterien einen guten Nährboden finden, so daß mitunter ein jauchiger Herd entsteht, welcher den angrenzenden Knochen einschmilzt. Die Bildung des Cholesteatoms wird besonders begünstigt bei Perforation der SHRAPNELLschen Membran und bei Perforationen am hinteren oberen Quadranten, ferner bei allen Eiterabfluß behindernden Umständen, bei Stenosen des Gehörganges, bei obturierenden Polypen, bei Atresien des Gehörganges. Ein Durchbruch des Cholesteatoms nach außen wird überdies dadurch verhindert, daß bei chronischen Mittelohrentzündungen die äußere Antrumswand vollkommen sklerosiert, bzw. eburneisiert wird. Es ist eine beliebte Redensart der Operateure bei der Abmeißelung der Antrumswand: „Ein so harter Knochen ist mir noch nicht vorgekommen." Das Cholesteatom kann durch Druckusur zur Bildung überaus großer Höhlen führen, so daß der äußere Gehörgang, die Mittelohrräume, der Warzenfortsatz und sogar ein Teil der Pyramide ein mit Cholesteatom erfülltes Kavum darstellt.

Es ist selbstverständlich, daß infolge dieser Druckusur die mittlere und hintere Schädelgrube eröffnet und infiziert werden kann, wodurch Extraduralabszesse, Hirnabszesse, eitrige Meningitis, Sinusthrombose mit konsekutiver Jugularisthrombose und Pyämie herbeigeführt werden; ebenso kommt es durch Arrosion des Canalis Fallopiae zur Fazialislähmung — der Fazialis schwimmt manchmal im Eiter —, zu Labyrinthvereiterungen und durch Eiterretention zu septischen Prozessen.

Das Cholesteatom kann viele Jahre lang, ja selbst Jahrzehntelang, reaktionslos vertragen werden, ohne daß die Patienten sich dessen bewußt werden. Plötzlich mahnt es durch stürmische Symptome an seine Anwesenheit, so daß man anamnestisch Daten für eine akute Mittelohrentzündung zu hören bekommt. Zur Charakterisierung dieser Tatsache möchte ich auf einen Fall hinweisen: Ich wurde im Februar dieses Jahres von einem Kollegen zu einer 46jährigen Frau, welche unter heftigen Schmerzen im linken Ohre und der linken Kopfseite und unter hohem Fieber mit Schüttelfrösten erkrankt war, geholt. Der Kollege supponierte eine rezente Mittelohrentzündung, da die Patientin auf das Bestimmteste versicherte, vorher nie ohrenkrank gewesen zu sein. Bei der Untersuchung des Ohres sah ich von hinten oben einen Cholesteatomklumpen in das Gesichtsfeld ragen. Bei der von mir vorgenommenen Radikaloperation war das Antrum mit Cholesteatom erfüllt, die hintere obere Gehörgangswand durch dasselbe geradezu substituiert. Es bestand ferner eine eitrige Thrombose des Sinus sigmoideus. Der Fall wurde geheilt.

Der Verlauf des Cholesteatoms ist jedoch meist ein solcher, daß nicht gleich bei der ersten Attacke bedrohliche Symptome auftreten. Das Cholesteatom erzeugt jahrelang keine besonderen Beschwerden. Plötzlich quellen durch eingedrungenes Wasser oder durch Exazerbation der Mittelohrentzündung die Epidermislamellen mächtig auf. Die Patienten erkranken an heftigen Schmerzen im Ohre und Kopfe, Schwindel, Erbrechen und Fieber. Die Massen zerfallen jauchig, werden ausgestoßen. Nach wenigen Tagen sind die bedrohlichen Erscheinungen geschwunden, die Patienten fühlen sich wieder vollkommen wohl. Nun kann wiederum eine jahrelange Ruhepause eintreten, bis sich die zweite ähnliche Attacke einstellt. Operationsscheue Patienten können mitunter 4—5 solche Attacken durchmachen. Wenn sie schließlich mit den schwersten pyämischen oder meningitischen Symptomen gebracht werden und man ihnen oder ihren Angehörigen Vorwürfe macht, warum sie sich nicht früher zu einem operativen Eingriffe entschlossen haben, hört man immer wieder die Antwort: „Ich habe diese Ohrenerkrankung mit den schweren Symptomen schon zu wiederholten Malen durchgemacht und immer war es nach wenigen Tagen gut, so daß ich glaubte, es wird auch diesmal glatt ablaufen." Inzwischen ist aber durch Druckusur die Einschmelzung des Knochens soweit vorgeschritten, daß eine Eröffnung und Infektion der mittleren oder hinteren Schädelgrube, mitunter sogar beider Schädelgruben schon eingetreten ist mit allen vorher beschriebenen Folgeerscheinungen. Mehr als $^2/_3$ aller Fälle von otitischem Hirnabszeß und otitischer Sinusthrombose sind auf verjauchte Cholesteatome zurückzuführen.

Es wäre zu weit gegangen, wollte man für jede chronische Mittelohreiterung mit reichlicher Abstoßung von Epidermislamellen die Radikaloperation vorschlagen. Wenn aber immer wieder Nachschübe von Cholesteatompartien von hinten oben oder von vorn oben erfolgen, trotz aller konservativen Behandlungsmaßnahmen, Alkoholeingießungen, Ausspülung mit zu diesem Zwecke konstruierten Kanülen, Auskratzung mit der Kürette, Hammer- und Amboßextraktion zur Freilegung des Attic, so gibt es nur eine Heilungsmethode, das ist die Radikaloperation nach ZAUFAL. Selbstverständlich erfordern Symptome, wie Fazialislähmung, Schwindel und Erbrechen (von einer Reizung des Bogengangapparates herrührend), Schüttelfröste, meningitische Erscheinungen oder Herdsymptome, welche für Eiterungsprozesse im Gehirn sprechen, sofortiges Einschreiten. In diesem Falle sprechen wir von einer vitalen Indikation der Operation. Bei Patienten mit rezidivierendem Cholesteatom, welche nicht unter regelmäßiger Kontrolle eines otiatrisch gut geschulten Arztes stehen, wird auch bei subjektiv gutem Befinden die Radikaloperation indiziert sein. Wir sprechen dann von einer relativen Indikation.

Namentlich bei behindertem Eiterabfluß, z. B. bei hochgradigen Stenosen des Gehörganges, soll man die Operation nicht aufschieben, wenn zu wiederholten Malen Cholesteatomklümpchen abgegangen und in der Tiefe nur granulierende Schleimhaut oder weiße Schuppen zu sehen sind. Bei diesen Stenosen fehlt dem Beobachter jede genaue Beurteilung der Verhältnisse in der Tiefe und es wäre gewagt, sich auf lange konservative Behandlungsmethoden einzulassen. Selbst wenn das ganze Mittelohr gut zu übersehen ist und man zur Operation schreitet, weil von hinten oben her stets Cholesteatom nachrückt, ist man meist überrascht über die ausgedehnten Zerstörungen im Knochen, ohne daß vorher irgend ein Anhaltspunkt für die Einschmelzung des Knochens vorhanden war. Nach Abmeißelung der äußeren Antrumwand kann man mitunter die ganze folgende Operation mit dem scharfen Löffel ausführen. Die ganze hintere obere Gehörgangswand, die laterale Atticwand, große Teile des Processus mastoideus sind durch Druckusur eingeschmolzen und durch Cholesteatom

geradezu substituiert, die mittlere oder hintere Schädelgrube ist eröffnet, die freiliegende Dura ist mißfärbig und mit Granulationen bedeckt, ohne daß irgend welche schwere Symptome diese Zerstörung angedeutet hätten.

Diese relativen Indikationen für die Radikaloperation bei Cholesteatombildung sind die Schmerzenskinder der Otiater. Nur derjenige kann eine relative Indikation aufstellen und begründen, der einen Fall einige Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Es geschieht nicht selten, daß man nach fruchtloser konservativer Behandlung die Radikaloperation empfiehlt und von einem Kollegen, der den Verlauf nicht kennt und bei der einmaligen Untersuchung nur wenige weiße Schuppen aus dem Attic oder Antrum ragend vorfindet, desavouiert wird. Es beginnt neuerlich eine fruchtlose konservative Therapie, bis an Stelle der relativen, die vitale Indikation zur Operation drängt.

Der operative Eingriff hat, wenn der Prozeß auf die Mittelohrräume beschränkt ist, stets einen ausgezeichneten Erfolg. Auch bei schweren Komplikationen, die das Gehirn, den Sinus, die Vena jugularis und das Labyrinth betreffen, hat die moderne Otochirurgie glänzende Resultate aufzuweisen. Die Erfolge werden um so bessere sein, je mehr die Ohrenheilkunde Gemeingut aller Ärzte wird, damit die Kranken einem rechtzeitigen, lebensrettenden Eingriffe zugeführt werden.

Über das Helmitol als Harnantiseptikum.

Von **Dr. R. v. Steinbüchel,** Dozent an der Universität Graz.

Die übereinstimmend guten Erfolge, über welche die Publikationen von ROSENTHAL [1]), HEUSS [2]), STRAUSZ [3]), MÜLLER [4]), SEIFERT [5]), SIGMUNDT [6]) und SCHÜTZE [7]) bei Anwendung von Helmitol berichten, gaben den Anlaß, auch meinerseits das neue Mittel an einschlägigen Fällen zu prüfen.

Von den Farbenfabriken vormals Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld wurden mir wiederholt genügende Versuchsmengen von Helmitol in Pulver- sowie in Tablettenform in entgegenkommendster Weise geliefert.

Das Helmitol, die Hexamethylenaminverbindung der Anhydromethylenzitronensäure ist ein weißes Kristallpulver von angenehm säuerlichem Geschmack, zu 7% in Wasser leicht löslich und gibt unter entsprechendem Zusatz von Zucker ein an Zitronenlimonade erinnerndes Getränk, was ich in Übereinstimmung mit den erwähnten Autoren bestätigen konnte. Bequemer und, was nicht zu unterschätzen ist, viel billiger gestaltet sich die Verordnung der von der Fabrik in Originalpackung gelieferten Tabletten à 0·50 *g*. Die Tabletten zerfallen, mit Wasser in Berührung gebracht, sofort und lösen sich in kürzester Zeit darin auf.

Schon ROSENTHAL hob die Unterschiede zwischen dem bisher wohl als bestes Harnantiseptikum erprobten Urotropin und dem Helmitol so treffend und für letzteres empfehlend hervor, daß es als Pflicht erschien, das neue Mittel zu versuchen. Die oberwähnten weiteren Arbeiten sowie meine eigenen Beobachtungen bestätigen nun die Vorzüge desselben weitgehendst.

In möglichster Kürze seien die Ergebnisse jener Publikationen in nachfolgendem rekapituliert.

[1]) Dr. PAUL ROSENTHAL, Assistenzarzt. Aus Dr. MAX JOSEPHS Poliklinik für Hautkrankheiten, Berlin. („Therapie der Gegenwart", Nr. 12, 1902.)

[2]) Dozent Dr. E. HEUSS, Zürich. („Monatshefte f. praktische Dermatologie", Nr. 3, 1903.)

[3]) Dr. A. STRAUSZ, Assistenzarzt an der urologischen Abteilung der Universitätsklinik in Budapest. Dirigierender Arzt Doz. Dr. FELEKI. („Magyar Orvosok Lapja", Nr. 50, 1902.)

[4]) Dr. JOSEF MÜLLER, praktischer Arzt in Engelberg (Schweiz). („Deutsche Ärzte-Zeitung", Nr. 8, 1903.)

[5]) Prof. Dr. SEIFERT, Würzburg. („Wiener klin. Rundschau", Nr. 27, 1903.)

[6]) Dr. O. SIGMUNDT, Aus der königl. dermatologischen Klinik (Professor Dr. POSSELT) in München. (Inaug.-Diss., München 1903.)

[7]) Dr. ARTUR SCHÜTZE, Berlin. („Wiener Med. Presse", Nr. 2, 1904.)

Die Wirkung des Urotropins beruht auf der allmählichen Abspaltung von Formaldehyd. [8])

Diese Abspaltung scheint eine relativ geringe zu sein, so daß es einer Reihe von Forschern nicht gelungen ist, den Nachweis von Formaldehyd im Harn zu erbringen. Wollte man den Formaldehydgehalt des Harnes durch Steigerung des verabreichten Urotropins erhöhen, so verbot sich dies bald durch Auftreten verschiedener unangenehmer Nebenerscheinungen, insbesondere von seiten des Verdauungsapparates, weshalb NIKOLAIER [9]) u. a. besonders bei längerer Behandlung empfehlen, nicht über $1^1/_2$ *g* pro die hinaus zu gehen. ROSENTHALS [10]) Versuche ergaben durchwegs positive Reaktion auf Formaldehyd im frisch gelassenen Harne, während bei mehrstündigem (5 Stunden) Stehenlassen desselben Harnes die Probe negativ ausfiel. Nach ROSENTHAL ist dies darauf zurückzuführen, daß der größte Teil des Formaldehyds an normale Bestandteile des Harnes gebunden wird. Hierzu dürfte aber der Einwand meines Erachtens nicht zu unterdrücken sein, daß bei der obigen Beobachtung denn doch auch die Möglichkeit zu erwägen wäre, daß das freie Formaldehyd sich während des mehrstündigen Stehens des Harnes verflüchtigt haben konnte. Jedenfalls folgt daraus, daß die Prüfung auf den Formaldehydgehalt möglichst bald nach Entleerung des Harnes angestellt werde, um übereinstimmende Resultate zu erhalten.

Die Abspaltung des Formaldehyds, auf dessen Wirkung die harnantiseptischen Eigenschaften sowohl des Urotropins als des Helmitols beruhen, geht bei dem ersteren in alkalischen Flüssigkeiten sehr träge vor sich, noch viel spärlicher als in sauren (HEUSS, l. c.).

Auf diese unvollkommene Zersetzung des Urotropins ist aber dessen häufig konstatierbare Wirkungslosigkeit gerade bei den schweren Formen von Zystitis mit alkalischem Harne zurückzuführen; es ist eben die in stark ammoniakalischen Harnen abgespaltene Formaldehydmenge quantitativ zu gering, um eine teilweise Wirkung zu entfalten.

Hier zeigt sich nun ganz besonders der fundamental wichtige Unterschied zwischen den beiden Präparaten. Der wirksame Bestandteil, das Formaldehyd, wird aus dem Helmitol nicht nur viel leichter, sondern auch vollständiger abgespalten, indem durch das Hinzukommen der Anhydromethylen-Zitronensäure, welche im Organismus die Methylengruppe in Form freien Formaldehyds abspaltet, die Wirkung des Hexamethylentetramins noch bedeutend verstärkt wird (HEUSS, l. c.). Mit Helmitol können wir daher schon theoretisch auf eine intensivere und energischere therapeutische Wirkung rechnen als mit entsprechenden Mengen von Urotropin. Außerdem werden von HEUSS ausgesprochen sedative, schmerzstillende Eigenschaften des Helmitols hervorgehoben. Bezüglich der diuretischen Wirkung bestehen Divergenzen, die noch weiterer klinischer Prüfung harren. So betont SEIFERT die diuretische Wirkung, die STRAUSZ negiert; auf meine eigenen diesbezüglichen Beobachtungen komme ich später noch zurück. Mit Rücksicht auf diese durchwegs günstigen Ergebnisse der klinischen sowie experimentellen Studien über Helmitol stellte ich schon seit langem Versuche mit dem neuen Mittel an.

Die Zahl derselben überschreitet beträchtlich ein halbes Hundert. Ein großer Teil derselben könnte hier statistisch nicht Verwertung finden, wenn es sich nur um die Entscheidung der Frage handelte, was für Erfolge sich mit alleiniger, ausschließlicher Anwendung von Helmitol bei Erkrankungen der Harnwege erzielen ließen.

Es liegt dies an der Art des hier verwerteten Krankenmaterials, welches sich ausschließlich aus den Fällen der Privatpraxis rekrutiert. Ich war oft genötigt, außer der internen und lokalen Hemitolbehandlung noch zu anderer

[8]) ROSENTHAL, l. c.

[9]) „Zeitschr. f. klin. Med.", XXXVIII.

[10]) L. c.

lokaler Behandlung, so Blasenspülungen mit anderen Mitteln, Argentum-Instillationen und verschiedenem anderen zu greifen.

Deshalb soll von einer statistischen Zusammenstellung abgesehen werden und will ich mich darauf beschränken, das Resultat meiner Beobachtungen möglichst summarisch wiederzugeben.

Die Fälle wurden mit wenigen Ausnahmen stets vor Beginn der Helmitolanwendung zystoskopisch untersucht; es handelte sich fast durchgehends um Zystitiden verschiedener Art, überwiegend um chronische Formen, in keinem der Versuchsfälle war akute oder subakute Gonorrhöe vorhanden und auch chronische Gonorrhöe war in keinem derselben mit Sicherheit nachzuweisen gewesen; diese Fälle hatte ich nach den wenig ermutigenden Resultaten, über welche Seifert (l. c.) berichtet, von den Versuchen ausgeschaltet. Beiläufig in der Hälfte der Fälle handelte es sich um postoperative Katheterzystitis, darunter in einem um eine in die Blase eingewanderte Ligatur. In einem Falle aus der Praxis eines befreundeten Kollegen wurde auf meine Veranlassung auch gegen eine Katheterzystitis mit stark ammoniakalischem Harne bei Prostatahypertrophie das Mittel mit bestem Erfolge versucht.

Als ich die allerersten Versuche mit Helmitol anstellte, benutzte ich, wie ich jetzt sehe, viel zu geringe Dosen, nämlich nur 3—4mal täglich eine Tablette, stieg bald, nachdem mir die oberwähnten Publikationen zugekommen waren, auf 3—4mal täglich zwei Tabletten à 0·50 *g* und hatte es nicht zu bereuen.

Bei frischer Zystitis war der Erfolg meist gut, häufig geradezu überraschend, besonders was die subjektiven Beschwerden anbelangte. Auch das Sediment verringerte sich von Tag zu Tag, so daß sich manche Patientinnen subjektiv als geheilt betrachteten. Wurde nun mit dem Gebrauch des Helmitols aufgehört, so kehrten die Beschwerden sowie die starke Trübung des Harnes in meinen Fällen stets wieder. Es waren dies allerdings nur 5 Fälle, und zwar waren es Kranke, welche von weiterher zugereist, sich hier nicht längere Zeit behufs Behandlung aufhalten konnten. In allen übrigen Fällen beschränkte ich mich aus den früher angeführten Gründen nicht auf den Versuch mit Helmitolgebrauch allein, sondern wandte stets auch die üblichen lokalen therapeutischen Maßnahmen an.

Von diesen 5 Fällen kamen späterhin drei doch zur Dauerbehandlung und wurden geheilt, die beiden andern hatten allmählich wohl subjektive relative Heilung nach mehrwöchentlichem Helmitolgebrauch erzielt, wurden aber zeitweilig doch rückfällig (was ich auch zystoskopisch nachweisen konnte).

Ohne im entferntesten die Spontanheilung einer Zystitis ganz ohne oder nur unter interner Behandlung in Abrede stellen zu wollen, kann ich nur sagen, daß ich nach meinem Material bei alleinigem internen Helmitolgebrauch keine Dauerheilung einer wirklichen akuten Zystitis gesehen habe, vorausgesetzt, daß wir unter Dauerheilung normalen Harnbefund und normales Aussehen der Blasenschleimhaut bei zystoskopischer Untersuchung derselben verstehen.

Anders in einem Falle von Bakteriurie bei einer im zweiten Monate Graviden, bei welcher sich eine Reinkultur von kurzen plumpen Stäbchen fand.

Dieser Fall heilte bei ausschließlichem Helmitolgebrauch, Bettruhe und entsprechender blander Diät innerhalb 14 Tage vollständig, und zwar subjektiv und objektiv. Bei einem zweiten Falle einer 70jährigen alten Frau, welche sich nur mit größtem Widerwillen zum Einnehmen von 4—5 Tabletten entschloß (sie war Homöopathin), war eine bedeutende subjektive Besserung der durch die starke Bakteriurie bedingten Beschwerden deutlich wahrnehmbar; auch der Harn wurde während des Gebrauches des Helmitols klar und blieb es auch, solange dasselbe genommen wurde. (Der Fall steht noch in Beobachtung.[11])

Eine mäßige Erhöhung der Diurese fand sich auf Befragen bei zirka 10—12 Patienten; in dem Maße aber, daß sie von den Patienten als störend (Seifert, l. c.) empfunden worden wäre, wurde dieselbe bei den verabreichten Dosen von 3—4 *g* pro die in unseren Fällen nicht beobachtet.

Um der Frage nach der diuretischen Wirkung des Helmitols näher zu treten, wurden an zwei Patienten mit vollkommen gesunden Harnorganen Versuche mit Verabreichung von 4 *g* Helmitol (in Tablettenform) angestellt; zufällig befanden sich beide Patienten wegen Dystrophia muscularis progressiva in Anstaltsbehandlung.

J. V., 37 Jahre alt, 24stündliche Harnmenge innerhalb einer viertägigen genauen Beobachtungszeit und bei gleichbleibender Diät 650—800 cm^3, spez. Gewicht 1025—1026, keine pathologischen Bestandteile im Harn. Jetzt wurde 4 *g* Helmitol pro die gegeben.

I. Tag:	Harnmenge	700 cm^3,	spez. Gewicht	1028
II. „	„	700 „	„ „	1030
III. „	„	1000 „	„ „	1027
IV. „	„	800 „	„ „	1030
V. „	„	800 „	„ „	1026
VI. „	„	1400 „	„ „	1023

Keine pathologischen Bestandteile im Harn, keine Störungen von seiten des Verdauungstraktes.

II. Fall. A. V., vor dem Helmitolversuch:

I. Tag:	Harnmenge	550,	spez. Gewicht	1025
II. „	„	1200	„ „	1020
III. „	„	600	„ „	1025

Keine pathologischen Bestandteile im Harne.

Jetzt 4 *g* Helmitol pro die:

I. Tag:	Harnmenge	1200,	spez. Gewicht	1020
II. „	„	1250	„ „	1022
III. „	„	1350	„ „	1024
IV. „	„	1500	„ „	1015
V. „	„	900	„ „	1025
VI. „	„	900	„ „	1025
VII. „	„	1200	„ „	1020

Keine pathologischen Bestandteile im Harn, keine Störung von seiten des Verdauungstraktes.

Jetzt wird das Helmitol ausgesetzt:

I. Tag:	Harnmenge	1300,	spez. Gewicht	1020
II. „	„	1300	„ „	1020
III. „	„	1700	„ „	1015
IV. „	„	1500	„ „	1015
V. „	„	1700	„ „	1015
VI. „	„	2300	„ „	1015
VII. „	„	1300	„ „	1020
VIII. „	„	1800	„ „	1020

Keine pathologischen Bestandteile im Harne.

Eine in dieser Art angestellte größere Versuchsreihe (mir steht leider kein dazu geeignetes Krankenhausmaterial zur Verfügung) müßte die Frage über die diuretische Wirkung endgültig entscheiden, denn Schlüsse aus den Selbstbeobachtungen der ambulanten Patientin zu ziehen, wäre viel zu ungenau, ja geradezu irreführend. In unserem ersten Falle war eine Zunahme der Diurese (ich wiederhole, bei gleichbleibender Diät) von 700 auf 1400 innerhalb des sechstägigen Helmitolversuches zu beobachten.

In dem zweiten Falle stieg unzweifelhaft während des Helmitolgebrauches die 24stündliche Harnmenge, sie stieg aber während der nach Aussetzen des Mittels folgenden achttägigen Beobachtungszeit noch viel mehr, denn während

[11]) Anmerkung bei der Korrektur: Derzeit (Januar 1905) ist dieser Fall als vollständig und wohl dauernd geheilt zu bezeichnen, ebenso waren meine weiteren Erfahrungen mit Helmitol günstige.

sie vor dem Helmitolversuch zwischen 550 und 1200 betrug, hielt sich die Harnmenge nachher zwischen 1300 und 2300!

Ob sich daraus als neue Eigenschaft eine lange nachhaltende Einwirkung des Helmitols auf die Erhöhung der Diurese wird ableiten lassen — bleibe weiteren Versuchen vorbehalten.

Soviel erscheint in beiden Versuchen sichergestellt: Helmitol erhöhte die Diurese, ohne dabei nachweisbare Schädigung der Nieren oder des Verdauungstraktes zu erzeugen.

Ebensowenig konnte in meinen übrigen Fällen Albuminurie oder gar Blutharnen oder bemerkenswerte Störungen von seiten des Magen-Darmkanals beobachtet werden.

Andrerseits konnte ich in einem Falle von akuter Zystitis mit ziemlich reichlichem Blutgehalte des Harnes bei viertägigem Gebrauche von 6—8 Tabletten à 0·5 eine styptische Wirkung des Helmitols nicht beobachten — in diesem Falle, der eben noch in Behandlung steht, sind die subjektiven Beschwerden am 4. Tage allerdings schon geringer, ebenso der Eitergehalt des Harnes, aber die Blutbeimischung zeigt keine Verminderung.

So glückliche Fälle, wie einen solchen Schütze (l. c.) beobachtete, wo bei Papilloma vesicae mit schwerer, eitriger Zystopyelitis und Blasenblutungen „das Mittel bei Eintritt einer der mindestens alle 2 Wochen unterlaufenden, heftigen profusen Blasenblutungen ohne jede andere Medikation dargereicht schon nach 3—4 Dosen à 1 g die Blutung prompt und dauernd unterdrückte", dürften wohl die Ausnahme bilden.

Beweisend für die erwähnte Reizlosigkeit des Helmitols bei interner Anwendung erscheint mir ein Fall von Ulcus ventriculi, kompliziert durch heftige, aller lokalen Therapie trotzende Zystitis.

Die Zystitis hatte schon vorher bestanden, war dann scheinbar geheilt gewesen, aber schon wenige Tage nach der Operation (Pfannenstiels Faszienquerschnitt, Exstirpation der linken Adnexe und Alexander Adam) mit aller Heftigkeit wiedergekehrt. Hier wurde am Ende der 2. Woche nach Einleitung der typischen Ulkuskur endlich zur Unterstützung der Lokalbehandlung Helmitol gegeben und bestens vertragen.

Lokal verwandte ich versuchsweise angewärmte 1%ige Helmitollösung zur Blasenfüllung bei Vornahme der Zystoskopie (statt Borlösung), ohne daß von seiten der Frauen je über mehr Schmerzen oder Brennen geklagt wurde, als bei der Füllung der Blase mit Borlösung, oder ohne daß sonstige unangenehme Folgen sich gezeigt hätten.

Die von den früheren Untersuchungen theoretisch festgestellte hohe Desinfektionswirkung des Helmitols auf den Blaseninhalt ließ es mir empfehlenswert erscheinen, das Mittel ganz besonders bei ammoniakalischem Harne behufs Blasenfüllung der Borsäure vorzuziehen.

In manchen Fällen von Zystitis verwandte ich es zur Blasenspülung unter Zurücklassung von allerdings nie mehr als 50—60 g der Lösung — mit im ganzen gutem Erfolge —, ging aber auch hier, sobald die akuteren Symptome geschwunden, zu Argentum-Instillationen oder Spülungen und anderem über, um eben den Verlauf nach Möglichkeit abzukürzen, denn, wie schon betont, ich hatte es ja leider nicht mit klinischem Krankenmateriale zu tun.

Nur in 2 Fällen wurde es lokal absolut nicht vertragen. In dem einen Falle handelte es sich um eine 83jährige Frau, bei welcher ich 50 g der 1%igen Lösung in der Blase belassen hatte; bei dieser Patientin trat danach stets heftiger Tenesmus von mehrstündiger Dauer auf, welcher auch anhielt, trotzdem die Kranke die Lösung nicht länger als ½—1 Stunde in der Blase behielt.

Dagegen zeigte sich bei derselben Kranken niemals schmerzhafter Harnzwang, wenn nach der Spülung die Lösung vollständig durch den Katheter ablaufen gelassen wurde. Andrerseits mußte bei dem zweiten Falle einer schwer neurasthenischen Patientin, bei welcher förmliche Schmerzkrisen sowohl durch die lokale Helmitolbehandlung wie auch durch 1—2%ige Arg. nitr.-Instillationen (1—2—3 Tropfen) ausgelöst wurden, jedwede lokale Therapie sistiert werden und bewährte sich hier gerade der interne Gebrauch des Helmitols außerordentlich.

Resumé.

Im ganzen gewann ich aus den Versuchsfällen den Eindruck, daß die lokale Helmitolbehandlung mit den Borsäurespülungen gleichwertig ist, daß sie sicherlich nicht schadet, aber durchschnittlich keine besonderen Vorzüge gegenüber den bisherigen Methoden aufweist, daher im allgemeinen auch entbehrlich ist, nur bei stark ammoniakalischer Zystitis wäre stets ein Versuch mit diesem Mittel als empfehlenswert zu bezeichnen.

Anders gestaltet sich, kurz zusammengefaßt, das Ergebnis unserer Beobachtungen bezüglich der internen Darreichung des Helmitols.

Dasselbe erscheint indiziert:

1. Bei akuter und chronischer Zystitis und zweifelsohne auch bei Pyelitis; bei ersterer eventuell als alleiniges Mittel, im weiteren Verlaufe als wirksames Adjuvans der Lokaltherapie.

2. Prophylaktisch 1—2 Tage hindurch nach einer zystoskopischen Untersuchung oder vor und bald nach einer Operation, bei welcher die Ernährungsverhältnisse oder die Funktion der Blase gestört werden.

3. Bei Bakteriurie, bei welcher es oft geradezu spezifisch zu wirken scheint.

Als Vorzüge des Helmitols gegenüber dem Urotropin seien noch schließlich hervorgehoben: 1. seine energischer desinfizierende Wirkung auf den Harn, welche insbesonders bei stark alkalischem Harne weitaus die des Urotropins übertrifft; 2. seine Reizlosigkeit (Ungiftigkeit) für den Verdauungs- und Harntraktus; 3. sein angenehmer Geschmack, wozu noch die relative Billigkeit hinzukommt, als nicht zu unterschätzender Faktor bei einem Mittel, welches, wie es in der Natur der damit zu behandelnden Krankheiten liegt, oft durch mehrere Wochen und Monate fortgebraucht werden muß.

Pyrosis und ihre Behandlung auf Grund von Kotanalysen.

Von **Dr. Felix Oefele** in Bad Neuenahr.

Pyrosis ist unter dem Namen Sodbrennen bei den Laien ebenso bekannt wie gefürchtet. Es wird dabei manchmal nach erfolgtem Aufstoßen in der Speiseröhre ein bohrendes und brennendes Gefühl erzeugt. Die Lehrbücher führen diese Erscheinungen unter den Symptomen des akuten Magenkatarrhs. Da aber akuter Magenkatarrh nur äußerst selten tötet, so sind die anatomischen Kenntnisse für den akuten Magenkatarrh im allgemeinen und für die Pyrosis im besonderen sehr geringe. Im allgemeinen wird als die Ursache der Pyrosis in den Lehrbüchern der Gehalt des Magens an ranzigen Gasen und sehr saurem Mageninhalt beschuldigt. Die erstere Angabe würde auf eine Störung der Fettverarbeitung hinweisen. Ich hoffe, daß auch in das Bild der Pyrosis die systematische Kotanalyse einige neue klärende Einblicke beschaffen kann.

Aus den Jahren 1902 und 1904 liegen mir Kotanalysen von fünf Patienten mit Pyrosis vor, welche entsprechend der Technik in meiner Koprologie[1]) ausgeführt sind.

Konsistenz des Kotes:	Analysen mit Pyrosis:
breiig	3
geformt	2

Defäkationsstunden:	Analysen mit Pyrosis:
6—8 Uhr morgens	3
8—10 „ „	4
10—12 „ „	1
6—8 „ abends	1

[1]) Bei Fischer in Jena 1904.

Defäkationsintervall:	Analysen mit Pyrosis:
0—3 Stunden	1
21—27 „	3
68—69 „	1
Eigenfarbe des Kotes:	Analysen mit Pyrosis:
dunkelbraun	1
hellbraun	2
gelb	1
gelbgrau	1
Farbe des Ätherauszugs:	Analysen mit Pyrosis:
braun	2
gelb	3
Geruch des Kotes:	Analysen mit Pyrosis:
süßlich	3
einfach fäkulent	1
säuerlich	1
Reaktion des Kotes auf Lackmus:	Analysen mit Pyrosis:
alkalisch	4
stark alkalisch	1
Urobilinreaktion:	Analysen mit Pyrosis:
vorhanden	3
spärlich	2
Biuretreaktion:	Analysen mit Pyrosis:
nicht vorhanden	5
Tripelphosphatkristalle:	Analysen mit Pyrosis:
spärlich	1
nicht vorhanden	4
Schleim makroskopisch:	Analysen mit Pyrosis:
etwas vorhanden	1
Schleimfäden mikroskopisch:	Analysen mit Pyrosis:
vorhanden	3
Gemüsereste makroskopisch:	Analysen mit Pyrosis:
einige	1
wenige	1
nicht vorhanden	3
Fleischreste makroskopisch:	Analysen mit Pyrosis:
nicht vorhanden	5
Muskelfasern mikroskopisch:	Analysen mit Pyrosis:
zahlreich	1
mäßig	2
spärlich	2
Stärkekörner:	Analysen mit Pyrosis:
reichlich	2
spärlich	1
nicht	2
einzelne Körner	1
Körnerhaufen	1
Haufen mit Hüllen	1
Zellulose:	Analysen mit Pyrosis:
vorhanden	3
spärlich	2
Trockensubstanzgehalt:	Analysen mit Pyrosis:
12—14%	1
18—20%	1
20—22%	1
22—24%	1
24—26%	1
Ätherauszug:	Analysen mit Pyrosis:
12—14%	1
20—22%	1
28—30%	1
36—38%	1
40—42%	1
Verseifbare Fette:	Analysen mit Pyrosis:
10—12%	1
16—18%	2
18—20%	1
20—22%	1
Azidität des Ätherauszuges:	Analysen mit Pyrosis.
450—500	1
500—550	1
Unverseifbarer Ätherextraktrest:	Analysen mit Pyrosis:
0—2 %	1
2—4 %	1
8—10%	1
18—20%	1
20—22%	1
Homogene Eiweiße:	Analysen mit Pyrosis:
0—2%	1
4—6%	2
6—8%	2

Überblicken wir diese Ergebnisse, so sind mit Ausnahme der Steatorrhöe keine oder wenigstens keine auffällig häufigen pathologischen Befunde vorhanden. Speziell die Eiweißausnutzung und somit die spezifische Magenarbeit muß als unerwartet häufig normal bezeichnet werden. Dagegen besteht regelmäßig eine pathologische Fettverschleuderung bei Pyrosis, da im normalen Kot nur 6—10% der Trockensubstanz an verseifbaren Fetten vorhanden sind, während hier in allen 5 Analysen über 10% verseifbare Fette festgestellt sind. Die Pyrosis muß demnach eines der Symptome von Steatorrhöe sein, das, soviel die kleine Zahl Analysen ergibt, nur bei Steatorrhöen vorkommt, aber nicht bei jeder Steatorrhöe; Pyrosis muß also außer von der Steatorrhöe noch von anderen Nebenbedingungen abhängig sein. Für die Therapie der Pyrosis müssen wir aber dann, solange uns die Nebenbedingungen unbekannt sind, bei der Behandlung der Steatorrhöe eingreifen. Dafür besitzen wir in der letzten Zeit auch ein internes Heilmittel in der Seife. Bekannt ist die innerliche Anwendung der Seife unter den Schutzmarken Eunatrol und seinem Konkurrenzmittel Cholelysin. Ich verwende, da ich kein Freund unnötiger Patentmedizinen bin, dafür stets Sapo medicatus. Sapo medicatus wird in der Gabe von 2 *dg* 40 Minuten je nach dem Mittagessen und Abendessen verabreicht. Nach den obigen Feststellungen verordnete ich Sapo medicatus in dieser Art auch bei Pyrosis, und zwar mit durchschlagendem Erfolge, insofern die Pyrosis sofort ausblieb. Jedenfalls halte ich nach obigen Analysen diese Behandlung für rationeller als die bisherige Darreichung von doppeltkohlensaurem Natron.

Referate.

L. v. KÉTLY und A. TORDAY (Budapest): **Über die Indikation zur Punktion pleuraler und abdominaler Flüssigkeitsansammlungen auf Grund des kryoskopischen Verfahrens.**

Die Resorption von chronischen pleuritischen Exsudaten ist in allen jenen Fällen zu erwarten, bei denen die Gefrierpunktserniedrigung des Exsudates niedriger als die des Blutserums oder ihr nahestehend ist. Das Exsudat kann aber nur in solchen Fällen resorbiert werden, wo die Entzündung der Pleura schon vorüber ist und sonach ein Exsudat nicht produziert wird („Ung. med. Presse", 1904, Nr. 32). Pleurale Transsudate werden nur dann resorbiert, wenn ihre Gefrierpunktserniedrigung niedriger als die des Blutserums ist oder ihr nahesteht. Die Resorption der Transsudate hängt aber auch noch von anderen Umständen ab, so besonders von der Funktion des Herzens und der Nieren, deren Zustand also bei der Beurteilung der Resorption auch in Betracht zu ziehen ist. Von abdominalen Exsudaten gilt dasselbe, wie von den chronischen, pleuritischen Exsudaten, daß nämlich, wenn auf Grund des kryoskopischen Verfahrens Resorption zu erwarten ist, die letztere nur dann erfolgt, wenn das Peritoneum kein entzündliches Exsudat mehr produziert. Bei abdominalen Transsudaten ist das kryoskopische Verfahren nur dann ausschlaggebend, wenn der Ansammlung und der Resorption der Flüssigkeit keine Hindernisse im Wege stehen, z. B. Stauung im Gebiete der Vena portae, ungenügende Herzfunktion, mechanischer Hydrops. Bei Ex- und Transsudaten ist, wenn Nephritis besteht, außer der Gefrierpunktserniedrigung der Flüssigkeit auch der Gefrierpunkt des Blutes zu bestimmen. Bei der Beurteilung der Resorption kommt hier der Zustand der Nieren in erster Linie in Betracht und deshalb ist auf Grund des kryoskopischen Verfahrens nur dann die Resorption der Flüssigkeit wahrscheinlich, wenn die Funktion der Nieren eine befriedigende ist. Wenn bei einem chronischen, pleuritischen Exsudat der Gefrierpunkt der aus verschiedenen Teilen der betreffenden Brustkorbhälfte gewonnenen Flüssigkeit ein verschiedener ist, so ist anzunehmen, daß wir es gegebenen Falles mit einem abgekapselten Exsudat zu tun haben. Die Exsudate kann man von den Transsudaten auf dem Wege des kryoskopischen

Verfahrens nicht voneinander unterscheiden. Die Untersuchungen von KÉTLY und TORDAY bestätigen also die Ansicht von TAUSZK nicht, daß nämlich im allgemeinen der Gefrierpunkt bei Flüssigkeitsansammlungen infolge Stauung ein höherer sei als bei solchen entzündlichen Ursprunges. B.

KLIENEBERGER und OXENIUS (Frankfurt a. M.): Über Urine und Urinsedimente bei normalen Personen, bei rheumatischen Erkrankungen und nach der Einwirkung von Salizylpräparaten.

Das Salizyl erzeugt nach den Erfahrungen von K. und O. dem Urinbefunde nach eine Nephritis, die bei Fortwirken des schädigenden Agens ausheilt. Es tritt keine Gewöhnung an das Salizyl ein; denn nach einigen Tagen des Aussetzens, wie Verf. bei mehreren Fällen feststellen konnten, reagieren Nieren und Harnwege genau in derselben Weise auf das Salizyl, wie ein bislang von dem Mittel noch nie affizierter Organismus („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 80, H. 3 u. 4). Somit gehen unsere Anschauungen zurzeit dahin, daß bei den fieberhaften rheumatischen Erkrankungen in der Mehrzahl der Fälle eine toxische, bzw. febril toxische „Nephritis" besteht. Diese Nephritis heilt unter Salizylgebrauch aus. Andrerseits bedingt das Salizyl an sich eine charakteristische, unter fortdauerndem Salizylgebrauch ausheilende „Nephritis". In jedem normalen Urin finden sich sämtliche Elemente der Nieren und Harnwege, es bestehen fließende Übergänge zwischen den Abstoßungsvorgängen der gesunden Niere und der durch entzündliche Prozesse veränderten Niere. So harmlos also jedes Epithelium, jeder Erythrozyt, jeder Zylinder an sich sein kann, so ist er doch stets ein Bote für eventuelle krankhafte Vorgänge in den Harnwegen und Nieren oder eine Botschaft von den Einwirkungen, denen die Niere ausgesetzt ist. B.

DUBAR (Paris): Die Behandlung der einfachen Struma mit intraglandulären Injektionen von Oleum jodatum.

Das Jodpräparat, mit welchem D. seine Versuche anstellte, hat eine ähnliche Zusammensetzung wie Jodipin und enthält etwa 40% Jod. Die mit dieser Methode behandelten Patienten waren zwei 18jährige Mädchen, bisher stets gesund, ohne irgend eine andere Erkrankung, als eine parenchymatöse Struma. Die Injektionen wurden sehr gut vertragen. Niemals kam es zu einer lokalen oder allgemeinen Reaktion. Die injizierte Menge betrug stets 1 cm^3 der Lösung und wurde mittelst gewöhnlicher Pravazspritze dem Gewebe einverleibt. Es empfiehlt sich, wöchentlich nur eine Einspritzung zu machen. Im ersten Fall war der Umfang des Halses nach 9 Injektionen um 2 *cm*, im zweiten Falle nach 10 Injektionen um $3^1/_2$ *cm* geringer geworden. Dieser Erfolg ist nach der Ansicht des Verfassers dem hohen Jodgehalte der angewendeten Injektionsflüssigkeit — der neunmal so groß ist als der der gewöhnlichen Jodtinktur — zuzuschreiben. Vor letzterer hat das Oleum jodatum auch den Umstand voraus, daß es dem Organismus schmerzlos injiziert werden kann. J. S.

W. NARBUT (St. Petersburg): Die Hypophysis und ihre Bedeutung für den Organismus.

Die Hypophysis hat im tierischen Organismus eine bestimmte Funktion zu verrichten und ist für den wachsenden Organismus von weit größerer Bedeutung als für den erwachsenen (Inaug.-Diss.). Eine Schädigung derselben bedingt psychische Depression, Abnahme des Körpergewichts und Störungen der Motilität, sowie Sensibilität. Die totale Entfernung der Hypophysis führt bei wachsenden Tieren zum Tode. Ein schon fertiger Organismus kann den Ausfall ergänzen, vermutlich dank der erhöhten Arbeit der Schilddrüse. Die Abnahme des Körpergewichts steht in einem geraden Verhältnisse zur Schädigung der Hypophysis und im umgekehrten zum Alter des Tieres (je jünger das Tier, um so stärker die Abnahme). Die Entfernung der Hypophyse bedingt eine vermehrte Ausscheidung von Phosphor und Stickstoff. Die gleichen Erscheinungen konstatierte man auch bei hungernden Tieren, denen das Organ exstirpiert wurde. Außerdem führt die Beseitigung der Drüse zu einer Verminderung des Gasaustausches, aber nicht zur Ausscheidung von Zucker oder Eiweiß. Dagegen wurden Temperaturschwankungen und Veränderungen des zerebralen Blutkreislaufs nicht beobachtet. Auch Injektionen von Hypophysin bedingen keine Störungen des Hirnkreislaufs. Zwischen dem Zentralnervensystem und der Hypophysis besteht keine Verbindung durch das Infundibulum. Die Nervenelemente der Hypophysis bilden gleichsam ein selbständiges System. Bei Tieren sind die Nervenelemente deutlicher ausgeprägt als beim Menschen. Bei Paralytikern ist das Gewicht der Hypophysis am geringsten (0·297). Das Gewichtsverhältnis der Drüse zum übrigen Körper bildet eine mehr oder weniger konstante Größe (0·0013). Es ist möglich, daß der Infantilismus mit einem vorzeitigen Versiegen der Drüsenarbeit zusammenhängt. Beim Menschen befindet sich die Hypophysis keineswegs in einem rudimentären Zustande. B.

G. A. WOLLENBERG (Berlin): Abrißfraktur der Tuberositas tibiae.

Ein 23jähriger Patient verunglückte beim Weitsprunge derart, daß er, im Begriffe beim Aufsprunge in die Kniebeuge zu gehen, plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Knie verspürte. Die Kniescheibe soll dabei nach oben gerutscht sein. Patient war sofort unfähig zu gehen. Er verblieb durch 5 Wochen mit einem gekreuzten Heftpflasterverbande in Spitalsbehandlung und wurde dann noch durch 3 Wochen mit Massage und Gymnastik nachbehandelt. Dann wurde er wieder vollkommen gehfähig und erst allmählich stellten sich Beschwerden ein, die in einer geringen Schwäche des Beines und in Schmerzen im Knie bestanden. Die Untersuchung des außerordentlich muskelkräftigen Patienten ergibt eine deutliche Schwäche des linken Quadrizeps; die linke Patella steht höher als die rechte, zeigt aber normale Konturen und die gleichen Längen- und Breitenmaße wie die rechte. 1 *cm* unter der Patella befindet sich ein 5 *cm* langer harter Körper, der sich nach unten keilförmig verjüngt. Die Spitze dieses Körpers ist von der Gegend des normalen Ansatzes des Ligamentum patellae proprium etwa $1^1/_2$ *cm* entfernt. Bei Streckstellung liegt der dreieckige Knochenkörper direkt vor dem Gelenkspalte. Alle Bewegungen sind kräftig und in normalen Grenzen ausführbar. Die Röntgenuntersuchung bestätigt diese Befunde vollständig. Es handelt sich also um einen Abriß der Tuberositas tibiae infolge übermäßiger Kontraktion des überaus kräftigen Quadrizeps. Die Prognose dieser relativ seltenen Verletzung ist eine günstige, selbst wenn, wie in dem mitgeteilten Falle, keine anatomische Restitution erreicht wurde. Die abgerissene Tuberositas tritt mit der Tibia in feste bindegewebige Verbindung, übernimmt die Funktion der dislozierten Patella und legt sich als Schutz vor den Gelenkspalt. Als beste Art der Therapie empfiehlt Verfasser („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 43) für unvollkommene Abrisse Schonung des verletzten Gelenkes, eventuell die Anlegung eines leichten Verbandes. Bei den vollständigen Abrissen könnte man an eine operative Fixation des losgerissenen Stückes an die Tibia denken, zumeist genügt aber die Anlegung eines Heftpflasterverbandes, der das Bruchstück nach unten zieht. Etwaige zurückbleibende Funktionsstörungen können durch Massage und Gymnastik der geschädigten Muskulatur behoben werden. GRÜNBAUM.

HNÁTEK (Prag): Tetanus und Neuritis.

In Verf.s Falle handelt es sich um einen typischen, traumatischen, günstig beendeten Tetanus, der zu so ausgedehnten Nervenveränderungen geführt hat, wie sie in diesem Maße, in dieser Art und bei diesen Verhältnissen noch nicht beschrieben wurden. Neuritische Veränderungen ergriffen die Nerven des Plexus brachialis zum größten Teile und führten fast zu allen möglichen Folgen, die bei einer entzündlichen Nervenaffektion erwartet werden können: Empfindungs- und Motilitätsanomalien, sowie vasomotorische und trophische Veränderungen. Diese letzteren äußerten sich dann auf eine ganz ungewöhnliche Art, indem sie neben den weichen Teilen der Extremität auch die Gelenke und den Knochen ergriffen. Die pathologischen Verände-

rungen der Knochen glichen vollkommen jenen, wie sie bei der sogenannten akuten Knochenatrophie — freilich unter anderen Verhältnissen als nach dem Tetanus — beobachtet wurden. Diese Veränderungen in den Knochen sind wieder zurückgegangen und nur in den Fingergelenken setzten sie sich als ein andauernder Kontraktionszustand fest. Die Erklärung dieser bisher nicht beobachteten Veränderungen liegt vielleicht in einer Eigenschaft irgendwelcher Komponenten des tetanischen Virus, die peripheren Nerven in ihrer besonderen lokalen Empfänglichkeit zu alterieren. Gleichzeitig besteht eine allgemeine Resistenz des Organismus gegen die letale Wirkung des Giftes („Casopis českých lékařů", 1904, Nr. 45, 46, 47). Die große Tenazität des Tetanusgiftes ist im gegebenen Falle gewiß auch eine begünstigende Bedingung für solche Alterationen. STOCK.

L. EINIS (Ekaterinodar, Kaukasus): **Über Herpes Zoster recidivus s. intermittens s. periodicus.**

Verf. schildert ausführlich einen von ihm längere Zeit beobachteten Fall von intermittierender bezw. periodischer Affektion der Mundhöhle („Allg. med. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 17), der in diagnostischer sowohl wie auch in therapeutischer Beziehung Interesse beansprucht. Die Eigenartigkeit dieses Krankheitsprozesses besteht darin, daß er, indem er eine nicht vollständig entwickelte Form von Zoster darstellt und diejenige Gegend der Mundhöhle einnimmt, in der auch andere exanthematische Erkrankungen am häufigsten auftreten, sehr leicht zur Verwechslung mit irgend einem anderen Krankheitsprozeß führen kann, namentlich wenn man nicht sorgfältig genug sämtliche bestehenden Erscheinungen analysiert. Bekanntlich wurde der Herpes Zoster früher als eine Krankheit betrachtet, die ein und dasselbe Individuum nur einmal im Leben befällt. Wenn auch diese Anschauung von der neueren Dermatologie nicht geteilt wird, so betrachten doch sämtliche Dermatologen eine zweimalige und um so mehr eine noch häufigere Erkrankung eines und desselben Individuums an Herpes Zoster als ziemlich seltene Erscheinung. Von Interesse ist auch die stattgehabte Behandlung und deren Erfolg. Die Patientin kam in die Behandlung des Verfassers in einem der exanthemfreien Zwischenstadien und klagte über parästhetische Erscheinungen in der linken Hälfte der Mundhöhle (Ungeschicklichkeit, Ameisenkriechen, zeitweise auch Schmerzhaftigkeit). Die Besichtigung der Mundhöhle ergab nichts Abnormes. Nichtsdestoweniger verordnete Verfasser in Berücksichtigung der Anamnese und von dem Standpunkte ausgehend, daß Malaria als ätiologisches Moment in Betracht komme, Chinin, jedoch ohne Wirkung: der exanthematische Paroxysmus ist nach wie vor zur üblichen Zeit eingetreten. Hierauf wurde das Chinin ausgesetzt und Sol. Fowleri täglich 9 Tropfen verordnet, aber wiederum ohne Erfolg: das charakteristische Exanthem stellte sich zur gewöhnlichen Zeit wieder ein. Hierauf wurden Pillen aus Ergotin und Chininum bromatum (dreimal täglich je eine Pille, welche 0·06 Ergotin und 0·12 Chininum bromatum enthielt) gegeben. Diese Pillen sollte die Patientin längere Zeit hindurch mit gewissen Unterbrechungen nehmen, und in der Tat hat sie in einem Zeitraum von 6 Monaten im ganzen 120 Pillen eingenommen, wobei sie nach je 30 Pillen eine mehr oder minder lange Pause eintreten ließ. Diese Medikation hatte zur Folge, daß innerhalb des erwähnten, 6 Monate langen Zwischenstadiums nicht ein einziges Rezidiv eingetreten ist, und daß außerdem bald nach Beginn der Behandlung mit den Pillen die parästhetischen Erscheinungen in der Mundhöhle vollständig verschwanden, während sie sonst auch in den sogenannten exanthemfreien Zwischenstadien vorhanden waren. L—y.

OTTO MEIER (Bant i. Oldenburg): **Über Vergiftung mit Kali chloricum.**

Verf. fand („Deutsche Med.-Ztg.", 1904, Nr. 65): 1. daß das Kalium chloricum, durch Resorption vom Magen aus in den Organismus gebracht, in hohem Grade zerstörend auf die roten Blutkörperchen wirken und so den Tod herbeiführen kann; 2. daß das Kalium chloricum aus diesem Grunde durchaus keine indifferente Substanz ist, vielmehr ein Mittel, das innerlich und äußerlich, namentlich bei Kindern, nur mit großer Vorsicht gegeben werden darf; 3. daß das Kalium chloricum daher, wenn auch kein Grund vorliegt, das Salz aus der Pharmakopöe gänzlich zu entfernen, in das Verzeichnis B der nur in den Apotheken feil zu haltenden und zu verkaufenden Heilmittel aufgenommen und nur gegen Rezept abgegeben werden sollte. B.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Behandlung von Hernien mit Alkoholinjektionen** empfiehlt BRODNITZ („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 41) bei Kindern, bei Leuten mit Bruchanlage, bei Patienten, deren Brüche durch Bruchbänder nicht zurückgehalten werden, und bei denen eine Operation kontraindiziert ist, schließlich bei messerscheuen Patienten. Die Injektionen werden jeden 2. resp. 3. Tag vorgenommen, und zwar werden bei Kindern 0·5—1·0 *g*, bei Erwachsenen 3—5 *g* in jeder Sitzung injiziert. Ist durch die entzündliche Schwellung die Bruchpforte geschlossen, so ist nur wöchentlich eine Injektion vorzunehmen, bis innerhalb 3 Monaten 15—20 Injektionen gemacht worden sind. Eine geringere Anzahl bietet nicht die Gewähr einer Dauerheilung. Der namentlich bei den ersten Injektionen lebhafte Schmerz läßt sich durch voraufgehende Kokaininjektion mildern. Zuweilen ist die Injektion am 2. Tage von einer heftigen, lokalen Reaktion: Schwellung, Rötung, Temperatursteigerung bis auf 39·5°, gefolgt, doch schwindet diese wieder ohne weitere Komplikationen innerhalb 2—3 Tagen.

— Aus den Mitteilungen von ALBERT WOLFF über **Citarin** („Ther. Monatsh.", 1904, Nr. 9) geht hervor, daß man dieses Mittel sowohl beim akuten Gichtanfall wie auch bei chronischer Gicht erfolgreich verwenden kann. Verf. tat dies in 9 Fällen, und zwar bei drei akuten Erkrankungen, die er mit großen Dosen Citarin, 5 × 2 *g*, nebst Aspirin und heißen Bädern durchschnittlich in 2—3 Tagen beseitigte, und bei sechs subakuten resp. chronischen Fällen; auch hier war ein eklatanter Einfluß auf die Schmerzen, resp. auf starke Uraturien zu konstatieren.

— Über die **Bedeutung der Silberbehandlung für die ärztliche Praxis** berichtet GEORGI („Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung", 1904, Nr. 20). Das kolloidale Silber wird durch Reduktion einer mit zitronensaurem Ammon versetzten Lösung von salpetersaurem Silber mittelst Eisenvitriol gewonnen und besteht aus kleinen, leicht zerbröckelnden, metallisch glänzenden, schwarzen Stücken, die 87% reines Silber enthalten. Es ist im Wasser im Verhältnis 1 : 20 löslich. Die üblichen Anwendungsformen in der Chirurgie sind kurz folgende: Bei rein aseptischen Operationen; bei Operationen am Magen-Darmtraktus; in alle infizierten Höhlenwunden; bei frischen Verletzungen. Ferner wird 1—2%ige Silbersalbe (Collargoli 0·6, Aq. dest. 1·5, Ol. Gault. gtt. 2, Ungt. adip. Lan. ad 30) bei Augenkrankheiten, Verbrennungen und infektiösen Hautkrankheiten angewandt; Silberpaste (Collargol 0·6, Amyl. trit., Zinkoxyd, Lanolin, Vaselin ad 30) zum luftdichten Abschluß von Wunden in der Nähe infektiöser Umgebung (Anus, Genitalien). 2%ige Silberstäbchen (Bacilli Collargoli, KLIENsche Stifte) dienen zur Einführung in die Harnröhre, Gebärmutter oder Fistelgänge, eine Lösung 1 : 5—10.000, am besten aus einer 1%igen Mutterlösung hergestellt, dient als Desinfiziens für alle Körperhöhlen, Wunden, als Gurgelwasser für Mund, zu Umschlägen usw. Die Darreichung von Collargol durch Magen und Darm geschieht in Lösung oder in Pillenform. Collargol ist angezeigt bei allen septischen Erkrankungen, bei akutem Gelenkrheumatismus, auch bei Milzbrand, schließlich bei chronisch-septischen Zuständen.

— Das **Tannigen** hat bei Diarrhöen der Kinder W. SIEBOLD verwendet („Allg. med. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 30). Die Behandlung leitete Verf. immer erst mit Verabreichung eines Abführmittels, Ol. Ricini oder Kalomel, ein und gab darauf gewöhnlich nach 2 bis 5 Stunden Tannigen, und zwar im Laufe des Tages 3—10 Dosen à 0·1—0·25 bis 0·5—1·0 *g*. In allen Fällen wurde das Präparat sehr gut vertragen, sogar ganz kleine Kinder nahmen es gern ein.

— Über **Injektionen von atmosphärischer Luft bei Neuralgien** berichten MONGOUR und CARLES („Journ. de Méd. de Bord.", August 1904). Dieses einfache Verfahren läßt sich bei allen Formen von Neuralgien mit Erfolg verwenden. Verff. fanden es bewährt bei

Ischias, Pleurodynie, Interkostalneuralgie. Man kann ohne Gefahr in die Gewebe $^1/_4$ oder $^1/_2$ *l* Luft injizieren, welche in 8—10 Stunden zur Resorption kommt. Unter aseptischen Kautelen wird eine sterilisierte PRAVAZsche Nadel an der Injektionsstelle eingeführt. Zur Injektion bedient man sich medikamentöser Dämpfe, der Kohlensäure oder der Luft. Um die Luft oder die Gase zu filtrieren, ist eine kleine Glastube mit einem sterilisierten Seidentampon zwischen die Nadel und das Gebläse eingeschaltet. Die Menge der nötigen Luft ist verschieden je nach den einzelnen Fällen. Auch die Sensibilität der Kranken ist hierbei zu berücksichtigen. Der subkutane Lufteintritt ist nicht nur nicht schmerzhaft, sondern soll sogar analgetische Wirkung haben. Nach der Injektion massiert man die betreffende Gegend leicht und wiederholt dies während der folgenden Tage.

— Das **Validol** ist nach den Erfahrungen von MEYER („Deutsche Ärztezeitung", 1904, Nr. 19) eines der besten Analeptika, welches uns bis jetzt die Therapie geboten hat, u. zw. gegen zahlreiche hysterische und neurasthenische Erscheinungen. Seine Wirkung ist eine schnelle und wohltätige, namentlich bei den depressiven Formen der Neurasthenie und bei sämtlichen hysterischen Symptomenkomplexen. Als Analeptikum stellt es ein kostbares Hilfsmittel dar, zu dem man absolut greifen sollte, wenn die Indikation dazu vorhanden ist. Eine zweite Hauptanwendung des Validol ist die gegen Seekrankheit, wobei es manchmal ein Spezifikum darstellt. Man kann rechnen, daß in 45—50% der Fälle Validol die mit Seekrankheit zusammenhängenden Beschwerden vollständig behebt; in anderen Fällen lindert es sie bisweilen. Validol kann auch mit Vorteil bei einigen neuralgischen Krankheitserscheinungen angewendet werden, wo es, ohne geradezu eine sehr andauernde Wirkung zu entfalten, infolge seiner analgetischen Eigenschaften den nervösen Krankheitsprozeß milder verlaufen läßt. So ist es zu erklären, daß in Fällen äußerst schmerzhafter Ischias oder Neuralgie des Trigeminus energische Einreibungen mit Validol, zusammen mit dem inneren Gebrauch des Mittels, nicht wenig dazu beitragen, die Schmerzen des Kranken zu lindern. In verschiedenen Fällen dieser Art wurde beobachtet, daß die lokale Einreibung des Validol, ein paarmal des Tages wiederholt, die Wirkung der innerlich genommenen Salizylpräparate unterstützte. Unter den neuralgischen Form onsind die gastrischen und die enteralgischen besonders hervorzuheben, in welchen Validol immer ausgezeichnet wirkte, ja manchmal unmittelbar die Schmerzen des Kranken kupierte. Auch bei Hemikranie in der angiospastischen Form sollte das Validol ohne jedes Bedenken angewendet werden.

— Als **Mittel gegen Frostschäden** sind empfehlenswert („Pharm.-Ztg.", 1904, Nr. 50):

Rp. Ichthyoli . . . . 5·0—10·0
Vaselini . . . . 20·0
M. S. Abends energisch einzureiben und die Salbe die ganze Nacht wirken lassen;

oder Rp. Ichthyoli . . . . 5·0
Cloroform. . . . . 2·0
Ungt. Paraff. . . . . 3·0
M. D. S. Frostsalbe. Bei wunder Haut ohne Chloroform und mit Zinksalbe statt Ungt. Paraff.;

auch Rp. Ichthyoli,
Ol. Tereb. . . . . aa. 10·0
M. D. S. Die erkrankten Teile mit warmen Seifenwasser abwaschen, mit dem Liniment bestreichen und dann mit Watte umwickeln;

schließlich

Rp. Ichthyoli,
Ol. Camphor. . . . . aa. 5·0
Lanolini . . . . 20·0
M. D. S. Bei wunder Haut morgens und abends einzureiben und mit Watte umwickeln.

— Als **Ersatzmittel für Lebertran** empfiehlt KLAUTSCH („Repert. d. prakt. Med.", 1905, Nr. 1) das „Ossin Stroschein". Zu seiner Darstellung wird sogenannter Lofoten-Dorsch-Lebertran verwendet, und zwar in nur frischem Zustande, in welchem noch keine Fäulnis- und Zersetzungsprodukte darin enthalten sind. Derselbe wird durch ein besonderes Verfahren einer Rektifikation durch strömenden Dampf bei Gegenwart von freier Kohlensäure unterworfen. Hierdurch wird einerseits eine vollkommene Sterilisierung des Produktes erzielt, andrerseits wird dasselbe von dem widerlichen Geruch und Geschmack des gewöhnlichen Lebertrans befreit, und schließlich werden daraus alle unbeständigen Fettsäuren entfernt. Dieser so gereinigte Lebertran wird dann mit den löslichen Bestandteilen frischer Hühnereier, mit Eiweiß sowohl wie Eigelb, unter Zusatz von Zucker verbunden, wodurch eine dickflüssige Masse entsteht, „Ossin" genannt, die nach Farbe und Konsistenz dem Honig sehr ähnlich ist. Das „Ossin" stellt ein Ölalbuminat des Lebertrans dar in einer sehr appetitlichen Form; es enthält nach AUFRECHT eine zur Emulgierung hinreichende Menge freier Fettsäuren und ist ausgezeichnet einmal durch eine unbegrenzte Haltbarkeit, die seine Verwendung auch in der wärmeren Jahreszeit mit dem gleich guten Erfolge wie im Winter gestattet, und zweitens durch eine rasche Emulgierbarkeit und vollkommene Resorption. Verf. gab das Ossin teelöffelweise, dreimal täglich, pur, vor oder nach den Mahlzeiten.

— Aus den Versuchen über **Trockensterilisation mittelst Formaldehyd** von SCHLESINGER geht folgendes hervor („Arch. f. klin. Chirurg.", Bd. 22, H. 4): Als zuverlässig ist der Apparat für vernickelte Instrumente mit glatten Oberflächen (Messer, Zystoskope, metallene Kehlkopfspiegel) anzusehen. Verf. benutzt ihn jetzt zur Messersterilisation in der Klinik. Wenn dieselben trocken sind, genügt eine Zeit von 3 Stunden sicher zur Sterilisation. Bei Sterilisation von Scheren, Schiebern usw. sind dieselben vorher aufzuklappen resp. auseinanderzunehmen. Für Sterilisation von Verbandstoffen scheint ihm der Apparat keinen größeren praktischen Wert zu haben. Bezüglich der Kathetersterilisation scheint der Apparat zweckmäßig zu sein, um einen gewissen Vorrat von Kathetern steril aufzubewahren. Die Katheter sind nach 48 Stunden sicher steril. Danach kann man den Zutritt der Gase absperren. Die Katheter müssen vor dem Einlegen trocken und sauber sein; dann sind die anhaftenden Formalinmengen sehr gering. Verf. meint also, daß der Apparat nicht als Ersatz für unsere jetzigen Sterilisationsmethoden dienen könne (abgesehen von der Sterilisation der Messer und Zystoskope), wohl aber ist er für solche Zwecke recht praktisch, wo es gilt, sterile Instrumente rasch bei der Hand zu haben, also für den praktischen Arzt in der Sprechstunde. Er kann also als eine Art Vorratskammer für Instrumente und Katheter dienen.

Literarische Anzeigen.

Studien über die hereditäre Syphilis. II. Teil. Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen bei der angebornen Frühsyphilis. Von **Dr. Karl Hochsinger**, Direktor-Stellvertreter des I. öffentlichen Kinderkrankeninstitutes in Wien. Mit 9 chromolithographischen Tafeln und 69 in den Text gedruckten Abbildungen. Leipzig und Wien 1904, Franz Deuticke.

Nachdem HOCHSINGER in dem vor 6 Jahren erschienenen ersten Bande seiner Studien die Vererbungsfragen der Syphilis, die hereditärsyphilitischen Hautinfiltrationen der Säuglinge und die diffusen viszeralen Manifestationsformen der hereditären Frühsyphilis bearbeitet hatte, bringt uns der nun vorliegende stattliche (567 Seiten) zweite Band die breit angelegten und gründlichen Studien über die hereditärluetischen Knochenerkrankungen und Bewegungsstörungen. Der erste Abschnitt schildert die physiologische Knochenentwicklung und die historische Ausbildung der Lehre von der angeborenen Knochensyphilis von der Mitte des XVIII. Jahrhunderts bis zu den Arbeiten des Verfassers. Im zweiten Abschnitt werden HOCHSINGERs eigene Resultate der anatomischen Studien an 5 syphilitischen Totgeburten und 6 hereditärsyphilitischen Säuglingen in breiter Ausführlichkeit gebracht. Den schon in früheren Studien verfolgten, wohlbegründeten Gedankengang, daß die in gewissen Wachstumsstadien parallel dem Wachstumsafflux gehende intensive Gefäßneubildung die Lokalisation der heredosyphilitischen Prozesse bedinge, gebt Autor nach, um die Häufigkeit der hereditärluetischen Knochenaffektionen beim Fötus und in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt zu begründen. Die Anfangsstadien der osteochondritischen Veränderungen und der rachitischen Störungen der endochondralen Ossifikation ähneln sich und gehen einander sogar parallel, erst später zeigen sich die so wichtigen Gegensätze der beiden Krankheiten: bei der Rachitis die exzessive Wucherung der Knorpelzellen, der Mangel der Verkalkung oder Kalkresorption, bei der Syphilis labiles Granulationsgewebe und vorzeitiger Kalk-

gehalt des Gewebes. Auch die Störungen der periostalen Knochenbildung bei der hereditären Frühsyphilis werden in einem eigenen Kapitel dieses Abschnittes in ähnlich breiter Weise besprochen. Die Einzelheiten eignen sich nicht zur Skizzierung im knappen Referate. Der dritte Abschnitt der Studien behandelt Gebiete, die die ureigene Domäne des Autors sind, die er erschlossen und auf denen er wichtige und schöne Resultate aufzuweisen hat. Es sind zunächst klinisch-radioskopische Betrachtungen über die Phalangitis syphilitica, wertvolle Ergänzungen der Klinik und Pathologie der Affektion, denen HOCHSINGER schon früher eine klinische Studie gewidmet hat. Weiters enthält der Abschnitt radiologische Untersuchungen bei den hereditärsyphilitischen Früherkrankungen der langen Röhrenknochen; besonders eingehende klinische Untersuchungen und schöne Reproduktionen illustrieren die Ausführungen. (Den ablehnenden Standpunkt, den H. gegenüber KIENBÖCKs und des Ref. Annahme einer akuten Knochenatrophie in der Umgebung der osteochondritischen Studie einnimmt, findet Ref. viel zu wenig begründet.) Endlich bringt dieser Abschnitt noch die Abhandlungen über verschiedene Formen von Bewegungsstörungen — Myotonie und Pseudoparalyse —, deren Klinik und Pathogenese. Die heredosyphilitischen Muskelerkrankungen, die Arthropathien bei der Frühsyphilis finden zum Schlusse eine Besprechung, die der Klinik und Anatomie der Krankheit mannigfache Bereicherung bringt. Der vierte große Abschnitt gilt der Syphilis-Rachitisfrage und der hereditären Frühsyphilis des Schädelskelettes. Die in ihrem Charakter divergenten Affektionen kombinieren sich, die Lues bringt ein früheres Einsetzen relativ leichter Rachitiserkrankungen mit sich und modifiziert durch stärkere Kalkablagerung die Veränderungen. Die Ausführungen über syphilitischen Hydrozephalus hat H. in einem in letzter Zeit in einer Wiener Gesellschaft gehaltenen Vortrage reproduziert; sie sind noch in frischer Erinnerung. Endlich bringen die letzten Kapitel Untersuchungen über die hereditäre Nasensyphilis der Neugebornen und der Säuglinge, die schon an anderer Stelle, weniger ausführlich, erschienen sind. Den überreichen Stoff des Bandes in einem Referate auch nur andeutungsweise wiederzugeben, ist ungemein schwer. Für jeden, der auf dem Gebiete der Heredosyphilis arbeitet, sind HOCHSINGERs Studien eine wahre Fundgrube von Tatsachen, die für die Pathologie der Krankheit von größter Wichtigkeit sind. Den in Aussicht gestellten weiteren Studien können wir mit Interesse entgegensehen. Noch ein Wort der Anerkennung sei der vorzüglichen Ausstattung des Buches, den schönen Bildern und chromolithographischen Tafeln gewidmet.

NEURATH.

Die Freiluft-Liegebehandlung bei Nervösen. Von **Dr. M. van Oordt.** (VOLKMANNs Sammlung Nr. 364.) Leipzig 1903, Breitkopf & Härtel.

Die Behandlung ist analog der der Tuberkulose gedacht; sie besteht darin, daß die Patienten für Wochen oder selbst für Monate längere Zeit des Tages in ruhiger und geschützter Lage im Freien zubringen, unter Umständen sogar im Freien die Mahlzeiten einnehmen oder auch sich der einen oder anderen Behandlung unterziehen. Insbesondere wurde ein bestimmter Zustand sehr günstig beeinflußt, sowohl wenn er als eigenartige Krankheit, als wenn er als Symptom oder Folgeerscheinung zur Behandlung kam, das „krankhaft Nervöse", das, verschieden verursacht, sich als übermäßige Reizbarkeit, nervöse Hinfälligkeit, funktionelle und physische Schwäche, Erregbarkeit oder Stumpfsinn auf psychischem Gebiete, äußert und sekundäre Krankheitszustände im Gefolge hat, die sich als Schlaflosigkeit, Unterernährung, Mangel an geistiger Konzentration bemerkbar machen, ja sogar oft in ausgesprochen rein neurasthenischen oder hysterischen Symptomen auftreten. Die einzelnen Heilfaktoren und die einzelnen behandelten Zustände werden genauer besprochen.

INFELD.

La virulenza e la tossicità del b. coli negli alimenti della prima età. Pel **Dr. Pasquale Mazzeo.** Napoli, Tocco & Salvietti, 1904 (Separatabdruck).

Die Richtung der Untersuchungen des Verf.s ergibt sich aus dem Titel der kleinen Arbeit; es zeigt sich, daß zwischen der Virulenz und Toxizität des B. coli und der eingeführten Nahrung in vier untersuchten Fällen (8—9monatliche Kinder) Beziehungen bestanden.

Dr. S.

Importanza della fagocitosi nella difesa dell' organismo dalla infezione difterítica. Pel **Dr. Pasquale Mazzeo.** Napoli, Ruggiano & figlio, 1904 (Separatabdruck).

Verf. schließt aus einigen Versuchen am Meerschweinchen, daß den Phagozyten eine große Bedeutung in der Verteidigung des Organismus gegen Bakterien zukomme; er glaubt damit eine Bestätigung der Lehren METSCHNIKOFFs und seiner Schule erbracht zu haben.

Dr. S.

Feuilleton.

Amerikanisches Ärztewesen.

Von **Dr. Gustav Baar,** Portland, Oregon, United States of North Amerika.

II.

Wie beginnt man die Praxis in Amerika?

Ich möchte bei Beantwortung dieser wichtigen Frage mit einer kurzen Schilderung meiner persönlichen Erlebnisse einsetzen. Als ich den Entschluß gefaßt hatte, nach Amerika auszuwandern, fragte ich bei den österreichischen Konsuln über die Chancen einer Niederlassung in den Vereinigten Staaten an und bekam verschiedene für die Herren charakteristische Auskünfte. Infolge einer Unterhaltung eines dieser Konsuln mit der Frau eines gewissen „Dr. E. von W." bekam ich von Dr. E. von W. einen Brief, in welchem er mir die Professur der Gynäkologie an der Universität von Sioux-City, einer Stadt von 40.000 Einwohnern, in Aussicht stellte. Ich reiste hin und fand — das größte Schweinenest, das ich je gesehen. Es ist das Zentrum des Schweinelandes mit kolossaler Schweinezucht. Die Universität hatte zirka 40 Hörer; das Krankenhaus, eine Holzbude, $7^1/_2$ Betten, die Professoren waren praktische Ärzte in der Stadt; der Chirurgieprofessor ein gediegener Operateur, der gerade tags vorher eine Ovarialzyste operiert hatte. Mein Honorar wäre Null gewesen! Die Sache ekelte mich an, ich fing an zu reisen, das Land u besichtigen. Da hörte ich von einem deutschen Drogisten, der sich in einem Städtchen von 700 Einwohnern, dem Zentrum einer deutsch-russischen Farmergegend, eben niedergelassen. Die Drogisten (Apotheker) sind nicht wie hier akademisch gebildete Leute, sondern dienen 1—2 Jahre in einem Drogengeschäfte und machen dann nach einigen Monaten eine Art Staatsprüfung. Da die Leute von Latein wenig oder gar nichts verstehen, oft auch mit der Dezimalwage nicht auf bestem Fuße stehen, ist Vorsicht beim Rezeptschreiben dringendst geboten! Der Drogist, der übrigens ein sehr intelligenter und ausnahmsweise auch fachkundiger Mann war, räumte mir ein Ordinationszimmer und Warteraum ein, gab mir Zigarren und Bier, so daß ich nur die Hotelkosten bezahlen mußte; dafür war er der alleinige Verfertiger meiner Rezepte. Derart begann ich meine Praxis. Der Zufall wollte es, daß am Tage, da meine Instrumente, Bücher etc. noch in den Kisten verpackt lagen, der 14jährige Sohn des dortigen Distriktsrichters von seiner Farm, 12 Meilen entfernt, an seiner 4. Attacke von Appendizitis leidend in die Stadt gebracht wurde. Obwohl in dem Städtchen noch zwei andere Ärzte praktizierten, von denen einer, ein Kanadier, ein tüchtiger Bursche war, wurde ich, der Wiener Arzt, geradezu gezwungen, die Operation vorzunehmen. „Sein oder nicht sein", war die Frage: ich legte den Jungen auf beide Kisten, die ich mit Wolldecken belegte, legte die frisch ausgepackten Instrumente in den Teekessel zum Auskochen, kochte einige neue Handtücher aus, putzte meinem Assistenten, der Schwager des Patienten und Zeitungsherausgeber des Städtchens war, die Hände und ließ ihn eine halbe Stunde mit erhobenen Händen auf mich warten. Inzwischen räsonnierte ich: neun Monate hast du an der chirurgischen Abteilung zugebracht, hast so viele Laparotomien

„mitgemacht“, hast fünf Semester Anatomie, vier Semester pathologische Anatomie studiert — hier liegt ein Junge, dessen Leben in Gefahr steht, wenn du zauderst — ich operierte, der Junge wurde gesund. Die Gefühle, die mich am selben Abende beherrschten, werden Sie sich, meine Herren, leicht vorstellen können, wenn ich Ihnen mitteile, daß der Drogist zu mir kam, mir sagte, daß die beiden Herren Kollegen ihre Mitbürger darauf aufmerksam gemacht hatten, daß ich eigentlich gar kein Recht zum Operieren hätte, da ich noch keine Staatsprüfung bestanden hätte, daß ich barbarischer Weise den schwerkranken Jungen aus meiner Office auf einer Leiter in seines Vaters Haus, 200 Schritte entfernt, transportiert hätte, daß ich überhaupt kein Arzt sei, sondern ein Quacksalber etc. Die Stimmung ging hoch, man sprach vom „Lynchen“.

M. H.! Ich bin sonst kein Feigling, aber an jenem Abende frug ich den Drogisten, wann der nächste Eisenbahnzug die Stadt passierte — — — und nur auf gewaltiges Zureden des Drogisten blieb ich, pflegte meinen Patienten, brachte ihn durch und — hatte in den nächsten Monaten ein Einkommen von 600—800 $ monatlich!! — also etwas, was ich nicht zu träumen gewagt hätte. Ich verließ den Ort später, um mir das Land anzuschauen und überließ meine Praxis einem meiner Wiener Kollegen.

Ich würde Ihnen, meine Herren Kollegen, dringendst raten, sich, wenn sie am Lande praktizieren wollen, mit Drogisten geschäftlich auseinanderzusetzen, denn er ist ein höchst wichtiger Faktor in der Praxis.

Die Office des Arztes ist verschieden teuer je nach dem Orte, am Lande für 10 Dollars monatlich, in der Stadt nicht unter 30 Dollars pro Monat. Ist der Mietzins für die Office in einer Stadt geringer als 30 Dollars, dann empfehle ich Ihnen, sich dort nicht anzusiedeln, in einer solchen Stadt kann ein Arzt nicht existieren.

Wie soll man auftreten? Als ich von einem Bankier zum Diner eingeladen wurde, zog ich schwarzen Salonrock und Lackschuhe an, setzte einen Zylinder auf und als ich auf die Straße trat, warfen die Jungen auf der Straße mit Steinen nach meinem Zylinder. Ein katholischer Geistlicher warnte mich auch, in solcher Toilette Praxis auszuüben und forderte mich auf, ihm jedesmal kundzugeben, wann ich mit Zylinder ausgehen wollte, damit er die Schuljungen in der Schule behalte. Sie müssen also am Lande in einfacher Kleidung anfangen und auch in der Stadt sich nicht anders als ihre amerikanischen Kollegen kleiden.

Wie bekommt man Patienten?

Am Lande muß man allgemein praktischer Arzt sein, Typhus ebenso behandeln können wie eine Appendizitis und, meine Herren, Sie müssen Erfolge haben! Ob Sie einen Titel haben oder nicht, ist gleichgültig — man ist Quacksalber, solange man nicht das Gegenteil bewiesen hat.

Das Honorar für die Landfahrten (ein Haupteinkommen des Landarztes) ist sehr verschieden von dem, das Sie hier bekommen. Im Westen und Mittelwesten wird die Meile mit einem Dollar bezahlt, also z. B. für einen Besuch auf 14 Meilen Entfernung von Ihrem Domizil 14 Dollars Fahrgeld honoriert. Wenn es sich um einen Agrikulturstaat handelt, erhalten Sie das Honorar nach der Ernte. Für eine Geburt zahlt der Amerikaner 25 Dollars, für einen Forzeps 10 Dollar mehr. Ich möchte da erwähnen, daß in Amerika eine Geburt selten normal verläuft. In Fällen, in denen ich die 2., 3. oder 4. Geburt zu leiten hatte, bemerkte ich oft Dammrisse von der ersten Geburt her. Der Arzt legt die Zange eben im allerletzten Moment an, nur um eine „Operation“ zu vollziehen; das kostet 10 Dollars mehr; wenn es halbwegs möglich ist, reißt er den Damm ein, das gibt eine Nachoperation, also noch 25—60 Dollars. Es ist nicht nur der Geldpunkt, der solche Handlungsweise motiviert; der Arzt hat dort keine Zeit, den Naturkräften Lauf zu lassen und das Damenpublikum nicht die Geduld.

Das Honorar in der Office (im Westen oder Mittelwesten) richtet sich nach dem Platze der Praxis (ob Land oder Stadt) und nach dem Stande des Patienten: der Farmer (Bauer) zahlt 1 Dollar pro Ordination; im Osten bekommt der Arzt dafür nur 50 Cents. Eine Zahnextraktion bezahlt man mit 1 Dollar, einen Besuch mit 2 Dollars in einem Städtchen, dies gilt aber nur vom Westen und Mittelwesten, im Osten sind die Honorare der gewöhnlichen praktischen Ärzte viel geringer. Jeder Ort mit 300—400 Einwohnern hat ein gut eingerichtetes Hotel, in dem man für 16—25 Dollars monatlich für Kost und Quartier gut aufgehoben ist, gut ißt, sein reines Bett und tadellose Bedienung hat. Wenn man viel zu tun hat, kann man da bald etwas ersparen. Dies gilt aber nur für die Orte an der Grenze der Zivilisation, im Westen und Mittelwesten.

Der Arzt am Lande macht durchschnittlich mehr als der Arzt in der Stadt. Dieser letztere ist wie der Arzt in Wien, er verschreibt ein Rezept und rechnet $2^1/_2$ Dollars. 30% der Ärzte in der Stadt rühren kein Messer an, weil sie sich fürchten, weil sie aus der Übung sind, vielleicht niemals eine solche gehabt hatten. Darin ist, wie bereits erwähnt, der Landarzt dem städtischen weit über.

In der Stadt praktiziert man als allgemein praktischer Arzt oder als Spezialist. Namentlich fiel mir die Zahl der Augen-, Nasen-, Ohren- und Kehlkopfspezialisten auf: In einer Stadt bis zu 150.000 Einwohnern gibt es gewöhnlich etwa 20 Spezialisten für Ohren, Nasen, Rachen, Kehlkopf, denen es in der Regel gut geht.

Internisten gibt es nicht, auch nicht in den größeren Städten des Westens. Jeder tut eben alles. Im Osten gibt es einige bedeutende Internisten. Dr. MAYO, einer unserer tüchtigsten Chirurgen, antwortete auf meine Frage, wie er die Ärzte auf seiner Reise nach der Westküste fände, er habe nur Chirurgen gesehen, keine Ärzte. Dies ist sehr bezeichnend. Der Praktiker muß eben nicht nur Internist sein, sondern auch operieren können. In Städten bis zu 150.000 Einwohnern herrschen diesbezüglich dieselben Verhältnisse als auf dem Lande, erst in größeren Städten entwickelt sich die Scheidung zwischen Internist und Chirurg.

Wie bekommt man Praxis in der Großstadt?

Annoncieren darf man absolut nicht, darauf komme ich später zurück. Man muß eben Bekanntschaften suchen, in die verschiedenen Orders, Klubs eintreten. Diese Klubs sind so wie hier die Kegelklubs. Man kommt mit irgendwelchen geheimen Zeremonien herein und wenn man Mitglied dieser — ich möchte sagen — Versicherungsgesellschaften geworden ist, wird man mit dem geschäftlichen Teil bekannt gemacht. Man muß den ganzen Humbug dieser Zeremonien mitmachen, um Mitglied dieser Orders zu werden. Unter dem Deckmantel der lächerlichsten, kindischesten Geheimzeremonien wird ein „Lebensversicherungsgeschäft“ gemacht. Ausgenommen davon sind die Freimaurer und ich würde jedermann anraten, diesem Orden anzugehören.

Ein anderes Mittel ist, mit einem Arzte in Kompagnie zu treten. Ich erinnere mich bei diesem Punkte an den Dialog, den zwei Ärzte vor ihrem Geschäftsvertrage hielten: Du bearbeitest die Hurenhäuser, ich die Kirchen. Das ist eine einträgliche Arbeitsteilung.

Die Kirchen haben einen viel größeren Einfluß in Amerika als in Europa, trotzdem sie dort keine staatliche Einrichtung sind. Es gehört zur Mode, Mitglied einer der zirka 120 Denominationen zu sein. Sind Sie es nicht, so arbeiten alle Kirchen gegen Sie. Im anderen Falle sendet der Pfarrer der Kirche, der Sie angehören, Mitglieder zu Ihnen und spricht manch gutes Wörtchen für Sie. Man soll also die Kirchenverhältnisse drüben nicht ignorieren. Wenn wir alle Deutschen auch Atheisten sind, in Amerika dürfen wir es nicht sein.

Man kann auch Eisenbahnarzt werden, wenn man tüchtiger Chirurg ist. Dafür bekommt man aber bloß freie Fahrt von der Gesellschaft. Man wird aber in kurzer Zeit mit 50—60 Kollegen, die in den Stationen der Bahn praktizieren, bekannt, bekommt die Eisenbahnunfälle und auch Fälle von der Praxis dieser Kollegen zugeschickt. Ein anderes und ich möchte sagen bestes und wichtigstes Mittel, bekannt zu werden, ist, fachwissenschaftlich zu arbeiten, zu publizieren, im lokalen Ärztevereine Fachvorträge zu halten, die wirklich Neues, Gutes enthalten. Denn die Achtung der Kollegen in Amerika erwirbt man sich nur durch gute Leistung; der Wiener, überhaupt der Deutsche hat eine unglückselige Eigenschaft, durch die er sich die amerikanischen Kollegen sofort bei seiner Ankunft zu Feinden macht: er ist hochmütig, unterschätzt deren Fähigkeiten!! Also sehr leutselig und diplomatisch muß man sein, wenn

man öfters auch nicht danach fühlt. Es ist ja wahr, daß man als neuer Ankömmling, namentlich als Ausländer von seinen amerikanischen Kollegen angeschnuffelt und angebellt wird, gerade als käme man als neuer Hund in einen Hundehof — aber da heißt es still sein, ruhig seinen Geschäften nachgehen und nur gelegentlich selbst die scharfen Zähne zeigen!

Wo operiert man? Entweder im eigenen Spital oder, wie oben besprochen, in den anderen Spitälern und sichert sich dadurch seine Patienten und sein Einkommen.

Dann gibt es „County Physicians", bezahlte Gemeindeärzte. Amerika sorgt für seine Armen im Osten mehr als im Westen. Da gibt es Bezirkshospitäler mit 50—60 Betten und einem geschulten Stab von Ärzten und Wärterinnen.

Auch die Tramwaygesellschaften haben mit Fixum angestellte Ärzte, die extra für jede Operation statutenmäßig bestimmte Honorare erhalten; da gibt es aber de facto nur eine untere Grenze; die obere richtet sich nach dem Vermögen des Patienten.

Wenn man einen Patientenbesuch erhält oder macht, fragt der Mann gewöhnlich: wieviel wird die Kur kosten? Sie müssen imstande sein, eine runde Summe nach abwärts zu nennen. Eventuelle Komplikationen, auf die Sie den Patienten vorbereiten, erhöhen natürlich das Honorar.

Wie hoch ist etwa das Einkommen der Ärzte in Amerika?

Vor einigen Jahren ergab eine bis ins Detail ausgearbeitete Statistik, daß das Durchschnittseinkommen 2000 Dollars jährlich sei. Man muß aber dabei bedenken, welche Qualitäten 70% der dortigen Ärzte besitzen. Im übrigen lebt man drüben mit 2000 Dollars besser als in Wien mit 10.000 K.

2000 Dollars sind zwar in Amerika ebenso leicht oder schwer verdient als hier 2000 Gulden, aber man kann für den Dollar in vielen Richtungen mehr kaufen als hier für den Gulden. Für 25 Cents z. B. bekommt man eine Mahlzeit: Suppe, Fleisch, Gemüse, Mehlspeise, Brot, Käse, Butter und Kaffee im ganzen Lande, für 30 Dollars erhält man denselben Anzug wie hier um 30 Gulden. Als Arzt kann man drüben leben, wie man will, höchst einfach gekleidet gehen, in die einfachsten Lokale gehen, die Leistung ist die Hauptsache, nur nach dieser wird man beurteilt. Ein „Bluffen" auf längere Zeit gibt es nicht.

Die Frage, ob man ledig oder verheiratet sein soll, beantworte ich mit der Mitteilung, daß einer der größten Gynäkologen ledig ist. Ledig sein ist unangenehm, verheiratet sein ein kostspieliges Vergnügen, ein Luxus. Die amerikanische Frau ist ein Luxusartikel, sie liebt den Mann, solange er ihr den größten Lebensgenuß gewähren kann — mit Ausnahme der Ausnahmen. Die amerikanische Frau ist „genußwahnsinnig". Kommt der Mann müde nach Hause, ist die erste Frage: wohin gehen wir heute nachts? Gefällt Ihnen das Nachtmahl nicht, so hätten Sie eine Köchin heiraten sollen; gefällt Ihnen eine unnötige Ausgabe nicht, so sollten Sie nicht heiraten, wenn Sie nicht imstande sind, der Frau jeden Komfort zu geben; der Mann soll auf jeden Fall immer guter Laune und im besten Humor sein; die Geschäftssorgen muß er im Bureau zurücklassen, ins Haus muß er heiter einkehren; es gibt für einen Mann kein größeres Lob, als im Nekrolog als „guter Ehemann" angepriesen zu werden. Eines muß ich den Amerikanerinnen, wenngleich sie keine guten Köchinnen sind, lassen: intellektuell stehen sie über den Europäerinnen, ihr Horizont ist weiter und — sie kennen die Kunst, mit plastischer Rafinesse jedes Fett- und Fleischklümpchen ihres Körpers zum Anziehungspunkt zu machen, viel besser. Dies mag Ihnen die ehelichen Verhältnisse im allgemeinen drüben illustrieren.

Was genießt man drüben? Sie sind Theater, Konzert gewohnt. Auf das müssen Sie drüben verzichten, es gibt nur höchst mittelmäßige Operettenbühnen (hie und da einmal ein Gastspiel vom Metropolitantheater oder durchreisenden Stars etc.) westlich von Chicago.

Sport aber ist drüben billig, ob es Fischen, Jagen, Reiten, Turnen u. dgl. m. ist.

III.

Wohin soll man auswandern?

„Gehen Sie nach dem Westen und wachsen Sie mit dem Westen auf", der Osten ist so überfüllt wie Europa. Wo ein Arzt auf 300 Einwohner kommt, kann er seine Existenz finden; doch muß er am Land beginnen, wenn er nicht Kapital genug hat, um in der Stadt anzufangen. In der Stadt muß er 2000 Dollars für den Anfang haben, damit kann er 2 Jahre auskommen. Hat er in dieser Zeit keine genügende Praxis erworben, so muß er den Ort verlassen, denn er wird auch weiter nicht existieren können.

Am Lande brauchen Sie höchstens 300 Dollars für den Anfang und Sie können dort sofort Verdienst haben.

Was soll man mitnehmen? Instrumente, die sind zollfrei, weil sie Instrumente des Arbeiters sind, Bücher, die werden Sie speziell am Land brauchen; Kleider müssen schon getragen sein, um zollfrei zu passieren.

Soll man nach Kanada oder Mexiko oder den Vereinigten Staaten? Kanada hat ausgezeichnete Universitäten und tüchtige Ärzte; viele kanadische Ärzte habe ich in den United States praktizieren gesehen, also ist Kanada anscheinend überfüllt. Von Mexiko kann ich nur sagen, daß 12½ seiner 13 Millionen Einwohner Halbindianer sind in Unterhosen, Hemd, barfuß und mit kostspieligem Sombrero (breitkrempiger Strohhut) herumlaufen (in den United States habe ich noch keinen Menschen barfuß gesehen). Was Sie da verdienen können, müssen Sie selbst ausrechnen.

Noch etwas zur Ärzteetikette. Bevor ich die Praxis begann, mußte ich die Staatsprüfung machen. Ich habe deren drei gemacht — in drei Staaten. Das ist ein Betrag von je 30—40 Dollars. Es werden etwa 16 Fächer vorgelegt, in jedem Fache 12 Fragen, von denen sich der Kandidat sechs zur Beantwortung auswählt; die Fragen sind sehr sachgemäß, wie etwa unsere Rigorosenfragen, müssen aber nicht so minutiös genau beantwortet werden; der Zweck der Prüfung ist es, eben nur Quacksalber aus dem Lande fernzuhalten. Wenn Sie die Chemiefragen nicht mehr beantworten können, schreiben Sie lateinisch; das versteht niemand.

Als ich in Portland praktizieren wollte — ich hatte vorher in Washington, einem benachbarten Staate, die Staatsprüfung abgelegt — ging ich zum Staatsprüfungssekretär und fragte, ob ich auf Grund der in Washington und Dakota abgelegten Staatsprüfungen und meines Diplomes der Wiener Universität bis zum Termine der nächsten Staatsprüfung in Oregon (in 4 Monaten) praktizieren dürfe; darauf antwortete mir der Sekretär, daß er persönlich an der Echtheit dieser Dokumente gar nicht zweifle, mir jedoch nicht garantieren könnte, daß nicht irgend einer der anderen Kollegen mich verhaften ließe, wenn ich ohne Lizenz, die nur nach bestandener Staatsprüfung erteilt werde, praktiziere. Ich konnte mich daher in Oregon (Portland) nicht ansiedeln und ging in der Zwischenzeit nach Washington, wo ich auf meiner Durchreise im Jahre vorher aus Jux die Staatsprüfung gemacht hatte. Meine Lizenz für diesen Staat war jedoch im Koffer auf dem Wege von Mexiko her. Ich begann zu praktizieren und nach 2 Tagen kam ein Herr, groß und stark aussehend, in meine Office; ich dachte: der erste Patient; ich begann die Anamnese aufzunehmen, worauf er mir einen „Verhaftsbefehl" übergab und sich sehr höflich als Sherif — Kerkermeister — vorstellte. Der Verhaftsbefehl war von den dortigen zwei „Kollegen", bei denen ich mich vorerst vorgestellt hatte, mit ihren Namen gezeichnet: sie leisteten einen Eid, daß ich ohne Lizenz praktiziere. Ich sollte also am Nachmittage bei dem Bezirksrichter erscheinen, mich rechtfertigen und falls ich keine Lizenz hätte, eventuell in Gewahrsam genommen werden! Wäre ich ein Neuling im Lande gewesen, so wären die Gefühle, die mich damals beherrschten, ganz andere gewesen, als sie de facto waren: denken Sie sich, meine Herren! Ein zu Wien diplomierter Arzt, gewesener Arzt des Allgemeinen Krankenhauses, k. u. k. Militärarzt in Reserve, 23 Einzelprüfungen „mit Auszeichnung" und — verhaftet wegen „Kurpfuscherei"!! Na, ich lachte; zwei deutsche Freunde erlegten Kaution à 100 $, ich blieb auf freiem Fuße, der Advokat, den ich sofort aufnahm, bestand auf „Schwurgerichtsverhandlung", telegraphierte indessen um eine Kopie meiner Lizenz, die im Frachtgute in Mexiko lag, nach der Staats-

prüfungskommission. Zwei Tage später saß ich vor zwölf bärtigen Farmern der Umgebung, den Staatsanwalt vor mir, die Ankläger — meine beiden liebenswürdigen Kollegen — neben mir und mein Verteidiger nimmt mein Vorleben auf: denken Sie an den Genuß, den meine ehrenwerten Kollegen hatten, als sie meine jahrelange Studienvergangenheit vor den Ohren der aufmerksam dasitzenden Farmer aufgerollt sahen, als der Verteidiger dann zum Schlusse seines Plaidoyers die Kopie der Lizenz, die, wie er meinte, „ein solcher Mann doch eigentlich gar nicht benötigte", aus der Brusttasche zog und triumphierend dem Staatsanwalte vorwies; alles strahlte vor Glanz in jener dumpf-rauchigen Landstube — nur die zwei Herren Kollegen hatten sich ins Dunkel zurückgezogen. Nach 5 Minuten Beratung erklärten mich die Geschworenen für unschuldig — die Sache mußte natürlich im Lokalblatte abgedruckt werden. In den nächsten Wochen hatte ich volle Hände Arbeit: eine bessere Reklame — die mich nebenbei bemerkt nur 25 $ Verteidigungshonorar kostete — hätten meine Herren Kollegen für mich niemals machen können! — Als hierauf der Termin für die Staatsprüfung in Oregon, dessen größte Stadt mein zukünftiger Wohnsitz hätte werden sollen, herankam, ging ich dahin und bestand wieder eine Staatsprüfung; der Spaß dauerte 2 Tage, ich wagte aber nicht zu praktizieren, bevor ich das Resultat derselben wußte: ich war gewitzigt.

Ich wollte mir auch keine Feinde unter meinen Kollegen machen und trat sehr leutselig und bescheiden auf. Man forderte mich bald auf, in den lokalen Ärzteklub einzutreten, ich machte also mein Gesuch hierfür; es wurde von zwei meiner Kollegen, die sehr alte Mitglieder des Klubs waren, befürwortet: ich wurde abgewiesen. Warum? Weil ich 1. gedruckte Karten, wie es auch hier in Wien Sitte ist (etwa: gewesener Sekundarius oder Assistent etc.) „mit" gewesener Arzt des Allgemeinen Krankenhauses etc. an meine Freunde in Chehalis versandt hätte (also, meine Herren, noch die Nachwirkung der Herren Kollegen aus Washington!), 2. in der Tageszeitung meines jetzigen Wohnortes unter die Spalte „Stadtneuigkeiten" die Worte einrücken ließ: Dr. G. B., gewesener Arzt des Allgemeinen Krankenhauses zu Wien, hat sich in P. niedergelassen. Sprechstunde 2—5; ich hätte kein Recht gehabt, zu sagen, daß ich das oder jenes gewesen sei, denn das ist schon entgegen den Statuten der Ärzteschaft Amerikas gehandelt, das ist schon „annoncieren", welches von der organisierten Ärztegesellschaft Amerikas (80,000 Mitglieder!) perhorresziert ist; die „organisierten Herren selbst" jedoch lassen jedesmal, wenn sie nach oder von Europa „Studien halber" gehen oder kommen, sehr viel in den Tageszeitungen von sich hören. „Ärzte-Etikette" kann eben drüben ebenso wie hier nur von den „neu angekommenen", von den neuen Sternen am Horizonte verletzt werden, und 3. weil ich in Konsilien zu hochmütig auftrete. Diese letzte Behauptung, meine Herren, ist ebenso grundlos gewesen, aber ich versichere, sie erreichte ihren Zweck: denn ich wurde einfach nicht in die Ärztegesellschaft aufgenommen und auf diese Weise suchten die Herren, die für ihr Fell fürchteten, mich ins „zweifelhafte Halbdunkel" zu schleudern. Ich will nebenbei bemerken, daß es zwei Jahre harter, ehrlicher Arbeit meinerseits bedurfte, bis ich den hierdurch mir angetanen Schaden vor dem Publikum gutmachte.

Ich rate Ihnen also unbedingt, selbst Titel, die man hier auf jedem Aushängeschilde hochanständiger Ärzte findet, wie Privatdozent an der k. k. Universität, gewesener Assistent, Sekundarius etc., wegzulassen; denn das ist „annoncieren"! Wie bei diesem Zustande der amerikanischen Ärzte-Etikette die spalten-, und seitenlangen Artikel über Prof. Dr. LORENZ, der die „Lahmen gehen, Krummen stehen" mache, „blutlos operiere" etc., einschlugen, können Sie sich leicht vorstellen. In allen Zeitungen des Landes sah man Bilder seiner Operationen, hörte man von seiner märchenhaften Karriere, von den Wundertaten, die er wirke — — —

Ich gebe ja zu, daß der Herr Professor, den ich persönlich hochhalte, meuchlerischen Zeitungsreportern ahnungslos in die Falle ging, aber gewirkt hat diese Art von Reklame schrecklich gegen das Ansehen der Wiener Schule — dies um so mehr, wenn man bedenkt, daß vor einigen Monaten Dr. SHERMANN in San Francisco drei Fälle (die LORENZ operiert) röntgenographiert im offiziellen Organ der amerikanischen Ärzte („Journal of the American Medical Association") publiziert hat, bei welchen der Kopf nicht in der Pfanne steckte, die Gehresultate sehr schlechte waren und welche von SHERMANN selbst blutig reponiert werden mußten.

Mein Resümee ist: Wer von den politischen, sozialen, ökonomischen Zuständen Österreichs angeekelt ist und auch gleichzeitig was leisten kann und will, der soll hinaus nach den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Es gibt nur ein Land für den Mann, der arbeiten will und kann: und das sind die U. S. A.!

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen
der
76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XV.

Abteilung für Chirurgie.

MIODOWSKY (Breslau): **Zur pathologischen Anatomie des otogenen Schläfenlappenabszesses.**

Demonstration von Präparaten und Bericht über die dazugehörige Krankengeschichte eines anatomisch genau untersuchten Falles von otitischer Hirneiterung. MIODOWSKY weist besonders auf die schwartige Verdickung der Pia in der Umgebung der Hirnfistel hin und auf die mehrfache fibrinöse Ventrikelmeningitis im Bereiche des in den Abszeß einbezogenen Plexus chorioideus.

DREESMANN (Köln): **Die Radikaloperation des Empyem der Highmorshöhle.**

Redner erörtert die üblichen Methoden der Freilegung der Highmorshöhle und des Ersatzes der entfernten und zerstörten Schleimhaut und empfiehlt schließlich die Verödung der Höhle nach dem Vorgange der KILIANschen Operation für die Stirnhöhle. Fortgenommen soll die laterale und hintere Wand werden. DREESMANN hat das Verfahren bisher nur an der Leiche erprobt, glaubt aber überzeugt sein zu dürfen, daß sie den gewünschten Erfolg haben wird.

Bönninghaus (Breslau) glaubt, daß diese Vermehrung der Methoden keine Verbesserung bedeutet. Er hat mit der Fortnahme der fazialen Wand stets guten Erfolg gehabt.

Hajek (Wien) kommt mit breiter Öffnung der Fossa canina stets aus, wenn nur ein dauernder Abfluß gewährleistet wird. Auch die vorkommenden Rezidive heilen spontan aus. Man soll die Schleimhaut nicht à tout prix entfernen, das Gesunde soll zurückgelassen werden, denn von ihm geht die Restitution aus. Daher soll man nicht viel neue Operationsmethoden erfinden, sondern die alten nach Möglichkeit auszubessern versuchen. Man soll stets am tiefsten Punkt der Kieferhöhle eröffnen.

Kümmel (Heidelberg) glaubt nicht, daß es einen tiefsten Punkt in allen Lebenslagen gibt. Man eröffne den unteren oder auch den mittleren Nasengang, jedenfalls da, wo man leichter und besser eindringen kann.

Gerber (Königsberg) steht auf dem KÜMMELschen Standpunkt.

Bönninghaus (Breslau) fragt, welche Erfolge HAJEK mit seiner Methode der Implantation gehabt hat.

Hajek hat zwar von dem unteren Nasengang ein Stückchen Schleimhaut implantiert, jedoch nie, wie BÖNNINGHAUS es vorgeschlagen, von der Fossa canina.

PARTSCH (Breslau): **Die Zysten des Gesichtsskeletts.**

Vortr. hat 180 Fälle von Kieferzysten gesehen, die sich auf alle Altersstufen erstrecken, nicht nur von dem Zahnsystem ausgehen. Er klassifiziert diese Zysten in:

1. Zahnwurzelzysten, auf deren falsche Bezeichnung als Hydrops des Antrum Highmori, wenn sie am Oberkiefer beobachtet werden, er aufmerksam macht. Diese Zysten haben durchschnittlich eine Ausdehnung von 4—6 *cm*. Eine Exstirpation dieser Zysten hält er nicht überall für möglich, dagegen hat er nach Entfernung eines Stückchens der Wand vollkommene Heilung durch Schrumpfung der Zystenwand gesehen. Redner erörtert dann die histologischen Vorgänge bei dieser Schrumpfung und Heilung sowie die der Entstehung der Zysten überhaupt.

2. Die follikulären Zahnzysten. Von seinen 180 Fällen 6.

3. Die einkammerigen Zysten der Kieferknochen. 2 Fälle. Einen Fall mußte er wegen gleichzeitigen Sarkoms resezieren, den anderen hat er durch Vernähung des eröffneten Zystenbalges mit der äußeren Haut zur vollkommenen Heilung gebracht.

4. Zysten des Siebbeins, die er durch Eröffnung der Zyste nach der Nase geheilt hat.

Sondermann (Dieringshausen): **Saugtherapie bei Höhlenerkrankungen und Lupus.**

Demonstration von Instrumenten zur Durchspülung von Gelenken. Saug- und Spülapparate für die Behandlung der chronischen Nasen- und Ohrerkrankungen. Krankengeschichten, deren auffällige und pathologisch-anatomisch nicht begründete Heilresultate Hajek-Wien Veranlassung gaben, diesen Ausführungen scharf entgegenzutreten.

Gluck (Berlin): **Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie** (mit Demonstration).

Vortr. erörtert ausführlich seine gut bekannte Methode der Laryngektomie mit Trachealresektion und demonstriert sein Verfahren an Tafeln, Präparaten und Patienten. Er betont den überaus großen Wert der Frühdiagnose und Radikaloperation. Demonstration der Patienten und der von ihm konstruierten Apparate zum Ersatz des Kehlkopfes und des resezierten Ösophagus. An Tafeln, Moulagen und Präparaten macht Vortr. die Technik seines Operationsverfahrens klar.

Haberer (Wien): **Bericht über die Dauerresultate nach Appendizitisexstirpation.**

Vortr. hat eine große Tabelle aufgestellt von allen den Fällen, die v. Eiselsberg in Königsberg und Wien operiert hat. Das aus derselben hervorgehende Prinzip ist die Frühoperation bei den Fällen, die in den ersten 48 Stunden zur Beobachtung kommen. Das Vorgehen bei den anderen Fällen entspricht den allgemein üblichen Normen. Hier ist das beste, im Intervall zu operieren.

v. Mikulicz (Breslau) hat dieselben Resultate aufzuweisen wie v. Eiselsberg. Nur hält er die Operation im Intervall stets für das beste Vorgehen, erst dann kommt in ihrer Günstigkeit die Frühradikaloperation.

Lange (früher New-York) warnt vor der Aufstellung jeglichen Schemas bei der Behandlung der Appendizitis.

Kolaczek (Breslau) und **Haberer** (Wien) warnen noch einmal davor, nach Ablauf von 48 Stunden mehr als den Abszeß zu spalten, soweit muß gegenüber Lange unter allen Umständen ein Schema aufgestellt werden.

Katolicki (Brünn) demonstriert eine Reihe von Photographien seltener Erkrankungen.

Kelling (Dresden): **Die Ursache, die Verhütung und die Blutserumdiagnose der Magen- und Darmkrebse.**

Redner berichtet zuerst, durch welche Überlegungen er zu seiner Theorie des Parasitismus körperfremder Zellen als Ursache maligner Geschwülste gekommen ist. Er demonstriert einige Geschwülste, welche er an Hunden durch Einspritzung von Hühner- respektive Schweinsembryonen erzeugt hat und welche mikroskopisch malignen Charakter zeigen. Redner hat ferner 21 Krebsgeschwülste des Menschen und ein Mammakarzinom des Hundes mit Hilfe der biochemischen Methode der Eiweißpräzipitine zu analysieren versucht und davon in 13 Fällen die Ansteckungsquelle gefunden. 9 Fälle waren auf den Genuß von Hühnereiern zurückzuführen, und zwar 1 Krebs der Speiseröhre, 5 Magenkrebse, 2 Krebse des Kolons und 1 Krebs des Mastdarms. 4 andere Krebsgeschwülste waren auf das Einführen lebender Schweinsembryonen in den menschlichen Körper zurückzuführen, und zwar waren es Krebse der Brustdrüse, des Hodens und des Eierstocks. Die trächtigen Uteri der Schlachttiere werden nämlich häufig zu Hundefutter verarbeitet und mit denselben Instrumenten (Fleischwolf, Beil und Klotz) zerkleinert wie das übrige Fleisch. Die embryonalen Zellen können also sowohl durch Genuß rohen Fleisches als auch durch Stiche fleischfressender Insekten, z. B. Fliegen, in den Körper gelangen. Die Prüfung auf die in den Geschwülsten vorhandenen fremden tierischen Eiweißarten hat Redner auf dreifache Weise ausgeführt:

1. Einspritzung des Krebsbreies in Kaninchen und Fällung des Eiweißes vom Huhn resp. Schwein durch das Blutserum dieser Tiere.

2. Einspritzen von Hühner- resp. Schweinseiweiß in Kaninchen und Fällung von Geschwulstextrakt durch das Serum dieser Tiere.

3. Bildung von Geschwulstgruppen, indem man ein Tierkarzinom ausfindig macht, das mit dem Menschenkrebs die gleiche Eiweißart hat und mit dem Tierkarzinombrei weiter spritzt und prüft, welche Menschenkarzinome dann ebenfalls durch das letztere Serum gefällt werden.

Kelling hat ferner das Blut von 15 krebskranken Menschen (Krebse der Speiseröhre, des Magens und Darms) untersucht und 10mal Präzipitine gefunden, 8mal gegen Hühnereiweiß und 2mal gegen Schweineeiweiß. Diese Methode gestattet — mit den notwendigen Kautelen angestellt —, wenn sie positiv ausfällt, den sicheren Schluß auf Karzinom. Redner hat in einem Falle allein auf den positiven Ausfall dieser Blutserumdiagnose hin die Laparatomie ausgeführt und den okkulten Magenkrebs gefunden.

Zum Schlusse bespricht Kelling die Prophylaxe des Karzinoms. Die Uteri der Schlachttiere müßten sämtlich von der Fleischbeschau konfisziert werden und die Eier vor dem Verkauf abgetötet werden (Er schlägt vor, die Keimscheibe durch den elektrischen Funken des Induktionsapparates abzutöten.) Hunde und Katzen müssen aus den Wohnungen entfernt werden. Die Prophylaxe verspricht bei Krebs viel bessere Resultate als bei den Infektionskrankheiten.

Noeggerath (Basel) legt der Präzipitinreaktion keinen besonderen Wert bei in der Weise, die Kelling für das Karzinom vindiziert.

Aus französischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse“.)

Société médicale des hôpitaux.

Variot: Nachteile der Präventivinjektionen mit Antidiphtherieserum bei Masern.

Trotz der großen Vorteile der präventiven Injektionen gegen die Diphtherie gibt es hierbei einige Nachteile, die V. als ziemlich wesentliche bezeichnet. Zunächst kommen die verschiedenen, teils lokalisierten, teils allgemeinen Erytheme in Betracht. Unter 230 Fällen hat Vortr. 73mal das Auftreten von Erythemen nach den Injektionen beobachtet. In 29 Fällen bestand eine Temperaturerhöhung, die zwischen 39 und 41° schwankte. Bei 8 Kindern kam es zur Temperaturerhöhung ohne Eruption eines Erythems. Ein 2jähriges Mädchen, das an frischen Masern litt, erlag einer diffusen Phlegmone der Bauchwand, die sich von der Injektionsstelle aus entwickelte. Die Autopsie ergab ein negatives Resultat. Die Vorsichtsmaßregeln, welche zur Wahrung der Asepsis bei der Injektion getroffen worden waren, sind auch in diesem Fall die seit langem erprobten gewesen. V. glaubt, daß das verwendete Serum zufällig septisch gewesen sei. In Hinblick auf den hohen Prozentsatz der Erytheme (32%) ist V. ferner der Ansicht, daß die an Masern erkrankten Kinder das Antidiphtherieserum schlecht vertragen, und daß man deshalb von der allgemeinen Präventivinjektion bei Masern absehen solle. Nur bei jenen Maserkranken, wo die genaue Untersuchung von Hals und Larynx einen Verdacht auf Diphtheritis zuläßt, möge sie beibehalten werden.

Barbier ist für die allgemeine Anwendung der Präventivinjektion bei Masern, hält sie aber für ganz unerläßlich, wenn in der Familie bereits einmal Fälle von Diphtherie vorkamen. Er sah bei 1000 Injektionen nur 4—5mal kleine, lokale Abszesse. Der Todesfall V.s sei ein ganz exzeptioneller.

Comby schließt sich Barbier an. Nach seiner Wahrnehmung treten die ganz unschuldigen Erytheme nur in etwa 14% der mit Antidiphtherieserum injizierten Fälle auf.

Netter hat bei 5000 Injektionen keinen ernsten Zwischenfall erlebt. Doch scheinen in diesem Jahre die Erytheme häufiger aufzutreten denn sonst, was auf die geänderte Qualität des verwendeten Serums zurückgeführt werden könnte.

Suarez de Mendoza: Darmsyphilis.

Vortr. berichtet über einen Fall von Diarrhöe, der von einer größeren Anzahl von Ärzten für tropische Diarrhöe gehalten wurde. Durch Quecksilberinjektionen wurde Heilung erzielt, woraus Vortr. die luetische Ätiologie des Falles schließt. Er rät in Fällen chronischer Diarrhöe, bei welchen jegliche andere Therapie versagt, stets auch einen Versuch mit Merkur zu machen.

Poncet: Tuberkulöser Rheumatismus.

P. beobachtete einen 33jährigen Mann, der nach einer Periode heftiger Gelenkschmerzen, welche auf Salizyl oder sonstige Antirheumatika nicht reagiert hatten, von einer fast kompletten Ankylose der Gelenke der unteren Extremitäten befallen worden war. Für eine Affektion des Zentralnervensystems, welche als Ursache der Erkrankung hätte angesehen werden können, bestand kein Anhaltspunkt. Es handelte sich also um einen chronischen Rheumatismus, als dessen Ursache eine tuberkulöse Infektion angenommen wurde, da eine Tuberkulininjektion eine Temperatursteigerung um einen Grad zur Folge hatte. P. meint, daß der Sitz des tuberkulösen Herdes für die Diagnose eines tuberkulösen Rheumatismus irrelevant sei. Da auch die im Blute kreisenden Toxine der Tuberkelbazillen durch ihre reizende Wirkung auf die Gelenkserosa Rheumatismus hervorzubringen imstande sind, darf man nicht immer positiven Bazillenbefund in den erkrankten Gelenken erwarten. Deshalb gibt auch die Zytodiagnostik und selbst die Impfung der intraartikulären Flüssigkeit in solchen Fällen kein positives Resultat.

Notizen.

Wien, 28. Januar 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prof. RIEHL eine Frau mit einem Schweißausschlag vor, welcher bei Anfällen von halbseitigem Schwitzen im Gesichte auftritt und aus weißlichen oder bläulichen Zystchen zusammengesetzt ist. Der Entstehung dieser Bläschen liegt eine noch unaufgeklärte Verlegung des Ausführungsganges der Schweißdrüsen zugrunde. — Hierauf demonstrierte Prim. Dr. BAKEŠ (Trebitsch) anatomische Präparate, die er selbst durch Operationen an den Gallenwegen gewonnen hat. Gleichzeitig erörterte er die Technik dieser Eingriffe und die Indikationen zu denselben. — Schließlich hielt Doz. HEINRICH MACHE den angekündigten Vortrag: „Über die Radioaktivität der Thermen von Wildbad-Gastein.“ Er ging von den Eigenschaften der radioaktiven Substanzen (Radium, Thor und Aktinium) aus, insbesondere deren Vermögen, Emanationen, nämlich gasförmige Körper, unter diesen das Helium, auszusenden, welche sich durch ihr Atomgewicht und ihr Spektrum von der ursprünglichen Substanz unterscheiden. Diese Emanationen sind auch als die Ursache der Radioaktivität vieler Quellen anzusehen, unter welchen die vom Vortr. untersuchten Quellen von Wildbad-Gastein am stärksten radioaktiv wirken, und zwar infolge von Radiumemanationen aus Gesteinsschichten, welche das Quellwasser passiert. Die Radioaktivität äußert sich unter anderem dadurch, daß ein elektrisch geladenes Elektroskop seine Ladung verliert; die Schnelligkeit, mit welcher dies geschieht, hat Vortr. als Maß der Radioaktivität benützt. Die Emanationen sind im Wasser, in den Quellgasen und im Wassersediment nachweisbar, ihre Menge ist bei jeder Quelle verschieden und zeigt keinen Zusammenhang mit der Wassertemperatur. Auch viele andere Quellen sind radioaktiv, das Wasser der Wiener Wasserleitung z. B. hat eine Radioaktivität von 1·9 Einheiten. In der Diskussion berichtete Hofr. NEUSSER über Versuche an seiner Klinik mit Bädern, in welche Uranerzrückstände hineingelegt werden; nach 10 Stunden zeigt das Wasser eine ebenso hohe Radioaktivität wie die stärksten Gasteiner Quellen. Bisher scheinen sich günstige Erfolge solcher Bäder bei Neuralgien und tuberkulöser Peritonitis ergeben zu haben. Dr. WICK erörterte die Wirkung der Gasteiner Thermen überhaupt; er macht dieselbe von verschiedenen Faktoren abhängig; weiteren Forschungen bleibe es vorbehalten, den auf die Radioaktivität entfallenden Anteil des therapeutischen Effektes festzustellen.

(Gesellschaft für innere Medizin.) Die Mitglieder dieser Gesellschaft haben am 26. d. M. überaus zahlreich an einer Exkursion zur Besichtigung des elektrotechnischen Institutes des Wiener Polytechnikums teilgenommen. Vom Direktor dieses Institutes, Oberbaurat Prof. HOCHENEGG, im großen, 400 Sitzplätze bietenden Hörsaale empfangen, folgten sie mit Aufmerksamkeit den Ausführungen des Vortragenden, der zunächst die Einrichtungen dieses ebenso schönen wie überaus praktisch eingerichteten, ausgezeichnet akustischen Saales demonstrierte: das hinter dem in großen Dimensionen gehaltenen Experimentiertische befindliche Unikum einer 9 *m* hohen, 5 *m* breiten, 100 *kg* schweren, aus schwarzem, geschliffenem Glase hergestellten Tafel, welche, mittelst Flußsäure rastriert, durch einen Motor gehoben und gesenkt werden kann, die elektrischen Vorrichtungen zur gleichzeitigen Herablassung der weißen, aus Glanzleinwand bestehenden Vorhänge behufs Verfinsterung des Saales, die Einrichtungen für Projektionsbilder, welche die Pläne des Hauses veranschaulichten, die gleichfalls durch elektromotorische Kraft zu bewegende Riesenleinwand für Projektionszwecke etc., und nahmen mit dankbarem Beifall die Demonstrationen der Quecksilberdampflampe, der Nernst-, Expreß- und Projektionslampe und anderer Apparate entgegen. Ein Rundgang durch die großartigen, mit Lehrmitteln reich ausgestatteten Räume des Instituts führte in die Abteilungen für Photometrie und Photographie, in den in großen Dimensionen gehaltenen, von Werkstätten umgebenen Maschinensaal und wurde durch die Vorführung außerordentlich interessanter Demonstrationen mit hochgespannten Strömen, von TESLAschen Versuchen und einen Vortrag über drahtlose Telegraphie geschlossen, den Prof. REITHOFFER unter großem Beifall der Versammelten in lichtvoller Weise hielt.

(Universitätsnachrichten.) Der Privatdozent an der Wiener Universität Dr. HEINRICH V. HALBAN ist zum a. o. Professor für Neurologie und Psychiatrie in Lemberg ernannt worden. — Der Privatdozent der experimentellen Psychologie in Krakau Dr. LADISLAUS HEINRICH hat den Titel eines a. o. Universitätsprofessors erhalten. — Dr. STANISLAUS DROBA hat sich an der nämlichen Universität für Bakteriologie habilitiert. — Geh. Hofrat Prof. Dr. v. KRIES in Freiburg ist von der Marburger juristischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt worden. — Die Privatdozenten Dr. WOLPERT und Dr. K. KAISERLICH in Berlin haben den Professortitel erhalten. — Prof. MINKOWSKI in Köln ist an Stelle MORITZ' nach Greifswald berufen worden.

(Die Trennung der Medizin von der Universität.) Einige deutsche Tagesblätter diskutieren, wahrscheinlich von der Gründung der Akademien für praktische Medizin angeregt, allen Ernstes die Frage der Loslösung der Medizin von der Universität. Manche ihrer Argumente sind so merkwürdig, daß wir sie unseren Lesern nicht vorenthalten wollen. So schreibt die „Schlesische Ztg.“ unter anderem: „Die Überlegenheit der Akademien ist unzweifelhaft; sie verfügen über große Krankenhäuser und es bleiben ihnen die Zeitverluste erspart, die den Universitätskliniken ihre Unterrichtsaufgabe, die Ausbildung der Mediziner neben der Fortbildung der Ärzte, auferlegt... Die Universität könnte den naturwissenschaftlichen Teil der Ausbildung behalten, die Akademie den klinisch-praktischen Abschluß übernehmen...“ Geradezu erstaunlich aber ist folgender Passus: „Die Berührung der Studenten mit den anderen Fakultäten hat ihre Vorteile, aber auch ihre Kehrseite; sie ist die Grundlage des akademischen Dünkels, das die studierten Schichten des Bürgertums den wirtschaftlich schaffenden als Kaste gegenüberstellt.“ — Und dies in einem Lande, dessen größte Geister den Universitäten entstammen und stets ganz besonders stolz waren auf ihr akademisches Bürgertum!

(Personalien.) Der Abteilungsassistent am Wilhelminen-Spitale in Wien Dr. EMIL PAPEŽ ist zum Bergarzte bei der Bergdirektion in Idria ernannt worden. — Die Gemeinde Windisch-Matrei hat ihren Gemeindearzt Dr. REINLER zum Ehrenbürger erwählt.

(Real-Enzyklopädie der gesamten Pharmazie.) Das vorliegende, im Verlage von Urban & Schwarzenberg erschienene Werk ist der 4. Band des Handwörterbuchs für Apotheker, Ärzte und Medizinalbeamte, das JOSEF MOELLER und HERMANN THOMS unter Mitwirkung hervorragender Fachleute in zweiter, gänzlich umgearbeiteter Auflage herausgeben. Bd. 4 umfaßt auf 720 Seiten die Schlagwörter „Cinchonicin bis Ergotinum“. Die Namen der Herausgeber sowie jene von AUTENRIETH, R. BOEHM, DALLA-TORRE, DOELTER, EDER, EULENBURG, B. FISCHER, GOTTLIEB, HAMMERL, VAN'T HOFF, K. B. HOFMANN, KOBERT, KRATTER, LEWIN, J. MAUTHNER, PASCHKIS, PRAUSNITZ, SCHEFF, V. VOGL, WEICHSELBAUM, WETTSTEIN, WITZEL, WÖLFLER, V. ZEYNEK u. a. sind unter den Mitarbeitern zu finden. Das mit bewunderungswürdigem Fleiße zusammengestellte Sammelwerk enthält neben vielen durch prägnante Kürze und treffsichere Sachlichkeit ausgezeichneten Artikeln auch mehrere Aufsätze von nahezu monographischem Charakter. Unter diesen seien z. B. „Colchicum“, „Corydalisalkaloide“, „Cuprum“, „Desinfektion“, „Dichte“, „Eisen“ ganz besonders hervorgehoben. Die zahlreichen Illustrationen sind von unübertrefflicher Naturtreue und geradezu meisterhaft reproduziert.

(Statistik.) Vom 14. bis inklusive 21. Januar 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8054 Personen behandelt. Hiervon wurden 1595 entlassen, 207 sind gestorben (11·4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 104, ägypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 79, Scharlach 41, Masern 226, Keuchhusten 10, Rotlauf 19, Wochenbettfieber 6, Röteln 4, Mumps 25, Influenza 24, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 838 Personen gestorben (+ 30 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der k. u. k. Oberstabsarzt I. Kl. i. P. Dr. NATHAN STEIN, Ritter des Franz Josef-Ordens; in Brünn der Primararzt und Prosektor der mährischen Landeskrankenanstalt Prof. Dr. HANS HAMMER; in Liebhausen bei Dux der Distrikts-, Bahn- und Knappschaftsarzt Dr. JOSEF KINZL, 66 Jahre alt; in Russ-

Moldawitza Dr. Ignaz Geiger, 45 Jahre alt; in Reichenberg Dr. Vinzenz Johannovsky im 60. Lebensjahre; in Berlin der Hygieniker Prof. Karl Piefke und Sanitätsrat Dr. Hermann Schlesinger; in Tokio der vormalige Professor der Chirurgie an der dortigen Universität Dr. Julius Scriba im Alter von 56 Jahren.

Elektro-medizinische Apparate. Eine vortreffliche Übersicht über die letztjährigen Fortschritte auf dem Gebiete der elektro-medizinischen Technik gibt der soeben erschienene, reich illustrierte Hauptkatalog 1905 der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Wien (9/2, Universitätsstraße 12), Budapest (VI., O-utcza 42), Erlangen, Berlin, Hamburg, München. Derselbe zerfällt in 14 Abteilungen und sind darin aufgeführt Apparate und Instrumente für Galvanisation, hydro elektrische Bäder, Elektrolyse, Kataphorese, Faradisation, Franklinisation, Galvanokaustik, Endoskopie, sinusoidale Faradisation (Voltaisation), ferner: Anschlußapparate für den Starkstrom von Zentralen, Elektromotoren für chirurgische Operationen, Vibrationsmassage, Zentrifugierung, Stromtransformierung etc., Röntgenapparate, elektrische Lichtheilapparate, Augen-Elektromagneten, Apparate für Kondensatorentladungen, elektrische Wasserwärmer und Sterilisationsapparate, elektrische Heißluftapparate, Apparate für elektromagnetische Therapie, elektrische Inhalierapparate, Ozonapparate etc.

Bei all diesen Objekten sind, wie der Kundige leicht erkennt, die allerneuesten Erfahrungen und Verbesserungen berücksichtigt worden.

Jeder Katalogabteilung ist ein sehr ausführlicher theoretischer Prospekt nebst eingehender Erklärung der Apparate und ein Literaturverzeichnis vorangestellt. Was aber diesen Katalog ganz besonders wertvoll macht, ist die höchst instruktive technologische Einleitung. In dieser ist ein vollständiger Abriß der Elektrizitätslehre gegeben, soweit sie für den Arzt von Interesse ist. Ferner sind darin für die verschiedenen Arten der ärztlichen Anwendung elektrischer Vorrichtungen die leitenden Gesichtspunkte hervorgehoben, insbesondere aber auch die möglichen Fehlerquellen bei deren Verwendung und die Vermeidung oder Beseitigung aller Störungen gezeigt. Alles dieses hat für jeden Arzt bleibenden Wert, gleichviel, woher er seine Apparate bezieht.

Das Werk, welches übrigens auch eine große Anzahl interessanter Ansichten der Erlanger Fabriksräume enthält, ist trotz der Fülle des gebotenen Materials derart übersichtlich angelegt, daß es sehr leicht ist, sich darin zurechtzufinden. Zudem ist es mit einem vollständigen Sachregister versehen. Die Firma versendet den Katalog jedem Interessenten gratis.

Stol's Kolapräparate aus der frischen afrikanischen Kolanuß bilden laut Urteil hervorragendster Autoritäten namentlich ein ausgezeichnetes nervenstärkendes Mittel und Tonikum für den Magen und werden daher besonders bei jenen Personen mit bestem Erfolge angewendet, welche nervös, bejahrt oder geschwächt, überhaupt geistig überbürdet, rekonvaleszent sind, oder an Verdauungsstörungen leiden. Sie enthalten einen bedeutenden Extraktgehalt aus der afrikanischen Kolanuß (Cola acuminata) in Verbindung mit nur vorzüglichen, für den Körperorganismus bestbewährten Substanzen und bilden für diesen ein wahres Rekonstituens. Sämtliche Präparate wirken außerordentlich stärkend, angenehm anregend und belebend auf Muskeln und Nerven, ohne aufzuregen oder zu reizen, daher auf den Gesamtorganismus überaus wohltuend und sind namentlich infolge des bedeutenden Gehaltes an Kolanin medizinisch sehr wertvoll. Dieselben beseitigen sicher jeden akuten Kopfschmerz (Migräne), wenn derselbe durch Nerven- oder Verdauungsstörungen bedingt ist. Mächtig ist der tonisierende Einfluß auf den Magen, sowie die kräftigende Wirkung der Kolanuß und es ist sichergestellt, daß der Stickstoffverbrauch im Körper durch die Kola herabgesetzt wird, ebenso der Verbrauch an Körpereiweiß, daher die Kola einen Einfluß im konservativen Sinne auf den Stoffwechsel ausübt. Infolgedessen bilden dieselben auch bei großen körperlichen Anstrengungen und Strapazen ein ganz besonderes Stärkungsmittel der Muskeln und Nerven.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 30. Januar 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Hofrat Prof. Nothnagel: Die Technik der Diagnose.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Citarin"**, ein neues Gichtmittel, und der Fabrik chirurgischer Instrumente von **Gretsch & Cie.**, G. m. b. H. in **Feuerbach-Stuttgart** über **chirurgische Neuheiten.** Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 5. Februar 1905. Nr. 6.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an **Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus Prof. Ehrmanns dermatologischem Ambulatorium in Wien.

Lupus erythematodes und das papulo-nekrotische Tuberkulid.

Von **Dr. Josef Strasser**, Wien.

Trotz überaus zahlreicher klinischer und bakteriologisch-histologischer Untersuchungen über Lupus erythematodes und das papulo-nekrotische Tuberkulid (Aknitis, Folliklis) stehen beide Affektionen ununterbrochen im Mittelpunkte eifriger Diskussionen der Fachleute. Einiges über diese auch vom Standpunkt des ärztlichen Praktikers interessanten und wichtigen Affektionen und ihre gegenseitigen Beziehungen insbesondere auf Grund der an dem reichhaltigen Material des bisher bestandenen Ambulatoriums Prof. Ehrmanns gemachten Beobachtungen in zusammenfassender Form zu entwickeln, ist der Zweck folgender Zeilen.

Wie nahe die Beziehungen zwischen den in Rede stehenden Krankheitsbildern sind, geht vor allem aus der zuweilen sich ergebenden Schwierigkeit der Differentialdiagnose hervor. Doch ist diese nicht groß genug, um nicht dennoch eine genug scharfe Trennung beider Krankheitsformen zu ermöglichen. Für das klinische Bild des Lupus erythematodes disseminatus (im allgemeinen Sinn der Autoren) ist insbesondere die vorwiegende Lokalisation im Gesicht und an den oberen Körperpartien sowie die zentrale, eingesunkene, festhaftende Schuppen tragende Narbe von Wichtigkeit. Niemals kommen Nekrosierungen, die eine Pustulation vortäuschen, zur Beobachtung, während für das papulo-nekrotische Tuberkulid gerade diese zentralen, fast stets nachweisbaren Nekrosen und die daraus resultierenden eigenartigen Narben in hohem Grade charakteristisch sind. Dieser Unterschied allein schon entscheidet gegen die Annahme Boeks, welcher in dem papulo-nekrotischen Tuberkulid nur eine Abart des Lupus erythematodes disseminatus sieht, der er keinen selbständigen Namen zuerkennt.

Was nun die Ätiologie beider Erkrankungen betrifft, so scheint wohl nur die des papulo-nekrotischen Tuberkulids gegenwärtig allgemein anerkannt zu sein. Die Entscheidung der Frage, ob dieses Krankheitsbild den Tuberkelbazillen oder dessen Toxinen seine Entstehung verdankt, ist in der letzten Zeit wesentlich gefördert worden. Unter andern bringt Alexander eine Reihe von wertvollen Beiträgen, die in der Annahme gipfeln, daß das papulo-nekrotische Tuberkulid seine Entstehung auf embolischem Weg durch den Kochschen Bazillus selbst findet.

Aber auch beim Lupus erythematodes sind die Beziehungen zur Tuberkulose kaum zu übersehen. Erscheint doch bei genauer Beobachtung die Zahl der Fälle, wo Lupus erythematodes mit Zeichen anderweitiger Tuberkulose auftritt, als eine so große, daß ein zufälliges Zusammentreffen trotz der zugegebenen Häufigkeit des Morbus Kochii wohl ausgeschlossen werden kann. Wenn wir versuchsweise eine Anzahl von Patienten, die an irgend einer anderen Hautaffektion, z. B. an Ekzem leiden, in ihren Beziehungen zur Tuberkulose prüfen, so finden wir stets eine ungleich niedrigere Prozentzahl als bei den mit Lupus erythematodes behafteten Personen.

Diese Tatsache kommt besonders in der Statistik von Boek (83%), Roth (75%), Róna (66%) und bei anderen deutlich zum Ausdruck. Auch bei den Fällen, die im Ambulatorium und in der Privatpraxis des Herrn Prof. Ehrmann in den

letzten 4 Jahren zur Beobachtung kamen, konnte in einer geradezu überraschend großen Anzahl von Fällen ein deutlicher Zusammenhang mit Tuberkulose festgestellt werden. Bei 24 von 32 Fällen konnte teils am Individuum selbst, teils anamnestisch bei den Eltern desselben Tuberkulose sicher konstatiert werden, i. e. in 80% aller Fälle. Von diesen 24 positiven Befunden beschränken sich nur drei auf rein anamnestische Anhaltspunkte, so daß selbst abzüglich dieser ein Prozentsatz von 65% sich ergibt. Von den 8 negativen Fällen sind zwei — ein Mann und eine Frau von schwächlichem Habitus mit wiederholten Bronchitiden — zumindest als suspekt zu bezeichnen.

Die Untersuchung der Patienten wurde stets mit der größten Genauigkeit und oft wiederholte Male vorgenommen. Als positiv galten nur solche Fälle, bei denen sichere klinische Zeichen einer Tuberkulose oder eindeutige Reste solcher vorhanden waren.

Von der Tuberkulinreaktion mußten wir bei dem ambulatorischen Material einerseits aus äußeren Gründen absehen; andrerseits aber hat diese Reaktion bei der großen graduellen Schwankung der Tuberkulinwirkung auch bei Fällen ausgesprochener Tuberkulose keineswegs jene Bedeutung, welche ihr einige Autoren wie Walter Pick u. a. bei der Entscheidung der Frage nach der Ätiologie des Lupus erythematodes zuerkannt wissen wollen.

Ist doch die Art des Zusammenhanges zwischen Lupus erythematodes und Tuberkulose noch ganz ungeklärt. Deshalb erscheint auch heute noch der vorsichtige Standpunkt von Jarisch, der zwar von einer wie immer gearteten ätiologischen Beziehung zur Kochschen Krankheit überzeugt ist, aber auf eine strenge Formulierung verzichtet, am meisten annehmbar. Auch vielfache, im Ambulatorium Ehrmanns angestellte histologische Untersuchungen (vgl. Schoonheid) ergaben keine entscheidenden Befunde.

Besonders bemerkenswert erscheinen nun jene Fälle, bei denen gleichzeitig Lupus erythematodes und papulo-nekrotisches Tuberkulid konstatiert werden konnte.

Im Ambulatorium Prof. Ehrmanns konnten drei derartige Beobachtungen gemacht werden, deren Krankengeschichte hier folgt.

F. Gustav, 30 Jahre alt, Tischlergehilfe. Vater des Patienten ist an einer Lungenkrankheit gestorben, Mutter lebt und ist gesund. Patient selbst, der in der Jugend oft „augenkrank" war, hat deutliche Maculae corneae und faustgroße Schwellungen der Halslymphdrüsen und ist von schwächlichem Habitus. Der Ausschlag im Gesicht soll seit 6 Jahren, an den Händen seit 4 Wochen bestehen. Auf beiden Wangen sind symmetrische, über kronenstückgroße Hautflecke in der Art erkrankt, daß eine querovale Hautpartie in der Peripherie, etwa in der Breite von 4 *mm*, blaßrot eleviert ist, während der größere innere Teil abgeflacht ist und eine fettige bräunliche Auflagerung von Schuppen zeigt, die in der Zone, welche sich der peripheren Rötung anschließt, komedoartige Pröpfe und matte Stichelungen aufweist (typischer Lupus erythematodes).

Zwischen beiden Augenbrauenbogen sowie in der Nähe des rechten Augenwinkels innen befindet sich eine schuppende, blaßrote, über linsengroße Stelle von Lupus erythematodes disseminatus, der obere innere Randanteil livid schuppend. Auf der Streckfläche der Hand sind Effloreszenzen von Hanfkorn- bis Linsengröße, zum größten Teil diskret stehend, zum Teil konfluierend. Diese letzteren namentlich über dem Capitulum ulnae, an dem Ulnarrand des Handrückens und auf dem Dorsum der Fingerphalangen, insbesondere der Metakarpophalangealgelenke sämtlicher Finger. Die jüngsten Effloreszenzen sind gelbrot, an der Kuppe abgeplattet, zum Teil gelblich verfärbt, zum Teil mit einer gelblichen Kruste bedeckt. Die älteren sind dunkelrot, zum Teil livid, die Krusten dunkel schwarzbraun, in das Infiltrat selbst wie eingesetzt. Die konfluierenden Knoten zeigen die Farbe der Perniones, die diskret stehenden, ältesten Effloreszenzen eine ziemlich tief gehende Kruste, die an einzelnen abgefallen ist, so daß eine Delle sichtbar wird. Die Stelle der abgeheilten Effloreszenzen, von denen besonders viele auf der Streckseite des Oberarms und in der Umgegend des Ellbogengelenkes sichtbar sind, geben sich kund durch leicht vertiefte, stellenweise an Blatternarben erinnernde bläulichweiße Narben, in deren Umgebung ein bräunlichroter, nach außen diffus verwaschener Saum sich findet, der bei Druck sich zum größten Teil aus Hyperämie, zum geringeren aus Pigment bestehend erweist. Die konfluierenden, pernionenartigen Effloreszenzen zeigen neben Krusten noch ein gesticheltes Aussehen, welches dem Bilde des Lupus pernio entspricht.

Josefine B., 32 Jahre alt. Vater der Patientin starb an Tuberculosis pulmonum. Patientin selbst leidet an einer linksseitigen Spitzenaffektion mit deutlichen physikalischen Symptomen. Der Ausschlag am Kopf soll seit über einem Jahr, die Effloreszenzen an den Armen seit kürzerer Zeit bestehen. An der Oberlippe befinden sich auf das Lippenrot übergreifende hanfkorngroße, hellrote, schuppende Effloreszenzen. Der ganze Nasenrücken ist von schuppenden konfluierenden Effloreszenzen eingenommen, die von außen scharf begrenzt und eleviert erscheinen. Auf der Stirne, besonders in der Mitte derselben, ebenso an der rechten Schläfe ebensolche Effloreszenzen. In der rechten Jochbeingegend eine zwanzighellerstückgroße, allmählich in die normale Peripherie übergehende Narbe; auf der linken Wange eine ebenso große, aber hellrote, nach außen scharf begrenzte Plaque; auf der behaarten Kopfhaut entsprechend dem Scheitel und rechts von der Eminentia cruciata, an der ersten Stelle fast kinderhandgroß, an der zweiten Stelle fast mannsfaustgroß eine haarlose, schuppende, stellenweise gerötete, narbige Stelle, die mit einem feingezackten Rand nach außen abschließt.

Auf der Streckfläche der Hand und der Oberarme besonders in der Ellbogengegend hanfkorn- bis nahezu erbsengroße, hell- bis bläulichrote, im Zentrum teils gelblich verfärbte, teils von schwarzbraunen Krusten gekrönte Knötchen. Außerdem finden sich mattbläulichrote Stellen, wo solche saßen.

Der dritte Fall endlich betrifft einen 21jährigen Hilfsarbeiter Johann L.; er weiß nichts von hereditärer Belastung anzugeben. Angeblich war Patient somatisch stets gesund. Der Lupus erythematodes besteht beträchtlich länger als die Knötchen an den Händen. Patient ist von schwächlichem Habitus, doch ohne Zeichen einer somatischen Erkrankung außer den Hautaffektionen. Diese bestehen aus zwei flachen, schuppenden Herden von Lupus erythematodes mit Körnung in der Peripherie an beiden Wangen, während auf den Händen, Armen und Unterschenkeln hanfkorn- bis erbsengroße bläulichrote, in der Mitte gelblich verfärbte oder krustentragende Knötchen und bläulichweiße Narben sitzen.

In der mir zugänglichen Literatur finden sich nur spärliche Berichte über eine Koinzidenz dieser beiden Krankheiten, was sich vielleicht zum Teil dadurch erklärt, daß das an sich harmlose, oft spontan abheilende Tuberkulid leicht der Aufmerksamkeit entgeht.

Die meisten Beobachtungen stammen aus Frankreich und Skandinavien, wo die Frage der sogenannten Tuberkulide eben früher als anderwärts eifrig studiert wurde.

Die Berichte aus anderen Ländern sind nicht nur an Zahl geringer, sondern auch jüngeren Datums. So erklärt sich auch wohl der Widerspruch, daß Lenglet die relative Häufigkeit, Jadassohn die große Seltenheit der Koinzidenz beider Krankheitsbildern hervorhebt.

Hierher gehört zunächst der Fall, den Danlos 1897 in der Pariser Société de dermatologie vorstellte. Es handelte sich um ein 21jähriges, hereditär belastetes Mädchen mit suspekten Lungenspitzen und Drüsenschwellungen am Hals. Die Patientin hatte seit 3 Monaten auf beiden Wangen typischen Lupus erythematodes, an den Händen Effloreszenzen des papulo-nekrotischen Tuberkulids und blaßrote, pigmentierte Narben nach solchen.

Im selben Jahr wurden zwei weitere Fälle an gleicher Stätte vorgestellt.

Die Patientin von Brocq war ein 20jähriges Mädchen, bei dem zwar weder familiäre noch persönliche Tuberkulose sicher nachweisbar war, das aber seit einigen Monaten stark abmagerte und Drüsenschwellungen am Hals hatte. Am Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut waren typische, angeblich 6 Wochen alte Herde von Lupus erythematodes, an

beiden Händen und Unterschenkeln frische Effloreszenzen des papulo-nekrotischen Tuberkulids, die nach 8 Tagen abheilten.

Die Kranke von Du Castel war eine 44jährige Frau, an der keine Zeichen einer Tuberkulose gefunden werden konnten. Doch war eine ihrer Schwestern an Tuberkulose gestorben und eines ihrer Kinder war skrofulös.

Der Lupus erythematodes saß im Gesicht, die papulonekrotischen Tuberkulideffloreszenzen an den Händen.

In der ungarischen Literatur finden wir eine Beobachtung von Prof. Róna. Der 20jährige Patient zeigt das Zusammentreffen von Lymphdrüsentuberkulose des Halses, Lungentuberkulose, papulo-nekrotischem Tuberkulid und Lupus erythematodes.

Die Skandinavier sind durch Boek und Möller vertreten. Letzterer beschreibt seine beiden Fälle nur ganz kurz: Eine 45jährige Frau erkrankte zuerst an Lymphdrüsentuberkulose, dann trat Lupus erythematodes im Gesicht auf und ein Jahr später das Tuberkulid an Fingern und Zehen, sowie an den Volarflächen der Hände. Auch die zweite Beobachtung bezieht sich auf eine weibliche Patientin mit Lupus erythematodes im Gesicht und Tuberkulideffloreszenzen an den Händen.

Von den 4 Fällen Boeks liegen mir drei mit ausführlichen Krankengeschichten vor.

Der erste betrifft eine 32jährige, stark gebaute, blühende Frau, bei der zuerst tuberkulöse Drüsentumoren in den Axillen auftraten. Etwa ein Jahr später zeigte sich auf beiden Wangen typischer Lupus erythematodes discoides. Zwei Jahre darauf wurden gelegentlich einer neuerlichen Konsultation an den Händen und Unterarmen frische Effloreszenzen des papulonekrotischen Tuberkulids sowie Narben nach solchen bemerkt.

Der zweite Fall betraf ein 17jähriges Mädchen, das in der Folgezeit einer Lungentuberkulose erlag. Auf beiden Wangen bestand ein ausgeprägter Lupus erythematodes discoides, an den Händen typische Effloreszenzen des Tuberkulids.

Der dritte Fall nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als es sich hierbei nicht um einen Lupus erythematodes discoides, sondern um die seltene, unter schweren Fiebererscheinungen und Allgemeinstörungen verlaufende Form des Lupus erythematodes disseminatus Kaposi handelte. Die Effloreszenzen des papulo-nekrotischen Tuberkulids weichen nicht von dem gewohnten Bilde ab. Die Patientin selbst — ein 20jähriges skrofulöses Mädchen — starb wie so viele an dieser bösartigen Form erkrankten Individuen binnen weniger Monate an florider Lungentuberkulose.

An diesen Fall schließen wir einen Fall Juliusbergs an, bei dem ebenfalls die akute disseminierte Form des Lupus erythematodes in Erscheinung trat. Die 11jährige familiär und persönlich mit Tuberkulose belastete Patientin hatte im Gesichte und auf der behaarten Kopfhaut Herde von Lupus erythematodes, die klinisch und histologisch typischen Befund darboten. Am Stamm und an den Extremitäten waren teils frische, teils ältere Effloreszenzen des papulo-nekrotischen Tuberkulids. Auf den Ellbogen traten während der Beobachtungsdauer hämorrhagische Effloreszenzen auf, die ähnlich wie bei mehreren Kranken Kaposis rasch von einer starken Verschlimmerung des Allgemeinbefindens gefolgt waren. Die Patientin ging in der Folge an akuter Lungenphthise zugrunde. Juliusberg meint, daß trotz der Verschiedenheit des Gesamtcharakters der Krankheitsbilder doch gerade die Effloreszenzen des Lupus erythematodes acutus disseminatus Kaposi die größte Ähnlichkeit mit dem papulo-nekrotischen Tuberkulid besitzen, also gewissermaßen ein Bindeglied zwischen diesem und dem Lupus erythematodes darstellen.

Ein weiterer, vermutlich hierher gehöriger Fall wird von Neisser beschrieben. Bei einem tuberkulösen Kind, dessen Sektion Tuberkulose der Lunge, des Kleinhirns und fast aller Lymphdrüsen ergab, bestand im Gesicht ausgebreiteter Lupus erythematodes, während Kopf, Hals, Bauch, Brust und Extremitäten wie besät waren von Effloreszenzen, die ganz dem Typus des papulo-nekrotischen Tuberkulids entsprachen.

Schließlich seien noch zwei Fälle von Colcott Fox und ein Fall von Crocker und Eddowes (ohne Details) aus der englischen Literatur erwähnt. Bei der von Boek zitierten Patientin von Hallopeau, die überdies noch einen Lichen scrophulosorum hatte, erscheint die Diagnose des Lupus erythematodes neben dem papulo-nekrotischen Tuberkulid recht zweifelhaft.

Auch die von Brocq und Lambry bei einer tuberkulösen Patientin gestellte Diagnose einer Koinzidenz der in Rede stehenden Hautaffektionen erscheint nicht zutreffend.

In den vorliegenden Krankengeschichten fällt vor allem das fast regelmäßige Zusammentreffen der zweifachen Hautaffektion mit tuberkulösen Erscheinungen ins Auge, wobei das prämonitorische, den schweren tuberkulösen Erscheinungen mehr weniger lange Zeit vorausgehende Auftreten derselben bemerkenswert ist. Eine Ausnahme bilden die mit der akuten Form des disseminierten Lupus erythematodes Kaposi kombinierten Fälle.

Zugleich ergibt sich auch wieder, daß gerade die Lungenphthisiker im terminalen Stadium keine gute Ausbeute für Tuberkulide geben. Ferner ist die besonders große Anzahl weiblicher Patienten unter den hierher gehörigen Fällen bemerkenswert. Es wird nun freilich ziemlich allgemein zugegeben, daß der Lupus erythematodes bei Frauen häufiger vorkommt als bei Männern.

Dagegen wird vom papulo-nekrotischen Tuberkulid (Török u. a.) behauptet, daß es bei beiden Geschlechtern in gleicher Weise vorkomme.

Gewiß aber ist auch diese Affektion bei Frauen ungleich häufiger. Dies lehrt uns unsere eigene Beobachtung sowie die Fälle von Boek, Juliusberg u. a.

So erklärt sich auch wohl das so besonders starke Überwiegen des weiblichen Geschlechtes bei den kombinierten Fällen.

Warum die Tuberkulide bald die Form des Lupus erythematodes annehmen, bald die des papulo-nekrotischen Tuberkulids, warum jener diesem in einem Fall vorausgeht, in dem andern aber folgt und ob die eine Affektion, wie von französischer Seite angenommen wird, gewissermaßen den Boden für die andere vorbereitet, ist schwer zu ergründen.

Das ganze so wichtige und interessante Gebiet der Hauttuberkulide bietet eben noch reichlich Unklarheiten.

Immerhin aber spricht die relativ häufige Kombination beider Affektionen in hohem Grade für ihre gemeinsame, tuberkulöse Ätiologie. Diese Annahme befestigt auch ferner die Tatsache, daß auch das Erythema induratum Bazin, das schon vor mehr als 40 Jahren Bazin durch den Zusatz scrophulosorum in seiner Eigenart kennzeichnete, wie die Fälle von Prof. Ehrmann, Zollikofer, Kopp (zitiert von Roth) und Polland lehren, gleichfalls einerseits mit dem papulo-nekrotischen Tuberkulid, andrerseits mit dem Lupus erythematodes wiederholt Kombinationen eingeht.

Der ärztliche Praktiker wird daher mit Recht die in Rede stehenden Affektionen als den Ausdruck einer tuberkulösen Infektion des Organismus betrachten dürfen. Und gerade in jenen Fällen, wo außerdem nur geringfügige Symptome der spezifischen Erkrankung bestehen oder solche überhaupt nicht vorhanden sind, wird es gewiß nicht selten möglich sein, durch energische roborierende Therapie die drohende Gefahr einer tuberkulösen Infektion des Gesamtorganismus zu verhüten.

Was die Therapie des kombinierten Hautleidens selbst anlangt, so ist sie ebenfalls kombiniert; gegen das papulonekrotische Tuberkulid wurde im Ambulatorium Prof. Ehrmanns Lebertran intern gegeben, während gleichzeitig gegen den Lupus erythematodes das Holländersche Verfahren (extern Jodtinktur, intern Chinin) angewendet wurde, letzteres mit Herabsetzung der angegebenen Chininmenge von 1·5 *g* pro die auf 0·75 *g*. Die Erfolge waren nicht ungünstig.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. S. Ehrmann für die gütige Überlassung des Materials und freundliche Förderung dieser kleinen Arbeit verbindlichst zu danken.

Literatur: Alexander, Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie der Folliklis. „Archiv f. Dermat.", 1904, Bd. 70. — Boek, Exantheme der Tuberkulose. „Archiv f. Dermat.", 1898, Bd. 42. — M. Brocq, Nouveau fait pour servir à l'histoire des Tuberculides. Société de dermatol., 1897. — Brocq et Lambry, Société de dermatologie, Paris, 3. Mai 1900. — Danlos, Sur un lupus érythémateux chez un sujet tuberculeux. „Archiv f. Dermat.", Bd. 51. — Du Castel, Lupus érythémateux de la face et folliclis des mains. Société franç. de dermatol., Paris 1897. — Ehrmann, Die Beziehungen der sogenannten Tuberkulide zueinander. V. Internationaler Dermatologenkongreß zu Berlin. — Fritz Juliusberg, Über Tuberkulide und disseminierte Hauttuberkulosen. „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie", 1904, Bd. 13. — Hallopeau, Lupus érythémateux anormal, folliclis à type morbide nouveau? „Annales de dermatologie", 1895. — Jadassohn, Lupus erythematodes in Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten, Bd. 3. — Jarisch, Hautkrankheiten in Nothnagels Spezieller Pathologie und Therapie. — Lenglet, Lupus érythématodes. „Prat. dermatol.", Bd. 3. — Magnus Möller, Mitteilungen aus der Abteilung für Lichtbehandlung im Krankenhaus St. Göran „Nordiskt Medicinskt Arckiv", 1904, Abt. II, H. 3. — Neisser, Lupus erythematodes. Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein und Schwalbe. — Walter Pick, Die Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberkulose, mit besonderer Verwertung der Tuberkulinreaktion. „Archiv f. Dermat.", Bd. 58. — Polland, Ein Fall von Lupus erythematodes und Erythema induratum. „Dermat. Zeitschr.", Juli 1904. — Róna, Tuberculide papulo-nécrotique und Lupus erythematodes. „Orvosi Hetilap", 1904, Nr. 1 u. 2. — Roth, Über die Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberkulose. „Archiv f. Dermat.", 1900, Bd. 51. — Schoonheit-Ehrmann, Zur Histologie des Lupus erythematodes. „Arch. f. Dermat.", Bd. 51. — Török, Dermatitis nodularis necrotica in Mračeks Handbuch der Dermatologie, Bd. 1. — Zollikofer, Tuberkulide. „Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte", 1902.

Balneotechnische Neuerungen.

Von **Dr. Arthur Loebel** in Dorna-Wien.*)

Die in unserem Kurorte eingeführten technischen Vervollkommnungen in der Bereitung der Moor- und Kohlensäurebäder haben deren Heilwerte derart zu präzisieren bzw. abzuändern vermocht, daß ich mich wiederholt veranlaßt gesehen habe, meine einschlägigen Beobachtungen in mehr oder minder ausführlichen Studien zu berühren. Die Erwartung, eine Klärung der bestehenden Gegensätze, sowie eine Überprüfung der alten Lehrsätze angeregt zu haben, hatte mich nicht getäuscht und die seitdem publizierten Arbeiten auf diesem Gebiete drängen mir die Pflicht auf, meine Erkenntnisse noch weiter zu verallgemeinern und dieselben in unseren Kongreßverhandlungen zur Sprache zu bringen.

In meinem am diesjährigen deutschen Balneologenkongreß zu Aachen gehaltenen Vortrage „Zur Technik und Wirkung der strömenden Kohlensäurebäder" hatte ich es unternommen, an der Hand einiger biologischer Wahrnehmungen nachzuweisen, wie die chemisch-thermischen Faktoren dieser Bädergattung das Anpassungsvermögen der inneren Lebensvorgänge des Herzmuskels an die äußeren Lebensreize bestimmen, wie das Herz, solange es eben seine Hilfsmittel gestatten, alle verfügbaren Widerstandsfähigkeiten mobilisiert und durch die angemessene Übung dieser Vitalimpulse die Kräftigung bzw. Anbildung der Herzmuskelmasse hebt. Es wurde hierbei möglich, die Kohlensäurebäder als Übungsmittel des Herzmuskels, als Anregungsbehelfe des vikariierenden Gefäßsystems und als Umschaltungsfaktoren der Blutmasse kennen zu lernen und zu beobachten, wie das Herz unter ihrer Einwirkung bald zur Überwindung der äußeren Hindernisse in stetig aufsteigender Linie seine Reserven entfaltet oder im Wege seiner Wechselbeziehungen zu den anderen Organen einen Teil seiner Aufgabe zur Schonung der eigenen Leistungsfähigkeit auf die vikariierenden Gefäßfunktionen überwälzt, endlich aber auch die auferlegte Überarbeit in einem rhythmischen Wellengange absolviert, wobei es seine normale Pumparbeit mit dem kompensationsfähigen Umschaltungsbetriebe des elastischen Gefäßsystems alternieren läßt.

*) Vortrag, gehalten am IV. österreichischen Balneologenkongresse in Abbazia.

I.

Ich will mich darum vorerst mit den Änderungen befassen, welche die Gewinnung und Herstellung der Kohlensäurebäder in unserem Kurorte erfahren hat.

Für die Beurteilung des chemischen Faktors dieser Heilbäder ist fast ausschließlich der Gehalt an Kohlensäure maßgebend. Nun pflegt man aber gewöhnlich zu diesem Zwecke die Ziffern der Quellenanalyse heranzuziehen und übersieht hierbei fast absichtlich die Fehlerquelle, die nicht bloß rücksichtlich ihrer Höhe ganz bedeutend ist, sondern auch rücksichtlich ihrer Schwankungen ziemlich unbestimmbar bleibt, weil bei den gewärmten Mineralbädern der Gasgehalt nicht bloß vom Reichtum der Quelle an Kohlensäure abhängt, sondern auch von der Fassungsart der Brunnen, von der Zubringungsweise des Mineralwassers zu den Badewannen und namentlich von der Erwärmungsmethode des Bademediums.

Ersichtlich ist darum die Überlegenheit jener Quellenfassungssysteme namentlich bei Eisenwässern, deren bloßer Kontakt mit der Luft schon genügt, um sie zu zersetzen, wenn sie durch einen hermetischen Abschluß des Quellengehäuses jede Art Luftzutritt ausschließen. Ebenso vorteilhaft gestalten sich jene Vorrichtungen, welche das Einpumpen des Badewassers in Hochreservoirs umgehen, wodurch nicht bloß das Bademedium einer empfindlichen Entgasung unterworfen wird, sondern überdies bis zum Verbrauche den dekomponierenden Temperatureinflüssen der Sommeratmosphäre ausgesetzt bleibt.

Wir haben aus diesen Gründen in Dorna über Anraten des Direktors der k. k. geologischen Reichsanstalt Stur und unter Leitung des k. k. Universitätsprofessors Ludwig die Stahlquellengehäuse an der Ursprungsstätte in einem Umfange angelegt, daß sie Badewasserreservoirs vollständig überflüssig machen. Durch die zweckmäßige Ausnutzung der geologischen Lage unserer Quellen an einem sanften Gehänge und die noch günstigere Auflagerung der mineralwasserführenden Trachytschotterbank auf dem Glimmerschiefer in geringer Tiefe wurde eine Fassungstype geschaffen, die es ermöglichte, auf dem Urfelsen einen mächtigen Quaderbau vollkommen luftdicht aufzuführen, wandständige Seitenquellen zu gewinnen und dieselben durch meterweit vorgetriebene Zementdächer vor dem Luftzutritte vollständig zu schützen. Diese luftdicht abgeschlossenen Sammelbassins, in welche die Heilwässer aus ihren natürlichen Adern niederrieseln, ohne irgendwo auf reduzierende Luftblasen zu stoßen, bilden, da das Eisenwasser beim Stagnieren die Kohlensäure abzugeben pflegt, mit ihren nach obenhin gleichfalls hermetisch abgeschlossenen Wölbungen Gasometer, die den ganzen Mineralwasserinhalt unter den beständigen Druck jener Kohlensäuremengen stellen, welche jeweilig den Zwischenraum zwischen dem Mineralwasserspiegel und der gemauerten Quellendecke gewinnen.

Diese Quellschächte sind mit den Badewannen durch geschlossene Eisenrohre nach dem Hebersystem derart verbunden, daß das höher aufgespeicherte Quellwasser im sanften Gefälle der eigenen Schwerkraft unmittelbar von der Schachtsohle in die Badewanne abfließt, somit stets die am frischesten entwickelten und mit Kohlensäure am reichlichsten gesättigten Mineralwässer zuführt, während die nicht sofort verbrauchten Quantitäten mit den während ihres Lagerns entwickelten Gasmengen die in den Quellenreservoirs höher gestauten Wasserschichten ansäuern.

Besonders namhafte Kohlensäureverluste vermitteln weiters die verschiedenen Erwärmungsmethoden. Derart konnte Franz C. Müller bei der direkten Erwärmung des Mineralwassers nach Pfriem, wobei das Bademedium teils durch den zu Süßwasser kondensierten Dampf verdünnt und zum Teile durch die Wucht des einströmenden Dampfes auf mechanischem Wege seines Gasgehaltes beraubt wird, einen Rückgang der im frischen Quellwasser konstatierten Kohlensäuremenge von 2·5953 *g* auf 1·3819 *g* in der Badewanne nach-

weisen. Selbst das indirekte SCHWARZsche System, wobei die überhitzten Wannenböden die Temperatur regulieren, und die von VANSELOW am 24. deutschen Balneologenkongresse als vollendetste Methode geschilderten Vorrichtungen sollen noch immer einen 8—10%igen Gasverlust verursachen.

Man muß es daher als einen Fortschritt bezeichnen, wenn man bei Bereitung der Kohlensäurebäder eine höhere Konservierung ihres Kohlensäuregehaltes durch deren Herstellung in strömender Form nach dem Vorbilde Nauheims allgemein anstrebt.

Da jedoch überall, wo die kohlensäureführenden Quellen keine Thermen sind, zwecks Verwendung zu Bädern, deren Erwärmung erst erfolgen muß, ist die Suche nach einem Apparate begreiflich, der die niedriger temperierten Quellwässer in einem ganz bestimmten höheren Temperaturgrade konstant und ohne thermische Schwankungen ausfließen läßt.

Zu dem Zwecke hat schon CZERNITZKI einen Kalorisator in Form eines Ballons aus Gußeisen konstruiert, der, außerhalb der Wanne aufgestellt, nach Art eines Vorwärmers das Mineralwasser in seinem geschlossenen Raume auf die erforderliche Temperatur zu bringen hatte mittelst eines schlangenförmigen Dampfrohres, das die Mitte des Apparates durchzieht. In diesen wie in allen ähnlichen Apparaten gaben aber die Dampfschlangen bei Benutzung eisenhaltiger Wässer, die im Verhältnisse zur entwichenen Kohlensäure massenhafte Ockerniederschläge absetzen, zu reichlichen Inkrustierungen Anlaß, die ihrerseits wiederum Trübungen des Badewassers verschulden, die Sauberkeitspostulate vernachlässigen und andrerseits im Umfange der Ankrustierungen die Erwärmungsbedingungen verschlechtern. Zudem wird die Wärmebestimmung des Badewassers auf die Angaben eines Thermometers beschränkt, das an dem Verbindungsrohre des Kalorisators mit der Badewanne angebracht ist.

Hierin liegt aber der Kardinalfehler sämtlicher Kalorisatoren, der im Großbetriebe der kurörtlichen Badeanstalten nicht leicht korrigiert werden kann. Werden nämlich beim Bäderwechsel, der nur zum Beginne der Stunde zu erfolgen pflegt, auf einmal 50—100 Bäder und darüber angelassen und erwärmt, dann wechseln sowohl im Wasserreservoir als im Dampfsammler die Druckverhältnisse sehr rasch. Der Wasserstand sinkt innerhalb weniger Minuten um 10—20%, wie die Spannung des einströmenden Dampfes von 5 und 6 Atmosphären auf 1 und sogar $^1/_2$ Atmosphäre abstürzt. Sind nun auch unter Kontrolle des Thermometers vom bedienenden Bademädchen zum Beginne der Bäderbereitung die Wasser- und Dampfdurchlaßventile derart reguliert worden, daß aus dem Zylinder des Vorwärmers das Mineralwasser in die Badewanne in der vorgeschriebenen Temperatur ausläuft, dann genügen oft nur wenige Momente, damit infolge dieser Verschiebungen ebenso unvermittelt bald ein kühleres, bald ein heißeres Mineralwasser in die Badewanne abströmt. Das Thermometer am Kalorisator zeigt eben nur die Temperatur des momentan durchfließenden Wassers an, das in den seltensten Fällen mit der Temperatur des in der Wanne angesammelten Badewassers übereinstimmt. Und nun erfordert jede Korrektur, namentlich aber die endgültige Bestimmung des Wärmegrades des Badewassers im vorschriftsmäßigen Sinne Vorgänge, die zeitraubend sind oder nur durch ein zahlreiches Bedienungspersonale erfüllt werden können.

Viel mißlicher noch gestalten sich die Verhältnisse, wenn die jähen Temperaturschwankungen während der Badedauer eintreten und wenn der Badende an den Hähnen und Ventilen zu manipulieren beginnt.

Schließlich darf man sich auch nicht verhehlen, daß durch die Verlegung des Erwärmungsherdes aus der Badewanne dem Entweichen der Kohlensäure auch noch eine andere Stelle zugewiesen wird als jene, welche für den Aufenthalt des Badenden bestimmt ist, und daß dadurch der Verflüchtigung des Gases noch mehr Vorschub geleistet wird zu einer Zeit, da sonst schon in der Badewanne die angesammelte Wassersäule dem Aufsteigen der stecknadelkopfgroßen Bläschen Hindernisse entgegensetzt.

In der Dornaer Badeanlage vermeiden wir diese Fehlerquellen, indem die Kupferwannen mit Doppelböden derart konstruiert erscheinen, daß der zwischen den beiden Böden befindliche Heizraum bei ganz geöffnetem Dampfdurchlaßventil gerade ausreicht, um das Mineralwasserquantum, das bis zu den Abflußöffnungen sich staut, beständig auf der anfänglichen Temperatur zu erhalten, insolange auch der Wasserhahn vollständig geöffnet ist, somit die höchstzulässige Wassermenge durchgehen läßt.

Zur Erhaltung der Dampfspannung bei einem fixen Atmosphärendrucke dient ein Körtingscher Reduzierapparat, der im Maschinenhause die 5—6 Atmosphären des Kesseldampfes auf 0·2 reduziert und dessen konstantes Funktionieren sich dabei automatisch reguliert.

Der gleichmäßige Mineralwasserdurchtrieb wird wiederum gesichert durch die bereits erörterten Ansammlungsvorkehrungen für das Badewasser. Dadurch, daß die Quelle gleichzeitig als Badewasserreservoir funktioniert und einen beständigen Wasserstand von 3—3·5 *m* besitzt, während der Anstaltsbedarf bei 10stündigem Betriebe kaum 40—50 *cm*, der einstündige Betrieb also nur 4—4·5 *cm* von der Wassersäule verzehrt, sind auch die Druckschwankungen, welche die Strömungsgeschwindigkeit des Wassers beherrschen, von um so verschwindenderer Geringfügigkeit, als sich das Mineralwasser in einem hermetisch geschlossenen Raum befindet und der Wasserspiegel unter einem gasometerähnlichen Überdrucke von Kohlensäure steht.

Zum Schutze des Badenden vor dem überhitzten Sitzboden der Wanne, bzw. vor der Schichte des zuströmenden kalten Wassers wird ein Rost in die Wanne gesetzt, der die Höhe der für den Wasserzufluß bestimmten Öffnungen überragt und die Durchtriebsrichtung des Badewassers durch eine entsprechende Dachvorrichtung derart reguliert, daß sie sich in der Längsachse des Wannenbodens verbreitert. Die Durchtriebszeit wiederum genügt vollständig, um dasselbe unter den gegebenen Verhältnissen von 8—10° C auf 30—35° C zu erwärmen und den Wasserstrahl, den die an der Einströmungsstelle hingehaltene Handfläche noch kalt empfindet, bereits beim Aufsteigen zu den Abflußöffnungen längs der Wirbelsäule als überwärmtes Medium zur Wahrnehmung zu bringen.

Diesem System eignet neben der Möglichkeit, die Beständigkeit der Wassertemperatur während der ganzen Benutzungsdauer des Strombades zu erhalten, noch der Vorteil der thermischen Regulierbarkeit des Bademediums in dem Sinne zu, daß durch Verschiebungen des Wasserhahnes resp. des Dampfdurchlaßventiles im Bedarfsfalle auch Strombäder von stetig steigender bzw. stetig abnehmender Wärme hergestellt werden können.

Die Temperaturbeständigkeit gilt naturgemäß nur für die Schichte, in der sie bestimmt wurde, denn die verschiedenen Schichten des Strombades zeigen ebenso abweichende Temperaturen wie die verschiedenen Schichten eines jeden anderen Bades, in welchem die von der Luft und dem Badenden übertragene Abkühlung temperaturvermindernde Strömungen des Bademediums hervorruft. Im Strombade werden die Unterschiede durch den kontinuierlichen Einschlag kalten Wassers noch mehr verschärft. Sie schwanken je nach der größeren oder geringeren Entfernung von der Oberfläche des Bades oder von der Einströmungsstelle des Badewassers innerhalb bestimmter gleichbleibender Differenzen zwischen $^1/_2$—1° C.

Die Überlegenheit dieser Erwärmungsmethode kennzeichnet sich endlich dadurch, daß das Strombad selbst nach einer Dauer von 20—30 Min. noch ebenso reichliche Kohlensäuremengen mit sich führt wie zum Beginne des Bades und wie das noch ungewärmte, aus dem Quellenrohre ausfließende Mineralwasser. Sie schwanken zwischen 25—30 Volumprozenten

des REICHERTschen Schüttelapparates, wobei die Differenzen nicht dasselbe Bad betreffen, sondern mit den Untersuchungsdaten wechseln.

II.

Noch erfolgreicher gestalten sich die Verbesserungen, die bei den Moorbädern durchgeführt wurden. Dieselben haben es vor allem ermöglicht, die blutdruckreduzierenden Werte derselben im Gegensatze zur bisher propagierten Schultradition von deren blutdruckerhöhender Wirkung festzustellen. In meinem am 24. Kongresse der deutschen Balneologen gehaltenen Vortrage konnte ich aus mehr als 300 Druckbestimmungen die Schlußfolgerung ableiten, daß sich die blutdruckherabstimmende Tendenz bei Anwendung von Temperaturen zwischen 34—43° C während der Benutzung der Bäder bis zu 40 Minuten beständig bekunde, und in meiner Arbeit, die in den diesjährigen März- und Aprilnummern der „Therapeutischen Monatshefte" reproduziert wurde, habe ich jene Versuchsdaten veröffentlicht, die erweisen, daß der besondere Wert der Moorbäder in deren intensiver Nachwirkung zu suchen ist, wobei die Temperaturen von 37 und 38° C auf den Blutdruck indifferente, diejenigen jenseits dieser Wärmegrade bis 39° C kumulative druckherabsetzende und kumulative drucksteigernde Erscheinungen in jenen über 39° C hervorrufen.

Bezüglich der Deutungen dieser physiologischen Leistungen muß ich auf die Ausführungen in meinen obzitierten Publikationen verweisen. Hier will ich ausführlicher auf die Erörterung jener Vorkehrungen eingehen, welche, in Abänderung der bisher geübten Maßnahmen, als Verbesserungen in der Moorbäderbereitung angesehen werden können.

Die Moorbäder unterscheiden sich von den Wasserbädern durch ihren Gehalt an chemischen Beimengungen, den sie der wechselnden Zusammensetzung der Moorerde aus organischen und anorganischen Bestandteilen verdanken, und durch die abänderlichen Dichtigkeitsgrade, welche durch die Unlöslichkeit der Mooringredienzien bestimmt werden. Während demnach ein Wasserbad bezüglich seiner Wirkungen fast ausschließlich durch den thermischen Reizfaktor des Bademediums bestimmt wird, gesellt sich für das Moorbad noch der chemische und mechanische Insult dazu. Nun besitzen wir wohl für die Momentbestimmung der Wärmewerte im Thermometer ein sicheres Präzisionsinstrument. Das gleiche gilt aber leider weder für die Bestimmung der Dichtigkeitsverhältnisse, noch für diejenige der chemischen Heilfaktoren, weil uns weder für die Abschätzung der einen noch der anderen Potenz auch nur approximative Meßapparate zur Verfügung stehen.

Die Bestimmung eines dünnen, dichten oder sehr dichten Moorbades ist ein ebenso variabler Begriff, als es nur die Laune des bäderbereitenden Moorjungen erlaubt, wogegen sich die Beurteilung der chemischen Meßeinheit selbst in jenen Fällen der Vorstellung entzieht, wo genaue Mooranalysen vorliegen, weil dieselben nicht einmal den vielfach wechselnden Ablagerungszufälligkeiten der Bewässerung durch die unterirdischen Mineralquellen, geschweige denn den Schwankungen oder meteoristischen Einflüssen oder den Unterschiedlichkeiten der vorbereitenden Maßnahmen Rechnung tragen.

Es wurde deshalb in Dorna als Grundsatz angenommen, zumal sich dem nicht die empirischen Erfolge entgegenstellten, die Bestimmbarkeit der physikalischen Bäderwerte dadurch zu vereinfachen, daß mangels eines verläßlichen Aräometers die Dichtigkeitsbestimmung des Moorbreies umgangen werde durch die Wahl eines einzigen Dichtigkeitsgrades, welcher durch die Mischung gleich großer Wasser- und Moormengen stets einheitlich zu erzielen ist. Gleichzeitig wird auch die thermometrische Präzisionsmessung einerseits durch die Vervollkommnung der Meßinstrumente und durch die Einengung der Willkür der Manipulationsorgane andrerseits gefördert. Hierbei leistet die Steigerung der hygroskopischen Eigenschaften der Moorerde Vorschub.

Freilich bleibt uns bei dem allen gerade der chemische Faktor noch immer die inkommensurable Größe, die wir weder in die Einzelreize zerlegen, noch im Gesamtinsulte wahrnehmbar wägen oder messen können. Diese Schwierigkeiten sind wir aber nicht einmal unter den ungleich leichteren Verhältnissen bei den Mineralbädern zu beheben imstande, sobald sich erst zwei oder mehrere Substanzen in ihren Wirkungen kombinieren. Durch die Erhöhung der Umsetzungsvorgänge und durch die Steigerung des Löslichkeitskoeffizienten mittelst einer zweckdienlichen Vorbehandlung der Moorfelder sowohl wie der gewonnenen Moorroh- und Moorzwischenprodukte werden aber die Schwankungen in der Intensität des chemischen Gesamtinsultes nach Möglichkeit eingeengt, in der Voraussetzung, daß, sobald die chemischen Reizmittel jene osmotische Spannung erlangen, welche sie befähigen, auf die Nerven der zu reizenden Gebilde erregende Wirkungen auszuüben, sie so wie die mechanischen Eingriffe, gleichviel welcher Art sie auch sind, und wie die thermischen Reizungen, sobald sie nur genügend plötzlich einsetzen, zu ganz bestimmten physiologischen Leistungen sich entwickeln.

Nur müssen wir uns vor Augen halten, daß ebenso wie der Optikus auf jede Art von Reizung bloß mit Gesichtswahrnehmungen und der Akustikus nur mit Gehörseindrücken antwortet, auch die verschiedenen Insulte der Bäder in der Haut den Hauptregulator der Blutverteilung und Blutumbildung treffen. In welchem Umfange auf diesem Wege die Herz-, Gefäß- und Atmungstätigkeit, der Blutdurchtrieb und die Blutarterialisation sowie die Eigenwärme abgeändert werden, hat schon RÖHRIG in erschöpfender Weise in seiner klassischen Arbeit über die Physiologie der Haut dargestellt, haben auch die alten Balneotherapeuten zur Grundlage ihrer Abhandlungen, ihrer Hand- und Lehrbücher gemacht.

Es wird ferner allgemein anerkannt, daß dort, wo sich mehrere Badereize summieren, auch der Grad der Erregung sich potenzieren wird, und man ist sich auch darüber klar, daß ein Bad, in welchem thermische, mechanische und chemische Faktoren sich zu einer Gesamtaktion vereinigen, nicht nur intensiver, sondern auch anders wirken kann als ein gewöhnliches Wasserbad, dem nur thermische Insulte zueignen, genau sowie das Sonnenlicht andere Heilwirkungen zuwege bringt als seine gesonderten roten bzw. ultravioletten Teilstrahlen.

Übersehen wird nur, daß bei den Moorbädern nebst der Vervielfältigung der Badereize durch Kombinierung des chemischen und mechanischen Insultes mit dem thermischen die unleugbar abwechslungsreichen Relationen dieser Faktoren zueinander auch zu besonderen Funktionsäußerungen führen müssen und besondere Berücksichtigung ansprechen. Der von TIGERSTEDT gebrachte Versuch, daß Muskelkontraktionen, die bei maximaler Reizung ausgelöst und nicht mehr gesteigert werden konnten, noch zu potenzieren sind, sobald ein neuer Reiz den Muskel in dem Stadium trifft, bevor dessen Kontraktionszustand vollständig aufgehört hat, d. h. die Fähigkeit, beim lebendigen Protoplasma in verschiedenem Grade Reizwirkungen zu akkumulieren, läßt auch die eigenartigen Nachwirkungen der Moorbäder in den verschiedenen Elementarorganismen erst recht begreifen.

Ganz abgesehen von der Vielfältigkeit der einzelnen, im Moorbade enthaltenen Reize bilden dieselben verschieden geartete Reizintensitäten, welche auch zu verschiedenen Zeitpunkten die Reizschwelle überschreiten. Derart muß sich hier nicht allein die Summe von Eingriffen, sondern auch deren getrennte Aufeinanderfolge bei der Summierung der physiologischen Wirkungen vorteilhaft zur Geltung bringen.

Die auffälligen Dauerwirkungen in den Blutdruckschwankungen veranlassen daher, das Hauptgewicht in die zeitlich auseinanderfallenden Angriffsmomente der Einzelpotenzen des Moorbades zu verlegen, selbst wenn noch nicht das Axiom geprägt wäre von der Gleichwertigkeit der Lebensäußerungen unseres Organismus trotz der Verschiedenartigkeit der denselben treffenden Reizmittel.

So wird es denn ersichtlich, wie die Vervollkommnung der technischen Herstellungsmethoden mit der Potenzierung der einzelnen Badefaktoren sowohl deren qualitativen als zeitlichen Aktionsumfang zu erweitern vermag und wie mit der Steigerung jedes einzelnen Faktors deren Einzel- und Gesamteffekte verschoben werden können. Es bleibt darum auch das vornehmlichste Verdienst bei der Zubereitung dieser Bädergattung, daß man einerseits zur Erhöhung der chemischen Bäderwerte eine möglichst hohe Auslaugungsfähigkeit und andrerseits zur Vermehrung der physikalischen Leistungsfähigkeiten eine möglichst ausgiebige Quellbarkeit der Moorerde anstrebt. Wir sehen hierbei ganz ab von der selbstverständlichen Aufgabe, auch im Moorbade ein Kurmittel zu suchen von gleichartiger und gleichbleibender Leistungsfähigkeit seiner chemischen, mechanischen und thermischen Teilfaktoren.

Die Einengung der Schwankungslinien dieser Postulate ist gerade deshalb um so wichtiger, weil es bei der Beurteilung der Moorbäderpotenzen nicht allein darauf ankommt, mit Reizgrößen zu rechnen, für deren Bestimmung wir noch keine präzisen Meßinstrumente besitzen, sondern auch mit den mannigfachen und ganz unbekannten, aber nicht minder abwechslungsreichen Relationen dieser Reize zueinander.

Von diesen Grundsätzen und Gesichtspunkten ausgehend, wird in Dorna bereits bei der Kultur des Moorfeldes die Einleitung mehrjähriger chemischer Umwandlungsprozesse an der Ursprungsstätte angestrebt, indem man das System des Pfeilerabbaues, wie es bei sohlig gelagerten Braunkohlenflözen geübt wird, nachahmt. Zu diesem Zwecke wird das Moorfeld mit einem engmaschigen Netze von Kanälen und Kanälchen durchzogen, die einerseits durch die willkürliche Regulierung der Bewässerungsverhältnisse und andrerseits durch die Durchlüftung der an den Gräben aufgerissenen und freigelegten Moorwände das Rohmaterial schon an Ort und Stelle mehrjährigen Oxydationsvorgängen exponieren.

Das Moorplateau senkt sich nämlich als ein von Nord nach Süd sanft fallender Dachabhang und muß überdies mit der Talgliederung das Gefälle des Dornaflusses in der Richtung von Westen gegen Osten mitmachen. Der an der nördlichen Längsseite aufgeführte Abzugskanal leitet darum sämtliche im Moore des Abbaufeldes zirkulierenden Wässer am sichersten dem Dornaflusse zu. Hierbei strebt die an der höchstgelegenen Grenzlinie des Moorfeldes beginnende Reihe von querlaufenden mit den sie kreuzenden Längskanälen in stetigem Falle dem Entwässerungsgraben zu, so daß der in Abbau genommene Teil des zirka 5000 m^2 messenden Areales in Gruppen von Pfeilern mit je 50 m^2 Flächeninhalt gegliedert erscheint.

Der Aushub aus den Kanälen deckt gleich der Moorgewinnung aus den Pfeilern den Moorbedarf, wogegen das Abbaufeld nach Beendigung der jedesmaligen Abbauperiode durch schleusenartige Sperrvorrichtungen nach Bedarf unter seine natürlichen Wasserverhältnisse wieder gesetzt werden kann.

Die ausgehobene Moorerde wird im Gegensatze zur allgemein üblichen Methode, den Moor im Herbste in Würfeln zu stechen und über den Winter auf freiliegenden Halden dem Schnee, Regen und Frost, also feuchten atmosphärischen Einflüssen auszusetzen, während des Sommers der Sonnenglut und der warmen Luftbewegung freigegeben, damit durch diese Trocknungsprozesse nebst der chemischen Umwertung die hygroskopischen Eigenschaften des Bädersubstrates möglichst gesteigert werden. Diese Vorgänge werden im Herbste durch die Einlagerung dieses Rohmaterials in einem gut gedeckten, aber luftigen Holzgebäude, das zwei Etagen besitzt, fortgesetzt. Hier wird dem eingeleiteten Umbildungsprozesse des Moorvorrates weiterer Vorschub geleistet, indem man das in 30—50 *cm* hohen Schichten auf einer wasserdurchlässigen Sohle abgelagerte Bädermaterial einerseits wiederholt umschaufelt, andrerseits aber dasselbe infolge der an den Seitenwänden in mäßigen Abständen angebrachten Lattenverschalungen den kalten Winden und Frösten preisgibt, die gleichfalls austrocknende Effekte erzielen.

Nach einer derartigen, fast ganzjährigen Umwertungsperiode wird erst das halbtrockene Zwischenprodukt im Erdgeschosse dieser Vorratskammer gesammelt und in die Mahlmühle verfrachtet. In dieser Zerkleinerungsanlage bricht eine Vorbrechwalze das gröbere Ast- und Wurzelwerk und lockert die feinere Moorerde, um sie in einen im Erdgeschosse aufgestellten Korbdesintegrator zu werfen, wo die Feinmahlung vollendet wird. Dieses Mahlgut wird schließlich auf Schüttelsiebe gebracht, hier vom Abwurfe gereinigt und als feineres Bädersubstrat in den Packraum abgestürzt.

Diese Manipulationen steigern derart nicht allein mit der Förderung der chemischen Umsetzungsprozesse die Wasserlöslichkeit des Badematerials, sondern durch die umständliche Trocknung und Vermahlung deren ausgiebigeren Zerfall in winzige Partikel und darauf die Erhöhung ihrer Quellungsfähigkeit.

Mit der Potenzierung der hygroskopischen Werte werden aber die Wärmeleitungsverhältnisse des Bademediums um so günstiger verschoben, als es nunmehr möglich wird, jedes Moorkorn im weitgehendsten Umfange mit dem Badewasser in Berührung zu bringen und die ihm zuträgliche Kalorienmenge dem heißen Schwemmwasser entziehen zu lassen. Aus diesen gewichtigen Gründen wird die Moortrocknung auch noch in der Moorküche fortgesetzt. In Räumen, die sich an das Maschinenhaus der Badeanstalt anschließen, wird auf den Bodenabteilungen, welche die von den Heizkesseln ausstrahlenden hohen Temperaturen führen, ein mehrtägiger Moorvorrat aufgestapelt.

Nach dieser Vorbehandlung des Moorerde wird dieselbe zwecks Herstellung des Moosbreies schaufelweise in die Moorrührwerke eingeschüttet, woselbst unter geregeltem langsamen Wasserzulaufe und unter gleichzeitiger Dampfzuströmung die Aufschwemmung des Badesubstrates besorgt wird von eisernen Schaufelgestellen, denen die Aufgabe zufällt, die Gleichmäßigkeit in der Konsistenz des Bademediums in mehr oder minder beschleunigten Touren während eines einstündigen Antriebes herzustellen.

Das zweite Stadium der Moorbäderbereitung erstreckt sich somit auf die maschinelle Mischung der Moorerde mit dem jeweilig zugeführten und mittelst Dampfes erhitzten Süß- bzw. Mineralwasser, wogegen die Temperierung des Breies im Sinne der ärztlichen Vorschrift wohl gleichzeitig auch während dieses Zeitabschnittes vor sich geht, endgültig aber erst in den Badewannen erfolgt. Dorthin gelangt nämlich der fertiggestellte Moorbrei durch einen im Boden der Mischbottiche angebrachten und vermittelst eines handlichen Bajonettverschlusses funktionierenden Trichters.

In diesem dritten Stadium tritt die Rücksichtnahme auf die Temperaturbestimmung des Heilmittels in den Vordergrund, wird der impulsive Naturtrieb am Rohprodukte sowie die automatische Maschinenarbeit am Zwischenprodukte durch die manuelle Fertigkeit der Moordiener abgelöst, denen es auferlegt wird, den während eines mehrjährigen und erprobten Vorbereitungsdienstes ausgebildeten Temperatursinn auszunutzen. Mit beweglichen Dampf- und Wasserduschen vermögen diese Moorjungen die Bädertemperaturen vorschriftsmäßig zu graduieren. Ihre vornehmlichste Arbeit liegt hierbei darin, den Wärmegrad der verschiedenen Badeschichten erst mittelst der Temperaturnerven ihres Armes auf seine Gleichmäßigkeit zu prüfen, weiters approximativ abzuschätzen und schließlich durch empfindliche Kniethermometer, die sowohl um die horizontale Achse drehbar als vermittelst einer Vorrichtung in der Vertikalachse verschiebbar sind, die präzisere Nachkontrolle zu üben. Zwecks gewissenhafterer Erfüllung dieser Aufgabe ist deren Dienst derart geregelt, daß sie vor Überbürdung und Übermüdung geschützt sind und mit Bezug auf die Genauigkeit von den Moormeistern über-

wacht werden, die allein für die vorschriftsmäßige Temperierung eines jeden Moorbades aufzukommen haben.

Nebst der Realisierung dieser Grundsätze, welche darauf abzielen, die Moorbäder in gleichartiger Tadellosigkeit zu liefern, wurden bei der Anlage dieses Betriebes noch zwei andere gleichwichtige Resultate erfüllt, um die Moorbereitungs- und Moorverabreichungsräume jederzeit aller Welt zugänglich zu erhalten und weiters die Abfuhr der benutzten Moorbäder aus dem Umkreise der Anstalt im unmittelbarsten Anschlusse an deren Verwendung zu bewerkstelligen.

Die Unterbringung des Moorhofes und der Moorküche sowie die Anlegung eines Moorsumpfes im Zentrum des Badehauses haben diese Aufgaben gelöst. Der Moorsumpf wurde als ein zementiertes Bassin mit schiefgeneigter Sohle angelegt und dessen tiefste Ecke mittelst eines gerade gestreckten, sanft abfallenden, geräumigen Kanales dem der Front der Kurgebäude entlang dahintreibenden Dornaflusse einerseits angebunden, andrerseits aber unter den Auslauf einer Nutzwasserleitung gesetzt, die sich unter einem Überdrucke von 48 *m* befindet.

Derart werden die verbrauchten Moormengen sofort weggewaschen und wie unter der Gewalt eines Platzregens aus dem Umkreise des Badehauses abgeschwemmt. Dieser Moorsumpf beseitigt überdies die mit der Aufstapelung der verbrauchten Moorbäder engverknüpfte Verunreinigung der Ablagerungsstätten und schafft, was gleichzeitig von unschätzbarer Bedeutung für die hygienische Erziehung des Bedienungspersonales und für den moralischen Ruf der Anstalt selbst bleibt, die Gelegenheit, einen Moorhof und eine Moorküche von skrupulöser Sauberkeit zu erhalten und selbst im buntesten Getriebe der Hochsaison sämtliche Fahrbahnen und Manipulationsräume dem ununterbrochenen Verkehre des Kurpublikums frei zu halten. Vorzüglich wird derart die sicherste Selbstkontrolle über die Stichhaltigkeit der weitverbreiteten Verdächtigung eines Mißbrauches mit wiederverwendeten Moorbädern jedem Badegaste anheimgegeben.

Die infolge dieser Vorkehrungen erzielten Potenzierungen der Moorbäderwirkungen bzw. die aus diesen Neuerungen fließenden Verschiebungen der Heilanzeigen seien hier nur auszugsweise in den Schlußsätzen reproduziert.

Demnach charakterisieren sich die Moorbäder als Vasomotorenmittel, die ausnahmslos während einer Badedauer von 40 Minuten blutdruckreduzierende Erscheinungen auslösen.

Auch erweisen sich die Moorbäder als Herzmittel, die das Pulsvolumen vergrößern und während einer Badedauer von 20 Minuten in den Wärmegraden unter 39° C mäßig die Schlagfolge des Herzens verlangsamen, dasselbe schonen, über diese Zeit und über diese Temperaturen hinaus den Rhythmus des Herzens öfter beschleunigen und die Arbeit des Herzens steigern, dasselbe üben.

Weiters greifen die Moorbäder als hämodynamische Potenzen ein, indem sie durchwegs Temperaturzunahmen oder wärmesteigernde Tendenzen auslösen und die Resultierende aus ihren vasomotorischen und kardialen Einflüssen eine Steigerung der Blutbewegung hervorruft.

Schließlich setzen sich die Moorbäder als blutregenerierende Werte durch, indem sie die Atmung vertiefen und während der gesteigerten Blutbewegung arterialisierend wirken, somit die Blutmassen umbilden, und durch die reaktiven Dauerwirkungen die flüssigen Nährstoffe, bei zureichender Verwendungsdauer hingegen auch das Zellen- und Gewebsleben umgestalten.

Literatur: A. Loebel, Zur Technik und Wirkung der strömenden Kohlensäurebäder, Vortrag am XXV. Balneologenkongresse in Aachen. Die Moorbäder und deren Surrogate, Wien 1890. Die Behandlung der Arteriosklerose mit Moorbädern, Vortrag am XXI. Balneologenkongresse in Frankfurt am Main. Beitrag zur Wirkung der Moorbäder bei Herzmuskelerkrankungen, „Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.", 1902. Die blutdruckreduzierenden Werte der Moorbäder, Vortrag am XXIV. Balneologenkongresse in Berlin. Studien über die Wirkungen der Moorbäder, „Therap. Monatshefte", 1904, II 3 u. 4.

Zur Therapie der Gonorrhöe.

Von Regimentsarzt **Dr. Fischer** in Lobzów.

Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, daß bei sorgfältigster Behandlung eines Harnröhrentrippers, trotz strengster Bettruhe und Diät, die gefürchteten Komplikationen, wie Nebenhodenentzündung und Blasenkatarrh, auftreten können. Man könnte sagen, gerade durch sorgsamste Pflege, denn es scheint mir bisher viel zu wenig betont worden zu sein, daß bei Schonung, insbesondere Bettruhe und Diät gleich vom Beginne der Erkrankung an, diese Komplikationen immer nur durch die gegen das Leiden angewandten Injektionen oder Ausspülungen erzeugt werden. Das muß genau konstatiert werden. Da es jedoch bisher kaum möglich war, eine bestehende Blennorrhöe der Harnröhre nur durch interne Medikation zur Heilung zu bringen, wollte man von den Injektionen nicht Abstand nehmen. Ich glaube aber, daß nunmehr, bei der so günstigen Einwirkung gewisser Balsamika, insbesondere des Sandelöls (Gonosan), auf die Tripperkrankung, von Injektionen und Spülungen Abstand genommen werden kann. Will jemand trotz allem der Adstringentien bei der Tripperbehandlung nicht entraten, so möchte ich ihm folgendes Verfahren empfehlen, bei welchem die genannten Komplikationen nicht entstehen können:

Das Orificium wird mit Daumen und Zeigefinger zum Klaffen gebracht und 1—2 Tropfen einer Sublimatlösung 1 : 1000, oder von Collyr. adstr. luteum oder Protargollösung eingeträufelt; öffnet man sodann durch analogen Druck mit den beiden Fingern die Urethra auch unterhalb, so verteilen sich die Tropfen durch die ganze Harnröhre, wie ein Brennen in den unteren Partien beweist. Diesen Vorgang kann man beliebig oft im Tage nach einer Harnentleerung wiederholen. Das Fazit ist, daß die Injektionen und Spülungen wegen der Gefahr der Erzeugung von Blasenkatarrh und Nebenhodenentzündung entfallen könnten und die Therapie einer frischen Gonorrhöe bestände dann in folgendem: Möglichste Schonung, wenn möglich als Nahrung eine Woche hindurch nur trockene Semmeln, Getränke möglichst vermeiden, als solche nur Milch zur Durststillung, innerlich Gonosan oder Urotropin.

Referate.

Sonnenburg (Berlin): **Zur Verständigung in der Behandlung der akuten Perityphlitis.**

Auf Grund langjähriger Beobachtung hat Verf. seine Ansicht über die Indikation zur Perityphlitisoperation geändert und nimmt jetzt eine vermittelnde Stellung zwischen den radikalen, die jeden Fall sofort operieren, und denjenigen Operateuren, die das akute Stadium abgewartet wissen möchten, ein („Archiv f. klin. Chirurgie", Bd. 74, Nr. 4). Es gibt Fälle, die von Anfang an lokal begrenzt verlaufen, es bildet sich bald ein Tumor in der Ileozökalgegend aus, während das übrige Peritoneum gar nicht mitbeteiligt ist; diese Fälle werden durch interne Behandlung geheilt und Verf. sieht daher von der operativen Behandlung dieser Gruppe, die die größte Zahl der Appendizitisfälle ausmacht, im Anfalle ab. Wenn Rezidive kommen, sind die Fälle im Intervalle zu operieren. Hingegen gibt es eine Anzahl von Fällen, die von Anfang an unter stürmischen Erscheinungen auftreten und eine diffuse Mitbeteiligung des Peritoneums zeigen; es sind dies die Fälle, die von manchen Autoren die mittelschweren und schweren genannt werden und die unter die von Sonnenburg aufgestellte Gruppe „der akuten Gangrän mit oder ohne Perforation des Wurmfortsatzes" fallen. Bei diesen Fällen zeigt sich recht deutlich, welchen Segen die operative Therapie bringt. Je früher diese Fälle operiert werden, desto günstiger ist der Erfolg; in den ersten 24—48 Stunden sind die Resultate glänzend, schlechter sind die Erfolge am dritten Tage, noch ungünstiger am fünften Tage nach Beginn des Anfalles. Verf. rät daher dringendst, die Operation in diesen Fällen in den ersten 24—48 Stunden auszuführen. Es beginnt

sich übrigens sowohl bei den Ärzten wie bei den Laien die Sitte einzubürgern, gerade zu diesen stürmisch verlaufenden Fällen sofort den Chirurgen und nicht den Internisten zuzuziehen, was eine weitere Besserung der Resultate verspricht. ERDHEIM.

F. BERNDT (Stralsund): **Leukozytenzählung und Frühoperation bei Epityphlitis.**

Als Resultat der vorliegenden Mitteilung ergibt sich folgendes („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 51): Für die Unterscheidung zwischen schweren und leichten Fällen von Epityphlitis besitzen wir in dem Verhalten des Pulses ein ausschlaggebendes Moment, das um so wichtiger ist, als es früher und regelmäßiger als alle übrigen Symptome in die Erscheinung tritt. Finden wir unmittelbar nach Einsetzen der ersten Erscheinungen (Schmerz, Erbrechen, Übelkeit) eine Pulszahl von 100 und darüber, so liegt der dringende Verdacht einer schweren Erkrankung vor. Der Kranke ist deshalb dauernd zu beobachten, der Puls stündlich zu kontrollieren. Bleibt die Pulszahl im Laufe der folgenden 6—12 Stunden in derselben Höhe oder steigt sie, so ist eine sofortige Operation dringend geboten, weiteres Abwarten direkt gefährlich. Die Operation im frühesten Stadium ist, von einem sachkundigen Chirurgen ausgeführt, als ungefährlich zu bezeichnen. Die Leukozytenzahl war in allen Fällen von BERNDT erhöht. Für die Fälle, die erst einige Zeit nach Beginn des Anfalls in ärztliche Behandlung kommen, ist ebenfalls die Pulsfrequenz ausschlaggebend. Eine Pulszahl von über 100 mahnt zu sofortiger Operation, an welchem Erkrankungstage sich der Kranke auch befinden mag. Verf. schließt seine Arbeit mit dem Wunsche, daß sie dazu beitragen möge, der Operation im frühesten Stadium der Epityphlitis weitere Verbreitung zu verschaffen. Nur dadurch werde es uns gelingen, die Mortalitätsziffer dieser Erkrankung auf ein Minimum herabzudrücken. B.

MARTINECK (Berlin): **Das FICKERsche Typhusdiagnostikum und die technische Ausführung der GRUBER-WIDALschen Reaktion in der Praxis.**

Verf. zeigt, wie sich jeder Arzt eine genügende Menge klaren Serums verschaffen und damit auf ebenso einfache und doch einwandfreie Weise die GRUBER-WIDALsche Reaktion ohne ein großes Instrumentarium jederzeit anstellen kann („Deutsche militärärztl. Zeitschr.", 1904, Nr. 10). Zur Blutentnahme verwendet er kleine Spitzgläschen aus gewöhnlichem rohen Glas, von 6—7 *mm* Durchmesser und 2·2—2·4 *cm* Höhe (einschließlich der etwa 1 *cm* langen Spitze). Das Spitzgläschen ist an einer Seite ausgebaucht. Das Blut läßt man an der Innenwand des schräg — fast wagerecht — gehaltenen Röhrchens hinabfließen, wobei man genau darauf zu achten hat, daß das Blut nur an einer Stelle der Innenwand hinabfließt, und zwar an der ausgebauchten Wandung. Es muß jedenfalls vermieden werden, daß die einfallenden Bluttropfen auf den oberen Gläschenrand oder auf die Innenfläche der gegenüberliegenden Wand auftreffen. Die Blutentnahme erfolgt am besten und bequemsten aus einem Ohrläppchen, das durch eine Lanzette am unteren Rande eingeschnitten wird. Man faßt das betreffende Ohr an der Wurzel des Ohrläppchens, ohne letzteres selbst zu fassen, komprimiert und schneidet jetzt an dem nunmehr am tiefsten liegenden Punkte des unteren Ohrläppchenrandes mit der Lanzette ein. Nun läßt man, ohne die Stellung der komprimierenden Finger im geringsten zu ändern, das Blut heraustropfen. Ist das Spitzgläschen bis zu $^3/_4$ seines Inhalts gefüllt (es gehören dazu je nach der Größe 8 bis 12 Tropfen), so wird es wagrecht, mit der die Blutstraße enthaltenden bauchigen Fläche nach unten, hingelegt und bleibt so lange liegen, bis das Blut festgeronnen ist, also beim Versuch, das Gläschen zu drehen oder aufzurichten, nicht von der Stelle gleitet. Das dauert etwa 3—5 Minuten. Nun werden diese kleinen Spitzgläschen in größere, ebenfalls aus gewöhnlichem Glase hergestellte Spitzgläschen hineingetan. Die größeren Spitzgläschen, von 4—5 *cm* Höhe und etwa 1 *cm* Durchmesser, dienen nachher zur Anstellung der GRUBER-WIDALschen Reaktion. Vor dem Einschieben der kleinen Spitzgläschen in die großen legt man in letztere zweckmäßig etwas Watte hinein; dadurch wird ein Aufschlagen der kleinen Spitzgläschen vermieden, außerdem aber kommen sie in dem großen Spitzglase so hoch zu liegen, daß beim Zukorken des letzteren der Kork gleichzeitig den oberen Rand des kleinen Spitzgläschens bedeckt. Auf diese Weise ist nun die Blutprobe wohlverpackt und transportfähig. In diesen Blutentnahmeröhrchen scheidet sich nun in der Regel schon nach 2—3 Stunden, manchmal schon nach $^1/_2$—1 Stunde, klares Serum in ausreichender Menge ab, und zwar in der Weise, daß es, ohne von einer Schicht geronnenen Blutes bedeckt zu sein, frei und leicht erreichbar zutage liegt. Nun folgt die Herstellung der Serumverdünnung 1 : 10. Es werden in eines der großen Spitzgläser (I) zwei Tropfen Serum getan, dazu kommen 18 Tropfen der physiologischen Kochsalzlösung; die Flüssigkeit wird dann entweder durch mehrfaches Aufziehen mittelst der Pipette oder durch Schütteln nach Aufsetzen eines Korks ordentlich gemischt und die Serumverdünnung ist fertig. 4 Tropfen davon in ein Spitzglas (II), 2 Tropfen in ein Spitzglas (III); zu Spitzglas II 16, zu Spitzglas III 18 Tropfen des FICKERschen Diagnostikums, und die beiden Verdünnungen 1 : 50 und 1 : 100 sind fertiggestellt, d. h. die Reaktion ist angesetzt. B.

LAUNAY (Paris): **Doppelte Herzwunde durch eine Kugel; Naht; Heilung seit zwei Jahren; Tod durch Abdominaltyphus.**

Ein 26jähriger Mann hatte sich vor zwei Jahren eine Kugel in die Herzgegend geschossen („Presse méd.", 1904, Nr. 93). Als Verf. ihn $3^1/_2$ Stunden später sah, bestand ein reichlicher Erguß im Herzbeutel und linken Pleuraraum. Das Herz wurde durch die Thorakotomie nach Eröffnung der linken Pleura freigelegt. Man fand eine Wunde vorn am linken Ventrikel in der Nähe der Herzspitze und eine zweite Wunde hinten an demselben Ventrikel in der Nähe der Basis. Die beiden Wunden wurden ohne große Schwierigkeit mit Katgut genäht; dann wurden Perikard und Pleura, nachdem das flüssige und geronnene Blut aus ihnen entfernt war, drainiert. Das Projektil war nicht zu finden; eine später vorgenommene Radiographie zeigte, daß es in der Nähe der Wirbelsäule seinen Sitz hatte. Pat. erholte sich rasch und befand sich wohl bis zum Dezember 1903, zu welcher Zeit er sich einen Typhus zuzog, der ihn am 52. Tage hinraffte, 23 Monate nach der Operation. Die Sektion des Herzens ließ den Schußkanal genau studieren. Schief in die vordere Wand des linken Ventrikels eingedrungen, hatte die Kugel schräg die dicke Wand des Ventrikels durchbohrt um nach Zerreißung des Endokards und einer sehr dünnen Schicht des Myokards nach einem Weg von $2^1/_2$ *cm* Länge von neuem das Myokard schräg zu durchbohren; sie war dann am Ansatz der Mitralklappe nach außen gelangt. Die Narbe hat also noch nach zwei Jahren dem Blutdruck Widerstand zu leisten vermocht. BRAUN.

CHOREZEW (St. Petersburg): **Vergleichende Untersuchung der Öl- und Wassertropfen.**

Verf. hat vergleichende Untersuchungen über die Wirkung der Öltropfen der Alkaloide Atropin, Physostigmin, Kokain und deren Salze, Atropinum sulfuricum, Eserinum salicylicum und Cocainum muriaticum angestellt und ist dabei zu folgenden Resultaten gelangt („Russki Wratsch", 1902, Nr. 44): 1. Die subjektiven Empfindungen, welche das mit Alkohol gereinigte und nicht gereinigte Öl verursacht, sind gleich. 2. Öltropfen der Alkaloide bewirken eine Reizung des Auges, die bei Anwendung von Wassertropfen der Salze derselben Alkaloide geringer ist oder überhaupt fehlt. 3. Eine Öllösung des Atropins wird in 2—7 Tagen trübe (je nach der Konzentration) infolge von Ausfallen des Alkaloids, das bei Erwärmung sich wieder löst, aber rasch wieder ausfällt; eine Öllösung des Physostigmins erfährt keine Änderung; dagegen verliert eine Öllösung des Kokains mit der Zeit ihre schmerzstillende Wirkung. 4. Das Hornhautepithel wird durch diese Lösungen nicht verändert. 5. Das Öl dringt durch die Hornhaut in das Augeninnere nicht ein. 6. Die in Öl gelösten Alkaloide üben ihre physiologische Wirkung auf das Auge in der Weise aus, daß sie von den Tränen ausgewaschen werden und dann schon in Form von wässerigen Lösungen in das Augeninnere treten; infolgedessen hängt der Grad der Wirkung der Öllösungen der verschiedenen Alkaloide

von dem Grade ihrer Lösbarkeit im Wasser und folglich in der Tränenflüssigkeit ab. 7. Die Wirkung einer Öllösung von reinem Atropin auf das Auge (Erweiterung der Pupille und Lähmung der Akkommodation) ist stärker als die des wässerigen von Atropinum sulfuricum. Die Ursache ist die starke Adhärenz des Ölmediums und die leichte Löslichkeit des reinen Atropins im Wasser. 8. Die Wirkung einer Öllösung von reinem Physostigmin auf das Auge (Verengerung der Pupille und Krampf der Akkommodation) ist schwächer, als die des wässerigen Eserinum salicylicum; Ursache: schwere Lösbarkeit des Physostigmins im Wasser, während die starke Adhärenz des Ölmediums seine Lösbarkeit nicht zu steigern vermag. 9. In praktischer Beziehung hat Atropin in Öllösung vor wässeriger Lösung keine Vorzüge; dagegen wirkt das Physostigmin in Öllösung in manchen Fällen von Glaukom günstig, während es in anderen Fällen eine stärkere Reizung bewirkt als wässeriges Physostigmin. 10. Die Öllösung des reinen Kokains steht in ihrer schmerzstillenden Wirkung dem wässerigen Cocainum muriaticum nicht nach, während sie hinsichtlich der Herabsetzung der Sensibilität bei Berührung dasselbe sogar übertrifft; bei Operationen ist sie aber unbequem, weil sie den Kranken, die Instrumente, den Operateur etc. beschmutzt. — Alles in allem gelangt CHOREZEW zu dem Schluß, daß das Öl als Konstituens für Augentropfen das Wasser nicht zu ersetzen vermag und daß solche Öltropfen, denen wenig Vorteile zukommen, aber viele Mängel anhaften, sich in die Praxis nicht Eingang verschaffen werden. L—y.

FRANZ KUHN (Karlsruhe): **Desinfektion der Gallenwege und innere Antisepsis.**

Jede Galle, die aus einer Gallenfistel stammt, zeigt eine stets fortschreitende Gärung, die bei einer Versuchsanordnung wie der gewählten zu einer Ausgärung eines Probegläschens nach längstens 60 Stunden, meist schon nach 24—36 Stunden, führt. Galle, die nach Gebrauch unserer Medikamente abgeschieden ist, gärt wesentlich weniger und sistiert ihre Gärung bei einem gewissen Punkte, der von Art und Menge des Medikamentes abhängig ist, vollständig. Die Wirkung der Medikamente in der Galle tritt erst nach 1—2 Tagen deutlich hervor, entsprechend dem Gange der Resorption. Ebenso bleibt die Wirkung in der abgeschiedenen Galle länger geltend, als das Medikament gegeben wird, entsprechend der verzögerten Ausscheidung aus dem Körper, die ganz entsprechend auch im Urin auf chemischem Wege verfolgbar ist (im Mittel 5—6 Tage für Salizylsäure). („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 33.) Das beste Mittel für die entzündlichen Vorgänge in den Gallenwegen ist die Salizylsäure und ihre Salze. Über die beste Kombination und Darreichung behält sich KUHN weitere Angaben vor. B.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Breslau.

A. NEISSER und **C. SIEBERT** (Breslau): **Über die Verwendung der Kalomelolsalbe („Unguentum Heyden") zu antisyphilitischen Schmierkuren.**

Kalomelol ist ein von der von Heydenschen Fabrik, Radebeul-Dresden, hergestelltes kolloidales Kalomel in Gestalt eines weiß-grauen feinen Pulvers, so gut wie geschmack- und geruchlos, unlöslich in Alkohol, Äther, Benzol, löslich in kaltem Wasser ungefähr im Verhältnis von 1:50: es bildet dann eine milchähnliche kolloidale Lösung. Das Kalomelol löst sich ferner sowohl in nicht zu konzentrierten Salzlösungen, wie auch in Eiweißlösungen, in Blutserum usw. Seine Reaktion ist eine neutrale. Aus wässerigen Lösungen wird es durch Zusatz von Säuren ausgefällt, beim Neutralisieren aber wieder gelöst. Das Kalomelol ist frei von Sublimat und enthält 75% Kalomel und 25% Eiweißstoffe, was einem Gehalt von 66% Quecksilber entspricht („Med. Klinik", 1905, Nr. 1). Die Kalomelolsalbe oder „Unguentum Heyden" wird als fertiges Produkt von der oben genannten Fabrik in den Handel gebracht. Die Salbe enthält 30% Quecksilber, also etwa 45% Kalomelolpulver. Die Salbe läßt sich auf der Haut leicht verreiben und hinterläßt auf derselben einen kaum sichtbaren weißen Überzug. Eine Verunreinigung der Wäsche findet nicht statt. Mit dieser Salbe sind, nachdem vorher eine Anzahl Tierversuche vorgenommen worden waren, nun in der Klinik bei stationären Kranken, wie auch in der Privatpraxis Behandlungen vorgenommen worden. Es sind im ganzen 54 Fälle (25 Männer und 29 Frauen) behandelt worden mit in Summa 1153 Inunktionen. Bei 52 Patienten lagen sekundär-syphilitische Erscheinungen vor, zweimal handelte es sich um gummöse Prozesse. Die Einzeldosis jeder Inunktion schwankte zwischen 5 und 10 *g*. Zuletzt haben Verff. regelmäßig 8 oder 10 *g* zur Anwendung gebracht. 11 Fälle zeigten eine auffallend schnelle Beeinflussung der Erscheinungen; auch Plaques im Munde, Condylomata lata ad genitalia schwanden, obgleich tatsächlich bei allen behandelten Fällen eine lokale Behandlung der Erscheinungen (im Munde, an den Genitalien) vermieden wurde, prompt und schnell. Bei 37 Fällen verschwanden die Erscheinungen im Laufe der Kur, die durchschnittlich 30 Einreibungen umfaßte. 6 Fälle zeigten eine so geringe Beeinflussung, daß zu Injektionen oder Inunktionen mit Ungt. hydrarg. ciner. geschritten wurde. Reizerscheinungen der Haut (Follikulitiden usw.) wurden niemals beobachtet. Bei zwei Fällen wurde ein Hg-Exanthem beobachtet und bei vier Fällen eine leichte Stomatitis. Diese klinischen Beobachtungen schienen also mit ihren durchaus befriedigenden Ergebnissen für eine Verwendbarkeit der Kalomelolsalbe bei der Syphilisbehandlung zu sprechen. Die Wirkung war keine auffallend „akute", aber der milder Injektionen (Salizyl- und Thymol-Hg) oder mäßiger gewöhnlicher Schmierkuren (mit etwa 3·0 Ungt. ciner.) entsprechend. Die Hg-Aufnahme in den Körper ließ sich im Urin nachweisen. Es wurden auch Versuche mit interner Verabreichung gemacht, erst an Tieren, dann an Menschen. Verff. beobachteten aber fast stets Reizerscheinungen des Magens (Erbrechen) und des Darms, so daß sie sehr bald diese Versuche sistierten. Ebenso ergab die subkutane und intramuskuläre Injektion von Kalomelollösungen ein Resultat, das zu weiteren Versuchen nicht ermunterte. Dagegen zeigten sowohl Kalomelolsalbe als auch das Kalomelol, als solches als Streupulver angewandt, eine prompte Wirkung auf lokale syphilitische Erscheinungen. Ulzeröse und impetiginöse Syphilide mit Kalomelolsalbe verbunden, epithelisierten auffallend schnell. Ferner ließen sich nässende Papeln an den Genitalien und am After prompt und schnell sowohl durch Bestreichen mit Kalomelolsalbe als auch durch Bestreuen mit Kalomelolpulver beseitigen. Es empfiehlt sich, einen Puder folgender Zusammensetzung: Kalomelol 5·0, Zinc. oxyd., Amyl. ana 2·5, zu verwenden. L.

WOLFGANG WEICHARDT (Berlin): **Über das Ermüdungstoxin und -antitoxin.**

Verf. kommt („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 48) auf Grund von exakten, an Meerschweinchen und Kaninchen vorgenommenen experimentellen Untersuchungen zu folgenden Schlußsätzen: Funktionierende Muskeln der Warmblüter bilden außer den schon bekannten, chemisch definierbaren Abbauprodukten ein Toxin, welches mittelst der Dialyse von ersteren gereinigt werden kann. Dieses durch die Muskelbewegungen entstandene Toxin bewirkt Ermüdung des betreffenden Tieres, größere Anhäufung des Ermüdungstoxins unter Temperaturabfall, Sopor und Autointoxikationstod. Injiziert, bewirken frische, ermüdungstoxinhaltige Präparate in geringen Dosen Ermüdung, in größeren unter Temperaturabfall Sopor und Tod unter ähnlichen Erscheinungen wie beim Ermüdungsautointoxikationstode. Ermüdungstoxin kann im Leichnam getöteter, unermüdeter Tiere in der Regel nicht oder nur spurenweise als das Produkt heftiger Todeszuckungen nachgewiesen werden. Daher bleiben Tiere, denen dialysiertes, von indifferentem Eiweiß befreites Muskelplasma nicht ermüdeter Tiere injiziert wird, in der Regel frisch und munter. Das Ermüdungstoxin hat die Eigenschaften eines echten Toxins: es ist nicht dialysabel und bewirkt, wenn es in größerer Menge bei Tieren in die Blutbahn gelangt, Bildung ungewöhnlicher Quantitäten eines spezifischen Antitoxins. Ermüdungstoxin und -antitoxin sättigen sich im Körper und in vitro vollständig ab, und zwar, wie es den Anschein hat, nach dem Gesetze der Multipla. Doch nimmt das Ermüdungsantitoxin den Bakterienantitoxinen gegenüber

wegen seiner leichten Dialysierbarkeit eine Sonderstellung ein. Dieser leichten Dialysierbarkeit entspricht die leichte Resorptionsfähigkeit des Verdauungstraktes für das Antitoxin. Während das Ermüdungstoxin bei gewöhnlicher Aufbewahrung überaus schnell atoxisch wird, ist das Antitoxin haltbar. Das Ermüdungsantitoxin besitzt daher die Eigenschaften eines dem Organismus adäquaten Analeptikums.

GRÜNBAUM.

W. H. EYRE (London): **Zur Verbreitung des Bacillus coli in der Natur.**

Bis vor wenigen Jahren galt der Nachweis von Bacterium coli als völlig sicherer Beweis einer Verunreinigung mit menschlichen Fäzes. Verf. hat nun durch einige Jahre hindurch den Darminhalt verschiedener Säugetiere, Vögel und Fische auf Kolibazillen untersucht („The Lancet", 1904, Vol. I, Nr. 10). Stets gelang es ihm, Kolibazillen im Darminhalt dieser Tiere nachzuweisen. Dadurch erscheint die Unhaltbarkeit der Annahme, die Gegenwart von Kolibazillen stets durch eine Verunreinigung mit menschlichen Fäzes zu erklären, klar erwiesen.

J. St.

RUBEŠKA (Prag): **Über operative Behandlung von Uterusmyomen.**

Verf. empfiehlt eine operative Behandlung aller Uterusfibrome, welche gewisse Beschwerden verursachen oder progressiv wachsen. Er zieht die vaginale Operation der abdominalen und die partielle, die den Uterus und seine Funktionen konserviert, der radikalen vor. Ist eine radikale Operation indiziert, so zieht er die vaginale Hysterotomie, und im Falle abdominaler Amputation die supravaginale Amputation der totalen Hysterotomie vor, weil jene die Scheide intakt und zur Kopulation geeigneter läßt, was bei jüngeren und verheirateten Frauen sehr auf die Wagschale fällt. („Sbornik klinický", Bd. 6, H. 1.)

STOCK.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Technik der Mastdarmresektion** auf sakralem Wege mit primärer Zirkularnaht und Vereinigung durch Prima intentio erörtert TAVEL („Arch. prov. d. Chir.", September 1904). Bei Mastdarmkrebs, mag er ringförmig oder oval gebildet, unter- oder innerhalb des Bauchfells oder an der Grenzlinie gelegen sein, ermöglicht die sakrale Methode die exakte Resektion und die Zirkularnähte, sofern die Geschwulst noch beweglich ist. Die mit Sorgfalt und streng aseptisch ausgeführte Darmnaht schließt sich in der Regel per primam; schwieriger gelingt dies mit der Hautnaht, doch hat TAVEL auch dies in zwei Fällen erreicht. Die Abtragung des Steißbeins und des unteren Teiles des Kreuzbeins hat keine unangenehmen Folgen, die Infektion des Rückenmarkkanals ist nicht zu befürchten, der Sphinkter und seine Innervation bleiben unversehrt, so daß in allen auf diese Weise operierten Fällen keine Inkontinenz eintrat, außer in einem Falle, wo eine Sakralfistel unvorhergesehenerweise sich gebildet hat. Narbenstriktur ist nicht zu befürchten, wenn die Naht per primam gemacht wird, und trat nicht einmal in dem Falle ein, wo dieselbe nicht im ganzen Umkreise gehalten hatte. Der Verband wird anfangs häufig (3mal im Tage) gewechselt, als Material zur Wundtamponade benutzt TAVEL Vioformgaze; im übrigen gibt er noch Ratschläge bezüglich Vorbereitung des Kranken zur Operation (Opiate usf.), Narkose usw.

— Die Wirkung des **Kollargol** ist nach den Erfahrungen von CREDÉ („Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung", 1904, Nr. 20) bedingt erstens durch die bakteriziden Eigenschaften des löslichen Silbers, zweitens durch seine elektro-katalytische Kraft, d. h. durch seine Eigenschaft, durch Erzielung elektrischer Ströme Oxydationsvorgänge einzuleiten, und drittens durch seine Anregung zur Vermehrung der großen Leukozyten. Die elektro-katalytische Kraft des Quecksilbers und Eisens ist eine ganz ähnliche, in ihrer therapeutischen Wirkung jedoch durchaus verschiedene von der des Silbers.

— Das **Wasserstoffsuperoxyd bei Erkrankungen der oberen Luftwege** hat M. SAENGER geprüft („Deutsche Ärzte-Ztg.", 1904, Nr. 22). Es empfiehlt sich, das von Merck in den Handel gebrachte hochprozentige (30%) Präparat anzuwenden. Dasselbe ist frei von Salzsäure und haltbar. Es wirkt vor allem blutstillend. In leichteren Fällen von Nasenbluten gelangt man zum Ziel, wenn man eine $1^1/_2$%ige Lösung (H_2O_2 [30% Merck] 5·0, Aq. dest. 95·0) in die Nase aufschlürfen oder eingießen läßt. In schweren Fällen empfiehlt es sich, einen mit einer 6%igen Lösung getränkten Tampon (H_2O_2 [30% Merck] 10·0, Aq. dest. 40·0) auf die blutende Stelle aufzutragen. Auch zur Blutstillung nach operativen Eingriffen im Kehlkopf und im Rachen war das Wasserstoffsuperoxyd stets von promptester Wirkung. Wegen seiner zugleich desinfizierenden und adstringierenden Eigenschaften hat Verf. das Mittel regelmäßig auch in der Nachbehandlung von Kehlkopf- und Rachenoperationen angewandt. Eine besonders günstige Wirkung entfaltet das Mittel auch bei Angina lacunaris. Man läßt es in etwa 6%iger Lösung mittelst Wattetampon auf die erkrankte Stelle auftupfen oder in $1^1/_2$—3%iger Lösung mittelst Zerstäubers in den Rachen einstäuben. Das Gurgeln mit verdünnter Lösung ist wenig zweckmäßig. Auch bei Diphtherie läßt sich das Mittel mit Vorteil verwenden. Für die Entfernung von Sekretansammlungen im Nasenrachenraume hält es SAENGER für zweckmäßig, schwächere Lösungen — etwa 2—3% — mittelst entsprechend gebogener Spritze hinter dem Velum hochzuspritzen. Schließlich wird Wasserstoffsuperoxyd in 1—3%iger Lösung mit großem Nutzen zu Ausspülungen bei Eiterungen der Nasennebenhöhlen verwendet.

— Zur **Behandlung der Lungentuberkulose nach LANDERER** berichtet SCHRAGE („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 44). Das Verfahren beruht auf Herbeiführung allgemeiner Leukozytose, ferner auf Erzielung einer aseptischen Entzündung um die Tuberkelherde, die zur Umwallung und Durchwachsung des Tuberkels erst mit Leukozyten, dann mit jungem Bindegewebe und jungen Gefäßen, weiterhin zur bindegewebigen Abkapselung, zur Aufsaugung der käsigen Massen, schließlich zur narbigen Schrumpfung, sowie zur interstitiellen Pneumonie führt. Zur Injektion dient das leicht lösliche zimtsaure Natrium, Hetol genannt, wobei LANDERER besonderes Gewicht auf ein chemisch reines, auf synthetischem Wege hergestelltes Präparat legte. Als solche empfahl er das von der Firma Kalle & Ko. in Biebrich a. Rh. hergestellte. Die Lösung geschieht in physiologischer Kochsalzlösung, 1—5%, je nach der benötigten Dosis, und das sehr einfache Rezept:

Rp. Natrii cinnamylici (Hetol Kalle) 1·0 (3·0 oder 5·0)
Solut. Natrii chlorati (0·7%) . . . ad 100·0
solve, filtr. exactiss., sterilis. d. ad vitr.
fusc. sign. u. s. zur intraven. Injektion.

fertigt jeder Apotheker. Verf. wendet die intravenösen Hetolinjektionen seit dem Jahre 1900 an. Zur Applikation braucht man einen kleinen Sterilisierapparat aus Nickelin ($24 \times 10 \times 8^1/_2$ *cm*), eine auskochbare Spritze mit regulierbarem Asbestkolben und mehreren Platin-Iridium-Kanülen (diese rosten nicht wie die billigen Stahlkanülen und bleiben dauernd scharf); 3 Gläser mit weiter Mündung von 10—15 *g* Inhalt für 1—3%ige Hetollösung, sowie für 0·7%ige Kochsalzlösung; letztere dient zum Reinigen von Spritze und Kanülen vor und nach jeder Benutzung. Die kleine Operation selbst gestaltet sich einfach genug: Anlegen einer elastischen Binde um den Oberarm bis zur deutlichen Füllung der Venen, Pat. hält den Kopf der Binde, Abreiben der Injektionsstelle mit Lysollösung, dann mit Äther, Füllung, Armierung und Einstellen der Spritze (auf genügende Abkühlung und auf Luftblasen achten!); Einstechen der Kanüle in die Vene und Entleeren der Spritze; Lösen der Binde (durch den Pat.); Herausziehen der Kanüle und Verstreichen der kleinen Stichwunde mit elastischem Kollodium.

— In allen Fällen von **Pneumonie** des Long Island College Hospital hat BELCHER im vergangenen Winter das Kreosotal mit günstigem Erfolg angewandt („Brookl. med. journ.", Nov. 1904). Er sah trotz der etwas niedrigen Dosierung mit ziemlicher Sicherheit bald eine Besserung im Allgemeinzustand und subjektiven Wohlbefinden der Patienten eintreten. BURTLEY und FAIRBAIRN haben Kreosotal und Duotal mehrere Jahre lang in drei Spitälern angewandt; sie erklären diese Mittel für die besten Pneumoniemedikamente, die wir besitzen. Sie kürzen den Krankheitsverlauf ab und mildern die Symptome. Wichtig ist eine frühzeitige Diagnose; bei unentschie-

dener Diagnose soll jedenfalls sofort Kreosotal in hoher Dosis gegeben werden, da man niemals damit schaden kann, ja in vielen Fällen die noch unentwickelte Krankheit kupiert.

— Die **Behandlung der Varizen** durch Ligatur und künstliche Thrombose bespricht TAVEL („Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte", 1904, Nr. 19). In Betracht kommen: 1. Die perkutane Ligatur nach SCHEDE (Knotung eines unter der Vene durchgeführten Catgutfadens über einem Gummidrain oder Wattebäuschchen); 2. die subkutane Ligatur (bei der die mit dem Catgutfaden armierte Nadel wieder durch die Einstichstelle zurückgeführt wird), und 3. die transkutane Ligatur (mit einem durch die Haut — und zwar behufs gleichzeitiger Zugänglichmachung der häufig vorkommenden Parallelvenen in querer Richtung zur Extremitätenachse — geführten Einschnitte kombiniert). Die perkutane Ligatur hat nach TAVELs Erfahrungen vor den anderen Methoden keine Vorzüge; die transkutane Ligatur kommt bei fetten Leuten, die subkutane bei mageren Individuen mit gut sichtbarer Saphena in Betracht. Ist die Ligatur gemacht, so wartet man 2 Tage, ob eine spontane Thrombose eintritt, andernfalls leitet man die künstliche Thrombosierung durch in 2—3tägigen Zwischenräumen vorgenommene Injektionen von 1—3 Spritzen 5%iger Karbolsäure in die einzeln zu behandelnden Venengebiete ein und überzeugt sich nach 8—14 Tagen, nach deren Ablauf der Kranke aufsteht, von dem Erfolg, der jetzt, wenn bei aufrechter Haltung weitere Varizen hervortreten, noch korrigiert werden kann. Üble Zufälle wurden nicht beobachtet; der Grad der durch die Injektionen verursachten Schmerzen schien sehr zu differieren.

— Über **äußerlich anwendbare Salizylpräparate** berichtet PAUL MÜLLER („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 37). Beim Mesotan, dem Methoxymethylen-Ester der Salizylsäure, wurden selbst nach Verdünnung mit den gleichen Teilen Olivenöl urtikariaartige Hautausschläge beobachtet. Diese gelegentliche Hautreizung beruht auf dem Formaldehydgehalt des Mesotans und beeinträchtigt, zusammen mit dem starken Formaldehydgeruch, die sonst gute therapeutische Brauchbarkeit des Mesotans. Beim Salit, dem Bornylester der Salizylsäure, treten ganz ausnahmsweise Hautausschläge auf. Bei der äußerlichen Anwendung des Salokreols, des Salizylsäurekreosotesters, ist bisher noch über keine unangenehmen Nebenwirkungen berichtet worden. Außer gegen rheumatische Erkrankungen wird Salokreol auch gegen Erysipel und Lymphdrüsenschwellung empfohlen. Eine 3%ige Salizylsäurelösung in Alkohol und Glyzerin empfiehlt Verf. bei Oberflächenerkrankungen der Mund- und Rachenhöhle aufzupinseln, da die bakterientötende Wirkung der Salizylsäure durch die hygroskopischen Eigenschaften von Alkohol und Glyzerin mehr zur Geltung gebracht werden.

— Die reichliche **Zuckerzufuhr bei Neurosen und Psychosen** kann nach DEMAY („Rev. d. psych.", 1904, Nr. 10) bei Mästungskuren die Mehlspeisen mit Vorteil ersetzen. Vor Einleitung der Behandlung muß der Harn auf Zucker bzw. auf alimentäre Glykosurie untersucht werden. Falls diese Proben negativ ausfallen, bekommt der Patient 100—300 *g* Zucker täglich in Wasser oder Milch. Während der Behandlung muß zeitweise nachgesehen werden, ob der Zucker im Organismus verwertet wird, bzw. ob Zucker im Harn auftritt. Für diesen Zweck genügt es, einmal in der Woche die Reaktion mit FEHLINGscher Lösung anzustellen, ebenso empfiehlt es sich, einmal in der Woche das Körpergewicht zu bestimmen. Die Zuckerzufuhr wird im allgemeinen gut vertragen, etwa auftretende dyspeptische Störungen verschwinden nach zeitweiligem Aussetzen des Zuckers bzw. Herabsetzung der Dosis. Die nach längerem Zuckergebrauch öfter vorkommende Obstipation ist nicht besonders hartnäckig und durch 0·3—0·5 *g* Cascara sagrada leicht zu beseitigen. Bei abgemagerten Patienten mit Psychosen und Neurosen, bei Hysterie und Neurasthenie in Verbindung mit Milchdiät vermag die Zuckerbehandlung gute Dienste zu leisten. Auch bei Tuberkulose leistet die Zuckerzufuhr im Verein mit rohem Fleisch und Freiluftbehandlung sehr gute Dienste. Die Gewichtszunahme kann bis zu $1/2$ *kg* pro Tag betragen. Der Zucker ist ein wertvolles Nahrungsmittel für die Muskeln und daher auch gesunden Personen, welche sich körperlichen Strapazen aussetzen müssen, zu empfehlen. Bei Epileptikern, die mit Kochsalzentziehung behandelt werden, empfiehlt es sich, dem Brot statt Salz Zucker zuzusetzen.

— Aus den Mitteilungen LICHTGARNs über **einige neuere Präparate** („Allg. Med. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 34) geht folgendes hervor: Das Dionin beeinflußt alle Erkrankungen der Respirationsorgane sehr günstig, es bewirkt Milderung des Hustenreizes, Aufhören der Brustschmerzen, Vermehrung der Expektoration, Linderung der Dyspnoe und bringt schließlich einen erquickenden, ungestörten Schlaf hervor. Die schmerzstillende Wirkung des Dionins übertrifft diejenige des Morphins und Kodeins. — Sehr befriedigend waren die Erfolge, die Verf. mit Jodipin verzeichnet hat. Bei Asthma bronchiale, chronischer Bronchitis und Emphysem erwies sich dasselbe als ein vortreffliches Ersatzmittel für Jodkalium und Jodnatrium, deren Schattenseiten ihm abgehen. Die günstige Wirkung, die das Jodipin nach Mitteilungen zahlreicher Autoren auf das Gefäßsystem ausübt, fand LICHTGARN bei einem 50jährigen, mit Arteriosklerose behafteten Manne bestätigt. Auch bei Skrofulose mit Drüsenanschwellung hat sich das Jodipin einige Male bewährt; desgleichen bei Conjunctivitis ekzematosa. — Das Stypticin gelangte vornehmlich bei Uterusblutungen zur Anwendung. Verf. konnte sich stets von seiner hämostatischen und sedativen Wirkung überzeugen. Ein vorzügliches Präparat ist die Stypticingaze, die als Ersatz für Eisenchloridwatte, z. B. nach Zahnextraktionen, oftmals gute Dienste geleistet hat.

— Das vor kaum Jahresfrist in den Handel gebrachte **Veronal**, das von EMIL FISCHER und J. V. MERING dargestellt wurde und dessen Zusammensetzung ein mit Diäthylgruppen verbundenes Harnstoffderivat „Diäthylmalonylharnstoff" ergab, hat infolge seiner bedeutenden Wirksamkeit und guter Erfolge schnell weiteste Aufnahme gefunden (FRÄNKEL, „Heilkunde", 1904, Nr. 10). Es ist ein leicht bitter schmeckendes Pulver, von weißlicher Farbe, geruchlos, das sich in heißem Wasser, Tee etc. sehr leicht, in kalter Flüssigkeit schwer löst. Ziemlich konstante Beobachtungen veranlaßten den Verf., das Veronal 0·3—0·5 mit einer ganz geringen Spur Morphium — das bei inoperablem Karzinom souveräne Mittel, 0·003—0·005 pro dosi — zu verbinden. Die Vorteile bestehen in der längeren Wirkung, die, in obiger Kombination, in 2—3maliger Dosis pro die gereicht, den ganzen Tag und die Nacht anhält. Bei dieser konstanten Veronalgabe werden die Kranken weder schlafsüchtig noch hinfällig, wie man das bei den relativ doch hohen Morphiumdosen sieht, die man nach und nach gezwungen ist, zu verabreichen, wenn man den Kranken überhaupt etwas Linderung verschaffen will. Ein Vorzug des Veronals besteht in der großen Variationsmöglichkeit. Einen Veronalismus, wie ihn LAUDENHEIMER beschreibt, hat Verf. nicht beobachten können. Die so häufig bei Säuglingen während des Zahnens und besonders bei Darmaffektionen beobachtete Unruhe, Schmerzhaftigkeit des Leibes etc. wurde durch mehrfache Eingießungen von Kamillentee, mit einer leichten Veronaldosis etwa 0·5 auf 100 *g* Wasser mit Mucilago gummi vermengt, erfolgreich bekämpft. Auch bei der idiopathischen Epilepsie hat Veronal eine gute Beeinflussung nicht nur des Schlafes gezeigt, sondern es hat sich auch bei der Bekämpfung der epileptischen Äquivalenten — als Schwindel-, Ohnmachtsgefühl, Erregungszustände — bewährt. Die Wirkung des Veronals bei der Bekämpfung von Psychosen hat Verf. nur in vier Fällen beobachten können: Zweimal Dementia paralytica, Dementia senilis und ein Fall von Delirium. Die Wirkung war immer eine gute. Die Wirksamkeit bei hysterischen Erscheinungen ist dem Morphium sehr ähnlich.

Literarische Anzeigen.

Das angeborne Kehlkopfdiaphragma. Von **Dr. Johann Fein**, Regimentsarzt in Wien. Mit 2 Tafeln und 2 Zeichnungen. Berlin 1904, Oskar Coblentz.

Das angeborne Kehlkopfdiaphragma wurde schon mehrfach zum Gegenstande von Studien und Besprechungen gemacht. Der Verf. der vorliegenden Schrift unternimmt es neuerdings, auf Grundlage von 13 fremden und 2 neuen eigenen Beobachtungen das Wesen, die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie dieser angebornen Anomalie zu besprechen und entledigt sich dieser Aufgabe in recht übersichtlicher und klarer Weise, indem er alles, was bisher an positiven Tatsachen sowohl als an Hypothesen über diesen Gegenstand in der Literatur niedergelegt wurde, zusammengestellt hat. Betreffs der

Entstehung des angebornen Kehlkopfdiaphragma teilt der Autor die Ansicht der meisten Laryngologen nicht, daß dasselbe aus der im Embryo festgestellten epithelialen Verklebung der Stimmritze hervorgehe, sondern er leitet es aus einer luxuriösen Entwicklung des mesodermalen Gewebes im Bereiche der späteren Stimmritze her; es stellt somit nach dieser Ansicht eine „Mißbildung" dar. Die Therapie kann nur eine operative sein, doch will Verf. die Operation nur in solchen Fällen ausgeführt wissen, in denen das Diaphragma Atemnot verursacht, während bloße Stimmstörungen selbst durch die Operation nicht beseitigt werden können, weil die Wiederverwachsung der getrennten Stimmbänder kaum aufzuhalten ist. Wiewohl Ref. nicht in allen Stücken mit dieser dargelegten Auffassung einverstanden ist, muß er dennoch hervorheben, daß die Schrift sehr emsig gearbeitet ist und dem Laryngologen manche Anregung bietet. Sie sei demnach den Fachkollegen bestens empfohlen — sie werden aus derselben alles über diesen Gegenstand Wissenswerte erfahren.

ROTH.

Allgemeine Biologie. Von **Prof. Dr. Max Kassowitz** in Wien. III. Band: Stoff- und Kraftwechsel des Organismus. Wien 1904, M. Perles.

Auch der vorliegende III. Band der K.schen Biologie scheint das Schicksal seiner beiden Vorgänger zu teilen: Die zünftige Literatur übergeht ihn mit Stillschweigen, und obgleich speziell der III. Band die wichtigsten Kapitel des Stoffwechsels, die Lehre vom Diabetes, die Muskelbewegung, das Fieber und die Sekretion behandelt, findet sich in der einschlägigen Literatur kaum ein Zitat. K. steht streng auf seinem rein metabolischen Standpunkt und der III. Band stellt die eigentliche praktische Nutzanwendung der K.schen Anschauungen dar. Ein merkwürdiger Zufall hat es gefügt, daß gleichzeitig mit K.s III. Band der Biologie, in welchem die Lehre vom Diabetes abgehandelt wird, PFLÜGERS Glykogenbuch erschienen ist. Große Befriedigung mag K. die Übereinstimmung seiner Diabetestheorie mit den Anschauungen PFLÜGERS gewähren, welcher ebenfalls die Lehre von der vermehrten Zuckerproduktion vertritt. Es scheint K. unbekannt geblieben zu sein, daß die Theorie der vermehrten Zuckerbildung im Diabetes speziell in Österreich schon seit Jahren eifrig vertreten wurde, u. zw. vom Referenten. Die Fülle des Materials, das in dem vorliegenden III. Bande aufgestapelt erscheint, gestattet keine Wiedergabe in einem kurzen Referate. Die Zurückführung der wichtigsten Lebenserscheinungen auf Aufbau und Zerfall des Protoplasmas ist lückenlos durchgeführt und wird gewiß auch dem Gegner K.s Bewunderung abringen. In jedem Falle wird der Fachgenosse aus der glänzenden Kritik viel lernen und in dem ideenreichen, originellen Werke reichliche Anregungen finden. Als besonders schönes Beispiel der kritischen Bedeutung K.s sei auf das Kapitel „Stoffwechselbilanzen" aufmerksam gemacht, in welchem die Frage von dem Nährwert des Alkohols diskutiert wird. Ein Kapitel, das übrigens auch großen praktischen Wert beansprucht.

R. KOLISCH.

Allgemeines über den Krebs. Von **Dr. Heinrich Mohr.** Karl Marhold, Halle a. S.

Die vorliegende Schrift bildet das erste Heft der „Medizinischen Volksbücherei", die eine Sammlung „laienverständlicher Abhandlungen" werden soll. Wenn sich die folgenden Lieferungen auf der Höhe der vorliegenden halten, dann wird die Sammlung ihren Zweck erreichen, im Publikum aufklärend und belehrend zu wirken und demselben das Vertrauen zu der medizinischen Wissenschaft und deren Vertretern, den Ärzten, wiederzugeben. Das in Rede stehende Heft enthält eine ganz vorzügliche, leicht faßliche und gemeinverständliche Darstellung des Wesens, der Entstehung und Verbreitung des Karzinoms und zeigt, wie nur eine rechtzeitige Operation allenfalls noch helfen kann, während die von sogenannten Heilkundigen oder Krebsheilkünstlern empfohlenen Verfahren ein Verbrechen gegen die Krebskranken darstellen. Verf. schließt mit den Worten: „Der Kampf gegen den Krebs ist nicht nur ein Kampf gegen die Krankheit selbst, sondern vor allem gegen Nachlässigkeit, Unwissenheit und ungerechtfertigtes Mißtrauen." Wir können der kleinen Schrift möglichste Verbreitung in weiteren Kreisen des Publikums wünschen.

Dr. S.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Korr. der „Wiener Med. Presse".)

I.

— Mitte Jänner 1905.

Wir haben wieder ein Jahr hinter uns, ein Jahr, in dem wir die schönsten Hoffnungen für unsere Zukunft gehegt und gepflegt haben. Und jetzt, da wir an der Schwelle eines neuen Jahres stehen, fragen wir uns, was wird uns wohl die Zukunft bringen? Wird die Ärzteschaft Ungarns nach langen Versuchungen und Kämpfen in den Hafen der Glückseligkeit einlaufen und wenigstens ein Existenzminimum erreichen? Die schweren Kämpfe, welche im vergangenen Jahre ein Bruchteil der Gemeinde- und Kreisärzte, sich von der Ärzteliga lossagend, aufgenommen hat, ist ein neuerer Beweis, daß auch das Existenzminimum fraglich geworden ist. Die sozialen Fragen der Ärzteschaft fanden in den letzten Jahren eine außergewöhnliche Beachtung. Große Tagesblätter, selbstredend auch die Fachblätter, befaßten sich ohne Unterlaß mit diesen Fragen, deren Erörterung bei uns so not tut. Doch die Organisation der Ärzteschaft ließ viel zu wünschen übrig. Die Organisationsbestrebungen — so sagen viele Kollegen — haben wir satt, wir brauchen handgreifliche Resultate! Und diese Kollegen haben und hätten Recht, wenn sich der Prozeß der Organisation konsolidiert hätte. Das ist aber durchaus nicht der Fall. Ein großer Teil der Ärzteschaft steht auch heute noch außerhalb der Organisation und sieht mit verschränkten Armen zu, wie ihm die wichtigsten Vorbedingungen der Existenz verloren gehen. Unter solchen Umständen ist es kein Wunder, wenn die Frage der Vereinsärzte ungelöst ist. Es haben wohl mehr als tausend Ärzte den ihnen vorgelegten Revers unterschrieben, aber es unterliegt keinem Zweifel, daß sie sich für die Lösung der Frage gar nicht interessieren. Bei einer solchen Indolenz können solche Fragen nicht gelöst werden. Ein nicht zu unterschätzendes Resultat der vorjährigen Tätigkeit ist es, daß die Pensions- und Unterstützungskasse der Liga um einen recht bedeutenden Betrag angewachsen ist. Unser spezielles Übel ist und bleibt der traurige Umstand, daß unser Parlament keine Muße findet, sich mit sanitären und ärztlichen Angelegenheiten zu befassen, obgleich der Premierminister schon für eine Regelung der Gehälter der Gemeinde- und Kreisärzte gewonnen ist. Wie wenig Sinn unsere Gesetzgeberkandidaten für sanitäre Fragen haben, zeigt der auffallende Umstand, daß die Abgeordnetenkandidaten in ihren Programmreden die Notwendigkeit der Regelung des Sanitätsdienstes mit keinem Sterbenswörtchen erwähnt haben. Und die Ärzteschaft Ungarns rührt keinen Finger! Sie wird auch diesmal nicht in der Gesetzgebung vertreten sein.

Auch über die Reform der Krankenunterstützung äußerte sich der Chef der Regierung in seiner Programmrede. Er sagte unter anderem: „Wir müssen den Arbeitern Gelegenheit geben, daß sie sich in den Fachvereinen mit allen ihren wichtigen, großen Lebensfragen, natürlich auch mit der Krankenunterstützung, befassen."

Der Ministerpräsident will demnach die Fachvereine und nicht die Krankenkassen reformieren und sie nach dem Muster der „Trades union" umgestalten. Dagegen dürften die Fachvereine, die Arbeiter und die Arbeitgeber protestieren.

Das Jubiläum des Kehlkopfspiegels, das binnen kurzem in London gefeiert wird, besitzt für die Wiener und Pester Universität besonderes Interesse, weil die Methode der Laryngoskopie vor einem halben Jahrhundert von TÜRCK (Wien) und CZERMAK (Pest) zu ihrem Siegeszuge geführt wurde. Der eigentliche Erfinder des Kehlkopfspiegels DON MANUEL GARCIA hat wohl die Anregung zur Begründung der Laryngoskopie gegeben, aber TÜRCK und CZERMAK war es vorbehalten, den Kehlkopfspiegel für medizinische Zwecke und die ärztliche Praxis dienstbar zu machen. Wenn also GARCIA gefeiert wird, darf man TÜRCK und CZERMAK nicht vergessen.

Das neue Universitäts-Krankenhaus wird auf dem Gebiete des botanischen Gartens erbaut werden, so daß die 2. Geburts und gynäkologische Klinik, welche sich hier befindet, einen ergänzenden Teil des Krankenhauses bilden wird. Der gegenwärtige botanische Garten entspricht seiner Lage nach, und besonders mit Rücksicht darauf, daß er von den Universitätsanstalten und den hauptstädtischen Spitälern nicht entfernt ist, vollkommen den Zwecken des allgemeinen Krankenhauses.

Der hiesige Universitätssenat schreibt drei Preise (300, 200, 100 Kronen) auf eine Flugschrift aus, die in volkstümlicher Weise die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und ihre Vermeidung behandeln soll. Die Flugschrift soll für die Universitätshörer berechnet sein und den Zweck vor Augen halten, daß sie sich gegen Geschlechtskrankheiten, so weit es möglich ist, schützen lernen und daß sie Vorkämpfer jener Bewegung werden, die sich gegen das Umsichgreifen derselben richtet. Bl.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XVI.

Abteilung für Chirurgie.

HEILE (Breslau): Über intravitale Beeinflussung autolytischer Vorgänge im Körper.

Vortr. zeigt, daß wir die physiologische Heilwirkung des Körpers durch seine autolytische verdauende Fermentwirkung unterstützen können bei der Behandlung tuberkulöser Abszesse durch Jodoformglyzerineinspritzung, bei der Rückbildung von Neubildungen etc. durch Röntgenbestrahlung. Wir bringen auf diese Weise nicht nur lokal die Enzyme der Zellen, der Neubildung etc. zur Wirkung, sondern es läßt sich auch durch lokale Leukozytose eine Anhäufung der interzellulären Enzyme bewirken. Nach der Einspritzung mit Jodoform bekommt der tuberkulöse Eiter verdauende Eigenschaften und die Größe seiner Purinbasen wird um das Dreifache vermehrt. Nach der Röntgenbestrahlung sieht man experimentell eine Steigerung der selbstverdauenden Wirkung der bestrahlten Organe, und die Größe der Strahlenwirkung sieht man an den Kranken, an der vermehrten Ausführung von Harnsäure und Purinbasen im Urin. Die Ausscheidung der Harnsäure und Purinbasen ist nach Bestrahlung lymphoider Organe (leukämische Milz, maligne Lymphome etc.) am größten, so daß deren schnelle Rückbildung erklärlich wird, sie ist aber auch deutlich bei Bestrahlung anderer Organe (Knochen etc.), so daß hieraus auch eine eventuelle Besserung von Gelenkaffektionen (Steifigkeiten etc.) verständlich wird. In der Größe der Ausscheidung der Harnsäure und Purinbasen sehen wir einen Maßstab für die Wirksamkeit der Röntgenstrahlen.

GOEBEL (Breslau): Über Blasentumoren bei Bilharziakrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Karzinoms.

Goebel demonstriert eine große Zahl von Photographien und Präparaten, die nach Invasion des Bilharziawurmes entstandene Blasenpapillome und andere Tumoren der Blase darstellen, die einem Karzinom in allen Beziehungen ähnlich sind. Ein besonderes Präparat zeigt den männlichen und weiblichen Bilharziawurm. Fünfmal hat Verf. neben dem Karzinom der Blase leukoplastische Veränderungen gefunden. Wie weit diese ein Prodromalstadium des Karzinoms darstellen, will er nicht mit Sicherheit entscheiden.

HOFFA (Berlin): Über neue Methoden der Reklinationsbehandlung der Spondylitis.

Vortr. erläutert an Tafeln und Instrumenten die bekannten und von ihm in Amerika beobachteten Verfahren der Reklinationsbehandlung der Spondylitis und kommt zu dem Schlusse, daß die Bauchlage am besten bei tiefsitzenden, die sitzende Haltung besser für hohe Spondylitis anzuwenden ist.

LUDLOFF (Breslau): Über Frakturen der Halswirbelsäule.

Vortr. betont die Notwendigkeit der unter Umständen zahlreichen Röntgenaufnahmen, die notwendig sind, um eine Fraktur der Halswirbelsäule sicher zu diagnostizieren, und stellt einen Patienten vor mit Fraktur des 6. und 7. Halswirbels bei wenig äußeren Erscheinungen.

Witteck (Graz) berichtet über zwei an der Grazer Klinik beobachtete Fälle von Wirbelfrakturen, von denen der eine die Lendenwirbel betraf.

Wohlgemuth (Berlin) stimmt mit Ludloff überein in der Notwendigkeit der zahlreichen Aufnahmen der Halswirbelsäule, um eine exakte Diagnose zu stellen, und weist darauf hin, daß die meisten dieser Frakturen stets im 6. und 7. Halswirbel vorkommen. Er berichtet über einen von ihm neuerdings beobachteten Fall, der ebenfalls wenig subjektive und objektive Erscheinungen gemacht hat.

Ludloff (Breslau) demonstriert noch ein Präparat und hält es für nicht auffällig, daß alle diese „Beugefrakturen" gerade den 6. und 7. Halswirbel betreffen.

Holzknecht (Wien) empfiehlt, die Aufnahme der oberen Halswirbel durch den offenen Mund, die der unteren schräg zu machen.

MÜLLER (Rostock): Demonstration zur Gelenkpathologie.

Müller hält die traumatischen Gelenkmäuse für häufiger als die auf arthritischer Basis und erörtert die Frage mit Rücksicht auf ihre Wichtigkeit bei einem Unfallgutachten.

WITTECK (Graz): Zur operativen Therapie der seitlichen Kniegelenkverkrümmungen.

Redner beleuchtet die von Reiner auf dem vorjährigen Chirurgenkongreß empfohlene Epiphyseolyse in ihren s. E. vielen Nachteilen und wenigen Vorteilen, betont die, wenn auch erst in späteren Jahren, 10, 12 Jahre später sichtbar werdenden, aber sicheren Verkürzungen der Extremität, die erfolgt durch die trotz Reiners Erklärungen für eine gute Korrektur durchaus notwendige erhebliche Dislokation der Epiphyse. Er empfiehlt die schiefe Osteotomie. Demonstration von Photographien mit den durch die Osteotomien erreichten Resultaten. Zur Nachbehandlung ist an der Grazer Klinik mit größerem Vorteil als die Eingipsung die Bardenheuersche Extension angewendet worden.

Riedinger (Würzburg) glaubt, daß es bei den angenommenen Wachstumsstörungen nach Epiphysenlösung sich vielmehr um eine prämature Involution handelt.

Reiner (Wien) stellt die Narbenbildung und Wachstumsstörung nach Epiphyseolyse in Abrede.

RANZI (Wien): Über die blutige Behandlung der Knochenbrüche.

Krankengeschichten und Röntgenbilder, die die Vorzüge der blutigen Methode beweisen sollen.

Plücker (Wolfenbüttel) empfiehlt zur Beschleunigung der Konsolidation nach Knochennaht die Stauung.

MAX COHN (Berlin): Zur Ätiologie der Ulnarislähmung nach Ellenbogentraumen.

Kurzer Bericht über sechs einschlägige Fälle und Demonstration von Röntgenbildern.

WERNDORFF (Wien): Über die axillare Abduktion bei der Behandlung der kongenitalen Hüftverrenkung.

In den Fällen, bei denen der Femurkopf in der Pfanne nicht zu fixieren ist, abduziert er das Femur soweit, daß der Oberschenkel am Thorax, das Knie in die Achselhöhle zu liegen kommt.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

V. EISELSBERG stellt ein 20jähriges Mädchen mit einer Blutgefäßgeschwulst des rechten Os parietale vor, welche sich ins Schädelinnere fortsetzt. Pat. hat seit 2 Jahren ein Gefühl von Vollsein und leichtem Kopfschmerz beim Bücken. Der Tumor besteht aus mehreren fluktuierenden, aber nicht pulsierenden, in der Tabula externa sitzenden Knoten, die sich beim Bücken stärker füllen und durch Druck ins Schädelinnere entleeren lassen. Therapeutisch werden Exzision des Gefäßtumors und Tamponade versucht werden.

E. RANZI führt ein Mädchen aus der Klinik v. Eiselsbergs vor, welchem vor einigen Monaten zwei große Hyperostosen des linken Stirnbeins exstirpiert worden sind. Dieselben gingen von der Schädelbasis aus und erzeugten Exophthalmus sowie beiderseitige Stauungspapille. Gegenwärtig ist die letztere beträchtlich zurückgegangen. v. Eiselsberg plant nunmehr die Vornahme einer Operation zum Zwecke der Beseitigung des Exophthalmus.

RUD. KRAUS demonstriert mehrere Affen (Makaken), auf welche Syphilis überimpft worden ist. 20—27 Tage nach der Inokulation kam es zur Ausbildung einer Sklerose, die bei anthropoiden

Affen der typischen Sklerose entspricht und von Exanthem gefolgt wird, bei niederen Affen dagegen selten einen Zerfall zeigt und keine sekundären Erscheinungen herbeiführt. Das Syphilisvirus scheint also bei diesen Tieren abgeschwächt zu werden, ruft jedoch, auf anthropoide Affen überimpft, wieder eine deutliche, wenn auch etwas modifizierte Sklerose hervor. Alle Affen, welche einen Primäraffekt überstanden haben, sind gegenüber späteren Impfungen immun.

I. Neumann gibt eine historische Übersicht über die Versuche, Syphilis auf Tiere zu überimpfen, und hebt hervor, daß die Versuche die Übertragbarkeit der Syphilis auf Tiere beweisen, doch verläuft dieselbe anders als beim Menschen.

S. Ehrmann stellt einen Mann mit großen syphilitischen Lymphomen im Retroperitonealraume vor. Pat. hatte vor 5 Monaten eine Sklerose; gegenwärtig bestehen: ein papulöses Exanthem an den oberen Extremitäten, Sarcocele syphilitica, eine faustgroße Lymphdrüsenschwellung der Supraklavikulardrüsen und in der Gegend des Promontoriums ein mit der Wirbelsäule verwachsener Drüsentumor.

L. Braun erstattet eine vorläufige Mitteilung zur Frage der Adrenalin-Arteriosklerose nach Versuchen im Paltaufschen Laboratorium. Vortr. hat gefunden, daß die Adrenalin-Arteriosklerose bei Kaninchen auch dann auftritt, wenn man das Adrenalin in Kombination mit Amylnitrit intravenös injiziert und so die blutdrucksteigernde Wirkung des Adrenalins beseitigt. Damit ist die toxische Genese dieser Arteriosklerose sehr wahrscheinlich gemacht. An der Hand dieser Erfahrungen ist nach Ansicht des Vortr. ein Rückschluß auf die toxische Genese der menschlichen Arteriosklerose zulässig. Es folgt daraus unter anderem, daß man durch blutdruckherabsetzende Maßnahmen nur das Symptom der Drucksteigerung, nicht aber die Arteriosklerose selbst beeinflussen kann.

Necker demonstriert an mikroskopischen Präparaten eine gute Methode der Färbung des Harnsedimentes. Ein Tropfen frischen Harnsedimentes wird mit 1% alizarin-sulfonsaurem Natron versetzt, welches die Eiterkörperchen gelb oder violett färbt. Wichtig ist dabei, daß sich bei aus der Blase stammenden Eiterungen im Sediment plattenförmige, rotgefärbte Massen vorfinden, während dieselben bei renalem Sediment durch eine feinstreifige, gekörnte Substanz ersetzt werden. Damit ist also die Möglichkeit der Unterscheidung zwischen renaler und vesikaler Eiterung gegeben.

J. Flesch stellt einen Mann mit einem Aneurysma der Aorta thoracica vor, welches sich neben dem linken Schulterblatte hervorwölbt, nachdem es den dorsalen Abschnitt der fünften Rippe usuriert hat.

Edm. Hermann erstattet eine vorläufige Mitteilung über die Beziehungen der Mamma zur Eieinbettung. Beobachtungen und Versuche an Kaninchen haben ergeben, daß das Säugen die Involution des Uterus so sehr beschleunigt, daß die Tiere unmittelbar nach dem Wurfe trächtig werden, während die Involution des Uterus und damit die Konzeptionsfähigkeit in der Regel erst nach 20—22 Tagen eintritt.

E. Freund: Über die ersten Veränderungen des resorbierten Nahrungseiweißes.

Vortr. hat in Durchblutungsversuchen an überlebenden Organen und anderweitigen Tierversuchen festzustellen gesucht, ob die Eiweißkörper in den einzelnen Organen abgebaut werden und welche Produkte dabei entstehen. Schon vor 2 Jahren hat Töpfer aus dieser Versuchsreihe über den Abbau der Eiweißkörper in der Leber berichtet; es ergab sich, daß die Leber nur unter Zuhilfenahme des Darmtraktus imstande sei, Eiweiß abzubauen. Die weiteren Versuche haben eine Bestätigung dieses Befundes ergeben und gezeigt, daß das durch den Darm aufgenommene Eiweiß in der Leber zum Abbau gelangt, wobei es zur Bildung von Albumosen, Propeptonen und Harnstoff kommt. Auch im Hungerzustande wird durch die Pfortader der Leber Eiweiß zugeführt, welches dann abgebaut wird. Es ist also anzunehmen, daß auch im Hungerzustande Eiweiß in den Darm transsudiert, wofür auch der Umstand spricht, daß der Succus entericus im Hungerzustande Eiweißkörper enthält und daß in einer leeren abgebundenen Darmschlinge Kot gebildet wird. Die Eiweißkörper werden im Darm zu Albumosen und Peptonen zerlegt, sodann durch die Darmwand größtenteils wieder synthetisiert, schließlich der Leber zwecks Abbaues zugeführt. Die weitere Verwendung dieser Produkte hängt von der funktionellen Beschaffenheit der Organzellen ab. Bei Winterschläfern wird im Winterschlafe der Stoffumsatz durch Herabsetzung der Transsudation von Eiweiß aus dem Blute in den Darm beschränkt, im Gegensatze dazu wird bei entzündlichen Zuständen des Darms infolge der Hyperämie mehr Eiweiß in den Darm ausgeschieden.

Notizen.

Wien, 4. Februar 1905.

(Wiener med. Doktorenkollegium.) In der am 23. Januar stattgehabten wissenschaftlichen Versammlung hielt Prim. Dozent G. Lotheissen einen sehr beifällig aufgenommenen Vortrag über Diagnostik und Therapie der wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen, in welchem die diagnostische Bedeutung der technisch ausgestalteten Ösophagoskopie und die Therapie an der Hand orientierender Abbildungen besprochen wurde. — Am 30. v. M. sprach vor überfülltem Saale Hofrat Prof. Nothnagel über das Thema „Die Technik der Diagnose". Nach eingehender Erörterung der Diagnosis per analogiam, exclusionem und analysim verwies der Kliniker in lichtvoller Darstellung auf die Gefahr der diagnostischen Irrtümer, von welchen jene nicht zu entschuldigen sind, die mangels genauer Untersuchung und durch Ignoranz entstehen, auf die Mittel, jene Irrtümer zu vermeiden, auf die Notwendigkeit präziser Anamnese, ohne den Wert derselben für die Diagnose zu überschätzen, bei welcher dem Ergebnis exakter physikalischer Untersuchung die entscheidende Rolle zufalle, und illustrierte jeden Teil des meisterhaft aufgebauten Vortrages durch interessante Mitteilungen aus seiner reichen Erfahrung. Die in überaus großer Zahl anwesenden Mitglieder und Gäste des Kollegiums dankten dem allverehrten Lehrer durch reichen Beifall. — Wir werden beide Vorträge in diesen Blättern veröffentlichen.

(Wiener Ärztekammer.) In der am 31. Januar 1905 stattgefundenen Plenarversammlung wurden die vom Ehrenrate gegen die Herren Dr. Richard Singer, IV., Favoritenstraße 46, Dr. Max Fried, XVIII., Martinstraße 31, Dr. Josef Rudnik, VIII., Blindengasse 3, Dr. Julius Adler, II., Haidgasse 7, Dr. Emanuel Deutsch, IX., Porzellangasse 54, Dr. Gustav Pick, I., Gonzagagasse 14, Doktor Jaques Löwensohn, II., Taborstraße 11a und Dr. Martin Förster, XVI., Thaliastraße 22, gefällten Erkenntnisse veröffentlicht, mittelst welcher dieselben wegen standeswidrigen Benehmens, begangen dadurch, daß sie Kassenarztensstellen bei der Krankenkasse der nicht protokollierten Handelsagenten trotz ausdrücklichen Verbotes der Ärztekammer angenommen hatten, zu je 400 K, der höchsten Geldstrafe, die die Kammer verhängen kann, mit Verschärfung der Veröffentlichung der Erkenntnisse in einer Kammerversammlung, verurteilt wurden. Ein Antrag des Vorstandsmitgliedes Dr. Stricker, diese Erkenntnisse in den medizinischen und politischen Tagesblättern zu publizieren, damit einerseits die Ärzteschaft sobald als möglich erfahre, welche Ärzte der standesbewußten Kollegenschaft in den Rücken gefallen sind, um ihr künftiges Verhalten gegenüber diesen Herren einrichten zu können, andrerseits das Publikum über das standesunwürdige Vorgehen der verurteilten Ärzte informiert werde, wurde einstimmig angenommen. — Die vom Kassier Dr. Luithlen vorgelegte Jahresrechnung und Bilanz, ebenso der Bericht des Schriftführers Dr. Krips über die Geschäftsführung des Vorstandes (47 Vorstands- bzw. Ehrenratssitzungen), der Kammer (6 Versammlungen) und der Kanzlei (2447 Einläufe, 19.450 Expeditionen) wurden zur Kenntnis genommen. — Das von Dr. Keller erstattete Referat bezüglich des Transportes Infektionskranker in die Spitäler, ebenso die Anträge des Obmannes des Krankenkassenkomitees Dr. Ellmann, welche dahin gehen, über die Frage der Feststellung des zahlenmäßigen Verhältnisses zwischen Kassenärzten und Kassenmitgliedern und die Frage der Feststellung einer diesbezüglichen Regel als gegenwärtig nicht aktuell vorläufig zur Tagesordnung überzugehen, wurden gutgeheißen. — Bezüglich der Anfrage eines Arztes, ob die Errichtung eines ärztlichen Stellenvermittlungsbureaus seitens eines Arztes als standeswidrig zu gelten habe, beschloß die Kammerversammlung auf Antrag des Standesfragenkomitees, die Errichtung einer Stellenvermittlung seitens eines Arztes als standeswidrig zu erklären.

(Oberster Sanitätsrat.) In der am 28. Januar 1905 abgehaltenen Sitzung gelangten nachstehende Referate zur Beratung und Schlußfassung: Gutachten über die Ableitung und Reinigung der Abwässer aus einer Zuckerfabrik. Gutachten über das Gesuch eines praktischen Arztes um die Bewilligung zur gewerblichen Vornahme von diagnostischen mikroskopischen Untersuchungen. Zum Schlusse

der Sitzung wurde der von einem Mitgliede des Obersten Sanitätsrates eingebrachte Initiativantrag über die sanitären Übelstände auf einzelnen Eisenbahnstrecken in Böhmen in Verhandlung gezogen.

(Habilitation.) Dr. WILHELM SCHLESINGER hat sich als Privatdozent für interne Medizin an der Wiener Universität habilitiert.

(Deutscher Chirurgen-Kongreß.) Der 34. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet am 26.—29. April 1905 im Langenbeck-Hause zu Berlin statt. Zur Diskussion sind folgende Themata in Aussicht genommen: 1. Über die Größe der Unfallsfolgen bei unblutiger und blutiger Behandlung der subkutanen Querfraktur der Patella; 2. Zur Perityphlitisfrage: Über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens; 3. Über Vorkommen, Ursachen und Verhütung der postoperativen Pneumonien nach Bauchoperationen; 4. Welche Indikationen resp. Kontraindikationen sind für die Nephrektomie, insbesondere bei Nierentuberkulose, auf Grund der neuesten Erscheinungen bei Verwertung der funktionellen Nierendiagnostik aufzustellen? — Ankündigung von Vorträgen bis 11. März an den Vorsitzenden Prof. KRÖNLEIN in Zürich-Fluntern. Beitrittserklärungen bis 15. April an Herrn METZER, Berlin N., Ziegelstraße 10—11.

(Verein für Psychiatrie und Neurologie.) Dieser Verein veranstaltet am 14. Februar 1905 einen Diskussionsabend über das Thema: „Inwiefern ist beim Vorliegen einer Neurose oder Psychose künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft medizinisch indiziert und juristisch gestattet?" im Saale der Gesellschaft der Ärzte. Beginn 7 Uhr abends. Referenten Prof. Dr. V. WAGNER und HABERDA. Zutritt haben die Vereinsmitglieder, praktische Ärzte und Juristen.

(Eine munifizente Stiftung.) Aus London wird uns berichtet: Lord Mount Stephen hat einen Betrag von ungefähr vier Millionen Kronen den öffentlichen Krankenhäusern Londons zur Verfügung gestellt.

(Statistik.) Vom 21. bis inklusive 28. Januar 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8136 Personen behandelt. Hiervon wurden 1686 entlassen, 206 sind gestorben (10·8% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 122, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie 3, Blattern 1, Varizellen 99, Scharlach 33, Masern 187, Keuchhusten 19, Rotlauf 47, Wochenbettfieber 6, Röteln 2, Mumps 21, Influenza 108, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 938 Personen gestorben (+ 100 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Arzt des Hofburgtheaters und Chefarzt der Versicherungs-Gesellschaft „Donau" Dr. HEINRICH STANIEK, im 63. Lebensjahre; in Grein a. d. D. der Stadt- und Bahnarzt Dr. GEORG STÜHLINGER im Alter von 52 Jahren; in Berlin der bekannte Otologe Prof. Dr. LOUIS JACOBSON, 52 Jahre alt; in Lüttich der Pharmakologe Prof. Dr. VAN AUBEL; in Moskau der Professor der Chirurgie und Direktor der III. chirurgischen Klinik Dr. KARL KLEIN; in Kasan der Gynäkologe Doz. Dr. J. M. LWOW; in Glasgow der ehemalige Professor der Augenheilkunde daselbst Dr. J. R. WOLFE.

Aus den verschiedenen Sanitätsberichten ersieht man, daß die Influenza neuerdings im Begriffe ist, uns heimzusuchen und können wir deswegen unsern Lesern nur sehr empfehlen, nach jenem Vorbeugemittel zu greifen, das sich als solches schon gut bewährt hat; es ist dies **„Mattonis Gießhübler Sauerbrunn"**, dessen lösende Wirkung und Heilkraft bei allen katarrhalischen Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane zur vollen Geltung kommen.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 6. Februar 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. R. KIENBÖCK: Über radiologische Diagnose der Lungentuberkulose.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 9. Februar 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik SCHRÖTTER.

1. Demonstrationen. — 2. Dr. RUD. KAUFMANN: Über Magenchemismus und Magenatonie.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

J. Mindes, Der Rezeptar. Mit 60 Abbildungen. Leipzig und Wien 1905, Franz Deuticke. — K 4·20.

Ludwig Löwe, Zur Chirurgie der Nase. Berlin 1905, Oskar Coblentz. — M. 10·—.

A. Eulenburg, Die Hysterie des Kindes. Berlin 1905, L. Simion Nf. — M. 1.—.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Chemischen Fabrik von Heyden** in **Radebeul-Dresden** über **„Duotal"** und **„Creosotal"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 12. Februar 1905. Nr. 7.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die kombinierte Digitalis-Koffein-Medikation.

Von **Dozent Dr. Ludwig Braun**, Wien.*)

Wenn man in den Lehr- und Handbüchern der inneren Medizin die Herztherapie zu dem Zwecke durchgeht, um Klarheit darüber zu gewinnen, wie die verschiedenen Autoren Digitalis bei Herzkranken verabreichen, dann trifft man im großen und ganzen eine weitgehende Übereinstimmung an: Es wird den speziellen Indikationen in ziemlich gleichförmiger Weise durch Verschreibung der Digitalisblätter allein oder der aus denselben gewonnenen Präparate allein Rechnung getragen.

Ein solches Vorgehen hat sein Gutes und sein Schlechtes. Es hat die Möglichkeit geboten, die Wirkungsweise der Digitalis und ihrer Bestandteile unbeeinflußt von der Wirkung anderer Medikamente in der Klinik zu studieren und die Indikationen ihrer Darreichung zu formulieren, es hat uns aber auch daran gehindert, erkennen zu lernen, daß man eventuell eine unerwünschte Nebenwirkung der Digitalis durch die gleichzeitige Darreichung eines anderen Medikamentes mildern oder beseitigen kann. So ist es gekommen, daß der Kreis der Digitalisindikationen derzeit von manchem Kliniker zu eng gezogen wird und daß man häufig zum Schaden der Kranken auf die Wirkung der Digitalis verzichtet.

Meine Untersuchungen sind von der klinischen Erfahrung ausgegangen, daß die gleichzeitige Digitalis-Koffein-Darreichung die Zahl der Digitalisindikationen vermehrt. Während nämlich Digitalis in einer Reihe von Fällen versagt, ist die Kombination Digitalis-Koffein in diesen Fällen wirksam und oftmals imstande, die unerwünschten Nebenwirkungen der Digitalisstoffe aufzuheben.

Es handelt sich also nicht etwa darum, zu zeigen, daß auch das Koffein ein Herzmittel ist, eine Tatsache, die seit den Untersuchungen von Jaccoud, Dujardin-Beaumetz, Lewis-Shapter, Huchard, Lépine, Riegel und Becher aus der Klinik von Nothnagel jedem Kliniker geläufig ist, wiewohl wir uns noch immer kein sicheres Bild davon machen können, worauf diese Wirkung eigentlich beruht, es handelt sich auch nicht darum, daß man, wie die gangbare Lehre lautet, bisweilen statt Digitalis Koffein darreichen kann. Ich will vielmehr die Tatsache experimentell begründen, daß die gleichzeitige Digitalis-Koffein-Medikation eine eigene Stellung in der Therapie der Herzkrankheiten beanspruchen darf.

Die interne Klinik kennt Tausende und Tausende von Herzaffektionen, die auf die Darreichung von Digitalis in präziser, trefflicher, nachhaltiger Weise reagieren. Man gibt das Medikament in der bekannten Dosierung einen, zwei, drei Tage lang bis zur vollen Wirkung und sieht den Kreislauf wieder in Ordnung kommen, die Störung für lange, für immer verschwinden.

Daneben aber stoßen wir immer wieder auf Fälle, in welchen uns Erscheinungen von Herzinsuffizienz die Digitalistherapie nahelegen. Und reichen wir dann Digitalis, so erfolgt keine günstige Reaktion, sondern das gerade Gegenteil.

Ich erinnere z. B. an die Kranken mit leichten stenokardischen Symptomen und eben nachweisbarer Herzinsuffizienz ersten Grades, Spuren von Knöchelödem, mit periodischer Arhythmie irgend welcher Form und zumeist relativ niedrigem

*) Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 8. November 1904.

Blutdruck. Sie beantworten die üblichen Digitalisdosen, welche der Bekämpfung der Herzinsuffizienz dienen sollen, mit dem Gefühl von Unbehagen, Steigerung der Arhythmie und mit Verstärkung der Herzinsuffizienzerscheinungen, vor allem der Dyspnoe. Große Digitalisdosen, die in solchen Fällen in der Praxis bisweilen leider noch immer gegeben werden, machen die Sache noch schlimmer, sie können unter Umständen sogar deletär wirken. Und selbst die durch ganz kleine Digitalisdosen bewirkte minimale Blutdrucksteigerung wird von solchen Herzen nicht vertragen. Alle anderen Herzmittel, auch das Diuretin, sind gleichfalls wirkungslos. Gibt man aber kleine Digitalisdosen in Verbindung mit Koffein oder Diuretin, so sieht man noch recht häufig ganz ausgezeichnete, überraschende Wirkungen. Die Erscheinungen der Herzinsuffizienz verschwinden und auch die stenokardischen Symptome werden in günstigem Sinne beeinflußt.

Ein anderes Beispiel: Wir haben eine etwa 35jährige Frau vor uns mit Erscheinungen von Herzinsuffizienz und dem charakteristischen Bilde mancher Stenose des mitralen Ostiums: Starke Zyanose, keine Ödeme, kontrahierte Gefäße, Arhythmie, subjektive Herzerscheinungen. Die Darreichung von Digitalis allein verschlimmert den Zustand der Kranken, die Wirkung anderer Herzmittel ist negativ, doch die Kombination von Digitalis und Koffein übt einen entschieden günstigen, oft geradezu überraschenden Einfluß aus. Ich kenne mehrere solcher Patienten, die durch systematische Darreichung von Digitalis-Koffein schon seit Jahren über Wasser erhalten werden. Und solcher Beispiele gibt es viele auch unter den Aortikern und Arteriosklerotikern mit Aortenklappeninsuffizienz.

Wie ist dies zu erklären? Läßt sich hierfür überhaupt eine annehmbare Erklärung finden?

Es lag nahe, die Erklärung dieser Befunde da zu suchen, wo sie entstanden waren, am Krankenbette. Tatsächlich bin ich seit langer Zeit bemüht, Beobachtungen, welche jene Annahme bestätigen, graphisch zu fixieren. Der einwandfreien klinischen Darstellung dieser Verhältnisse haben sich jedoch bisher noch nicht überwundene Schwierigkeiten in den Weg gestellt, hauptsächlich darin bestehend, daß man hier mit Blutdruckmessungen und Pulsschreibungen allein nicht auskommt, sondern kompliziertere Methoden heranziehen muß.

Um nun angesichts der so schwierigen und therapeutisch so wichtigen Frage zunächst nur eine Richtschnur zu gewinnen, habe ich mich dem Tierexperimente zugewandt. Doch auch bei diesem findet man, wenn man die Wirkung der Giftkombination auf den ganzen Kreislauf studieren will, zu komplizierte Verhältnisse vor. Man analysiert daher schon seit langem die Wirkung der Medikamente in der Weise, daß man zunächst die Wirkung auf die einzelnen Organe studiert, die Wirkung auf das einzelne Organ in den Vordergrund stellt.

In meinem Falle handelte es sich in erster Linie darum, zu erfahren, wie wirkt die Kombination Digitalis-Koffein auf das Herz, die Herztätigkeit, die Gefäße des Herzens ein.

Das Langendorffsche Herzpräparat [1]) gibt uns die Möglichkeit, am isolierten überlebenden Säugetierherzen jede dieser Fragen zu studieren und ich habe Ihnen, insoweit Sie nicht schon mit dieser Versuchsanordnung vertraut sind, einleitend zu berichten, was man unter dem Langendorffschen Herzpräparate versteht.

Die Versuche sind im Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie ausgeführt worden. Ich erlaube mir, Herrn Prof. Paltauf für die Überlassung der Institutsbehelfe und dem Assistenten des Institutes, Herrn Dr. Rothberger, für die Unterstützung bei den Versuchen auch an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen.

Meine Herren! Es ist Langendorff gelungen, die von C. Ludwig und seinen Schülern ausgebildete Methode der Untersuchung am isolierten, aus dem Körper herausgeschnittenen und durch künstliche Blutspeisung lebendig erhaltenen Froschherzen auf das Säugetierherz zu übertragen. Das Experimentieren mit dem Säugetierherzen setzt eine viel kompliziertere Versuchstechnik voraus als das Froschherz, das sich schon durch eine in längeren Zwischenräumen wiederholte Füllung mit verdünntem Blute und anderen geeigneten Flüssigkeiten stunden-, ja tagelang lebensfrisch und schlagend erhalten läßt.

Das Prinzip der Langendorffschen Methode besteht darin, daß man das Versuchstier (Katzen eignen sich hierzu am besten) verbluten läßt, das so gewonnene Blut defibriniert, filtriert, erwärmt und mittelst eines eigenen Apparates durch die Kranzgefäße des ausgeschnittenen Herzens leitet.

Man erreicht dies, indem man eine Kanüle in die aufsteigende Aorta vor dem Ursprung der Karotiden, nach dem Herzen hin gerichtet, einbindet und einen solchen Injektionsdruck wählt, daß die Semilunarklappen der Aorta sich völlig schließen und während der im Versuche folgenden Herzkontraktionen geschlossen bleiben. Der Druck kann relativ niedrig gewählt werden, da in die Herzhöhlen kein Blut hineinkommt, das Herz also ohne Inhalt arbeitet. Das Blut gelangt in die Kranzgefäße, durch diese in den rechten Vorhof und aus diesem, der aufgeschnitten wird, nach außen. Auf diese Weise gelingt es, das anscheinend tote, nicht mehr spontan schlagende Herz wieder zum energischen und frequenten Schlagen zu bringen.

Die Versuchsanordnung, die für das Langendorffsche Herzpräparat notwendig ist, besteht aus dem Injektionsapparate, einer Wärmekammer für das Herz, der Schreibevorrichtung. Der Druck wird in einer großen Flasche erzeugt, deren doppelt durchbohrter Stopfen zwei umgebogene Glasröhren trägt. Die eine der Röhren reicht bis zum Boden des Gefäßes und ist mit der Wasserleitung, die andere, kurze, mit der Blutflasche verbunden. Die Flasche hat noch eine Tubulatur an ihrem Boden, welcher zum Wasserabfluß dient und während des Versuches geschlossen bleibt. Aus der kurzen Röhre führt ein Gummischlauch zu einem mehrfach verzweigten Glasrohre. Ein Seitenast desselben führt zu einem Quecksilbermanometer, ein zweiter sich gabelnder zu den beiden Blutflaschen, in die das Blut, mit physiologischer Kochsalzlösung vermischt und mit oder ohne Zusatz des auszuprobenden Präparates, durch einen Trichter eingeführt wird. Jede der beiden Blutflaschen mündet an ihrer Basis in eine kurze Röhre, die ein Gummischlauch mit der Injektionskanüle verbindet. Die Konstruktion der Kanüle kann ich vernachlässigen. Verstellbare Hähne regulieren den Zufluß des Blutes aus der einen oder der anderen Flasche. Das Herz selbst befindet sich, nachdem man es aus dem Körper des entbluteten Versuchstieres herausgeschnitten, an der Kanüle hängend in einer Glasglocke, die bis auf eine obere Öffnung für die Kanüle und eine untere für die Schreibevorrichtung geschlossen und in eine Wanne eingepaßt ist, in der sich auch die Blutflasche befindet. Die Wanne ist mit Wasser gefüllt, das durch eine von einem Regulator geregelte Bunsenflamme geheizt wird. Die Füllung der Blutflaschen kann auch, während die Druckflasche Druck gibt, durch entsprechende Hahnstellung geschehen. Der Druck wird in folgender Weise hergestellt und geregelt: Wenn der Wasserleitungshahn geöffnet wird, sucht das in der Druckflasche einfließende Wasser die in derselben enthaltene Luft zu verdrängen und setzt das in der Blutflasche befindliche Blut unter Druck. Ist die Herzkanüle nicht offen und das ganze System dicht, so erhält sich der Druck auch nach Schließung des Wasserhahnes konstant. Und auch wenn die Kanüle den Zufluß zum Herzen gestattet, sinkt der Druck wegen der Größe des Luftraumes und der Geringfügigkeit des Abflusses nur wenig. Für die meisten Versuche ist es jedoch wünschenswert, auch diese kleinen Druckschwankungen auszuschließen. Dafür dient der Druckregulator. Derselbe ist in folgender Weise eingerichtet: Auf dem freien Schenkel des Manometers ist eine Metallkappe aufgekittet, die von einem Platindraht durchsetzt ist. Derselbe ragt bis an das Quecksilber heran und ist auf beliebige Druckhöhen einstellbar. Das Quecksilber einerseits, der Draht andrerseits sind mit einer galvanischen Kette verbunden. Erreicht das Quecksilberniveau den Platindraht, so ist der Strom geschlossen; er öffnet sich, sowie

[1]) Pflügers Archiv, Bd. 61.

das Niveau auch nur um Bruchteile eines Millimeters sinkt. In den Stromkreis ist ferner ein Elektromagnet eingeschaltet, dessen Anker so mit einem in den Wasserzufluß eingeschalteten Hahne verbunden ist, daß bei Anziehung des Ankers der Hahn sich schließt und die Wasserleitung absperrt. Der Wasserzufluß hört also sofort auf, sowie das Quecksilber den Platindraht berührt, und bleibt gesperrt, bis ein Sinken des Quecksilbers den Kontakt aufhebt. Dann strömt Wasser zu und stellt im Handumdrehen den Druck wieder her, auf den das Manometer eingestellt war, usw. Die eintretenden Schwankungen sind entweder kaum merkbar oder 1—2 *mm* nicht übersteigend. Für den großen Elektromagneten ist ein starker Strom erforderlich, der den Quecksilberkontakt bald verderben würde. Deshalb ist als Zwischenglied ein Telegraphenrelais eingeschaltet, das, von 2 Tauchelementen gespeist, im Kontaktmomente den eigentlichen Arbeitsstrom schließt. Der Schreibapparat besteht aus einem in die Herzwand eingesenkten Häkchen, von dem ein Faden über eine Rolle zu einem Hebel zieht, der seine resp. die Herzbewegungen auf eine berußte Papierfläche verzeichnet. — Im Verlaufe meiner Untersuchungen wurde auch wiederholt statt der ursprünglichen Druckvorrichtung LANGENDORFFs eine Sauerstoffbombe mit Reduktionsventil verwendet, deren Vorteile so augenfällige sind, daß sie keiner weiteren Interpretation bedürfen.

Das Herz fängt alsbald, nachdem es in den Apparat gebracht und mit Blut gespeist worden, kräftig zu schlagen an und kann stundenlang schlagend erhalten werden.

Es ist leicht verständlich, daß sich unter solchen Verhältnissen jede Änderung der Herzbewegung unter Giftwirkung, Anämie, Vagusreizung etc. alsbald bemerkbar macht und graphisch, im Kurvenbilde, festhalten läßt. Es läßt sich aber auch die Menge des die Kranzgefäße passierenden Blutes leicht konstatieren. Man hat zu diesem Zwecke nur ein Meßgefäß unter das Herz zu stellen und die Menge des in einer Zeiteinheit ausfließenden Blutes zu bestimmen. Den Druck kann man am Manometer jederzeit willkürlich regulieren und auch, wie ich es getan habe, auf der Kurve mitverzeichnen lassen. In der einen Flasche ist Blut-Kochsalzlösunggemisch, in der zweiten das Medikament, Digitalis oder Digitalis-Koffein, neben Blut-Kochsalzlösung enthalten.

Bevor ich auf meine Versuche selbst eingehe, muß ich mit wenigen Worten die experimentell durch Digitalis allein bewirkten Kreislaufsveränderungen besprechen, weil wir sie ja zum Vergleiche mit der Digitalis-Koffeinwirkung werden heranziehen müssen.

Bekanntlich teilen wir die experimentelle Digitaliswirkung in zwei Stadien ein, und zwar in das Stadium der vermehrten Herzleistung, das therapeutische, und in dasjenige der verminderten Herzleistung, das toxische Stadium.

Während des ersten Stadiums, das für den Kliniker ausschließlich in Betracht kommt, ist der Puls in der Regel verlangsamt, der Blutdruck gesteigert. Es war TRAUBE, der zuerst erkannte, daß hier zwei voneinander unabhängige Wirkungen der Digitalis nebeneinander einhergehen, die Wirkung auf den Vagus und jene auf das Herz. Die Pulsverlangsamung ist einerseits Folge der Reizung des Vaguszentrums durch den erhöhten Blutdruck, also Hemmungswirkung, andrerseits durch Wirkung auf die Herzmuskulatur, auf den muskulo-motorischen Apparat des Herzens, bedingt (BRAUN und MAGER[2]). Die Blutdrucksteigerung kommt durch Steigerung der Herzarbeit und des Gefäßtonus zustande.

Es ist sicherlich bemerkenswert, daß der rechte Ventrikel nach Digitaliszufuhr eine stärkere Zunahme seiner Leistungsfähigkeit erfahren kann als der linke. Auf diese Tatsache, welche in klinischer Hinsicht sicherlich von wesentlicher Bedeutung sein kann und vielleicht mit anderen Ursachen die Erklärung dafür in sich schließt, daß Digitalis bei Mitralfehlern im allgemeinen besser wirkt als bei Aortenfehlern, ist in der zitierten Publikation von BRAUN und MAGER wiederholt hingewiesen worden.

[2]) „Über die Wirkung der Digitaliskörper auf das isolierte Säugetierherz." Sitzungsber. der kais. Akad. d. Wissensch. in Wien, Math.-nat. Kl., November 1899, Bd. 108, Abt. III.

Das Wesentliche der Digitaliswirkung liegt in der Vergrößerung des Schlagvolums des Herzens gleichen Widerständen gegenüber. Das Herz kann dabei maximale Widerstände vielleicht gar nicht besser überwinden, es nützt aber seine Kraft durch die stärkere Verkürzung in Systole besser aus. Wir haben aus Untersuchungen von JOHANSSON und TIGERSTEDT[3]) gelernt, daß sich das normale Herz während der Systole nicht vollkommen entleert, es bleibt ein wenig Residualblut in ihm zurück. Das pathologisch geschwächte Herz behält am Schlusse der Systole ein zu großes Quantum von Residualblut, es wird insuffizient. Unter der Wirkung der Digitalis kontrahiert sich ein solches insuffizientes Herz nun wieder vollständiger, es ist, wie v. BASCH sich ausdrückt, zu einer größeren „Anstrengung" fähig, es entleert sich wieder besser und schöpft daher auch besser die Vorhöfe, resp. die Venen aus.[4])

Der vermehrten Schöpfkraft kommt des weiteren die Verlangsamung des Herzschlags zu Hilfe, die hauptsächlich zugunsten der Diastolen geschieht und somit die Füllungszeit der Kammern verlängert (der Vagusreiz verringert auch den in der Systole sonst noch vorhandenen Kontraktionsreiz und bedingt dadurch eine vollkommenere diastolische Ausdehnung). Durch die Vergrößerung der Füllung kann eine mäßige Herabsetzung der Pulszahl so weit überkompensiert werden, daß das Herz in der Zeiteinheit tatsächlich mehr Arbeit leistet. Und diese Arbeit leistet ein solches Herz zudem ökonomisch, denn es gewann unter dem Digitaliseinflusse wieder, was ihm, solange es insuffizient gewesen, zum großen Teile entschwunden war, seine Ruhepausen. Das in den Vorhöfen gestaute Blut hat mehr Zeit, in die Kammern einzufließen, und gleichzeitig kann das Blut aus der Aorta um so eher leicht in die Arterien abfließen, als es ja unter stärkerem Drucke in die Aorta hineingepreßt worden war.

Nunmehr werden auch die Koronargefäße wieder besser gefüllt, denn das Blut hat während der längeren Diastole mehr Zeit, in ihre Ostien einzuströmen, und es wird auch unter höherem Druck in sie hineingetrieben. Dadurch gelangt der Herzmuskel in bessere Ernährungsverhältnisse.

Eine weitere primäre und günstige Wirkung der Digitalis ist in der Pulsregulierung zu erkennen. O. FRANK[5]) konnte zeigen, daß durch Abgleichung zweier inäqualer Herzpulse zu zwei gleichmäßigen Schlägen die in der Zeiteinheit ausgetriebene Blutmenge wächst. Schon dies allein beweist eine Verbesserung der Herzarbeit, die klinisch um so mehr in Betracht kommt, als die Digitalis imstande ist, unter Umständen selbst die hochgradigsten Arhythmien zum Verschwinden zu bringen.

Die Wirkung der Digitalis auf den Herzmuskel besteht also, kurz zusammengefaßt, darin, daß das Herz die venösen Gebiete besser ausschöpft, die arteriellen Gebiete besser füllt, daß also die Pumparbeit des Herzens verstärkt wird.

Es kann die Kreislaufsverhältnisse in pathologischen Fällen, wo der venöse Teil des Kreislaufs überfüllt, der arterielle unzureichend gefüllt ist, direkt wieder in Ordnung bringen.

Für eine solche Restitution des Kreislaufs besitzen die Digitalisstoffe noch eine weitere wertvolle Eigenschaft, auf deren Erörterung es mir heute ganz besonders ankommt. Sie wirken nämlich gefäßverengernd. Diese Eigenschaft der Bestandteile der Digitalisblätter, des Digitalins und des Digitoxins sowie anderer verwandter Substanzen, wie z. B. Strophantin, ist lange in Abrede gestellt worden, bis in den letzten Jahren LAUDER-BRUNTON[6]), FR. PICK[7]) und in ganz einwandfreier Weise GOTTLIEB und MAGNUS[8]) die periphergefäßkontrahierende Wirkung sichergestellt haben. Von den

[3]) „Skand. Arch. f. Phys.", Bd. 2.
[4]) GOTTLIEB, XIX. Kongr. f. inn. Med.
[5]) „Zeitschr. f. Biol.", Bd. 23.
[6]) „Journ. of Physiol.", Bd. 20.
[7]) „Arch. f. exp. Path. u. Pharm.", Bd. 42.
[8]) „Arch. f. exp. Path. u. Pharm.", Bd. 47.

2*

genannten Stoffen verengern nach der Angabe von GOTTLIEB und MAGNUS das Digitalin wie das Strophantin die Gefäße des Bauchraumes, die Splanchnikusgefäße, allein, während das Digitoxin sämtliche Gefäßgebiete des Körpers zur Verengerung bringt.

Es würde viel zu weit führen, wenn ich auf diese Verhältnisse hier genauer eingehen wollte. Es genüge die Bemerkung, daß unter den durch Digitaliseinfluß besser durchbluteten Organen auch funktionell ganz besonders wichtige Organe, wie das zentrale Nervensystem, sich befinden.

Die gefäßverengernde Wirkung spielt ohne Zweifel auch schon bei den therapeutischen Digitalisgaben eine Rolle. Hierin ist unter Umständen — wie GOTTLIEB hervorhebt — eine günstige, in einem anderen Falle eine ungünstige Nebenwirkung zu finden. Nehmen wir den Fall, durch die bessere Herzarbeit werde soviel Blut aus einem überfüllten Venensystem in das Arteriensystem hinübergeleitet, daß die Blutverteilung sich immer mehr der Norm nähert. Eine gleichzeitige Verengerung der Gefäße kann nun in einem solchen Falle von günstigem Einfluß sein, wenn sie sich vorwiegend etwa auf die Gefäße des Bauchraumes beschränkt und z. B. das Gehirn und das Rückenmark viel Blut erhalten. Das aus dem Pfortaderkreislaufe und den Venen verdrängte Blut kommt den Lungen zugute, das Stromgefälle wächst, die Geschwindigkeit des Blutstromes nimmt zu. Aber diese Komponente der Digitaliswirkung vermehrt dafür auch die „Herzanstrengung", die Widerstände, gegen welche das Herz sich zu entleeren hat. Haben diese Widerstände eine bestimmte Höhe erreicht, dann kann die günstige Digitaliswirkung durch die zweite, ungünstige Wirkung aufgehoben werden, denn allzu hohen Widerständen gegenüber kann sich das Herz nicht mehr vollständig entleeren, das Pulsvolum sinkt, die Heilwirkung der Digitalis ist vermindert.

Wahrscheinlich beruht die bessere Wirkung kleiner Digitalisdosen auf der geringeren Beeinflussung der Vasokonstriktoren.

Die vasokonstriktorische Wirkung der Digitalisstoffe erstreckt sich auch auf die Kranzgefäße des Herzens. Das läßt sich — wie wir gehört haben — am LANGENDORFFschen Präparate leicht demonstrieren.

Wir bestimmen einfach, in welchem Zeitraume 10 cm^3 Blut die Kranzgefäße passieren, wenn das Herz unbeeinflußt bleibt und wenn bestimmte Mengen von Digitalis in dem Blut-Kochsalzgemisch in der einen Flasche enthalten sind. Solche Messungen werden in Intervallen von je 30, je 40 Sekunden, je 1 Minute immer wieder vorgenommen. Beginn und Ende der Messung auf der Kurve verzeichnet. Da die Umdrehungsgeschwindigkeit des Kurvenpapiers durch ein Sekundenpendel markiert ist, kann man nach Abschluß des Versuches die Änderungen der Durchströmungsgeschwindigkeiten genau ablesen.

Die Versuchszeit, d. h. die Zeit, während der die Messungen vorgenommen wurden, betrug ungefähr eine Viertelstunde. Dieser Zeitraum genügt einerseits vollständig, um den charakteristischen Einfluß der Giftwirkung erkennen zu lernen, in diesem Zeitraume kommen andrerseits erhebliche Schwankungen der Durchflußmenge spontan nicht vor.

Natürlich muß man immer die entsprechenden Kontrollversuche und Bestimmungen vornehmen.

In früheren Untersuchungen über die Digitaliswirkung auf das Herz hatten MAGER und ich das Infus und das Mazerat der Folia Digitalis, ferner Digitalin, Digitonin und Digitoxin verwendet. Diesmal gebrauchte ich das gleichmäßig wirkende und zuverlässige Digitalisdialysat Golaz, vor allem, weil man infolge des geringen Verbrauchs an Material mit einem Fläschchen lange auskommt und daher immer das nämliche Präparat in Händen hat, ein Vorteil, der bei der unzuverlässigen und ungleichen Wirkung der nicht rein dargestellten Präparate wesentlich in Betracht kommt.

Das Dialysat wird — wie schon der Name besagt — aus frischen Pflanzen durch Dialyse gewonnen, die so gewonnenen Präparate werden pharmazeutisch geprüft, worauf dann die Konzentration so verändert wird, daß die Dialysate aus den verschiedensten Jahrgängen den gleichen Glykosidgehalt haben. Damit werden also sehr konstante Präparate geschaffen.

Die Beobachtungen am LANGENDORFFschen Herzpräparate demonstrieren einen unbestreitbaren, gefäßverengenden Einfluß des Digitalisdialysats. Während die Füllungszeit des Meßzylinders in den ersten 15 Minuten nach dem Eintritte der konstanteren (kleineren) Werte ohne Giftzufuhr niemals den Zeitraum von 10 Sekunden überschritt, finden wir in den Protokollen, welche die Digitaliswirkung illustrieren, Zahlen wie 65 und 79 Sekunden, also das Sieben- bis Achtfache des Vergleichswertes.

Es ist also kein Zweifel darüber möglich, daß das Digitalisdialysat eine ausgesprochene, mächtige, vasokonstriktorische Wirkung auf die Koronargefäße ausübt. Dies erhellt übrigens auch schon aus der bloßen Inspektion, denn zur Zeit des steilen Anstieges der Durchblutungskurve wird das vorher hellrote Herz deutlich blasser, die strotzend mit Blut gefüllten Kranzgefäße werden sichtlich verengt.

Betrachten wir nunmehr die Kurven, welche sich nach Digitalis-Koffeinzufuhr ergeben, so sehen wir, daß die Menge des Blutes, welche die Kranzgefäße passiert, eine bei weitem größere ist, als wenn die entsprechende Digitalisdosis allein auf das Herz einwirkt. Das Koffein macht auch bei letalen Digitalisdosen diese seine Gegenwirkung deutlich geltend; bei den kleinsten Digitalisdosen, die eben noch vasokonstriktorische Eigenschaften zu entfalten vermögen, hebt es die Gefäßverengerung vollständig auf. Koffein ist also imstande, die vasokonstriktorische Komponente der Digitaliswirkung mehr oder weniger zu beseitigen.

Eine ähnliche Wirkung, die mir aber nicht immer gleich sicher schien, übt auch das Diuretin auf die Kranzgefäße aus.

(Schluß folgt.)

Zur Behandlung des Harnröhrentrippers des Mannes mit Gonosan.

Von **Prof. Maximilian v. Zeissl,** Wien.

Obgleich durch die Entdeckung des Diplokokkus NEISSERS das Wesen der Trippererkrankung vollkommen erkannt wurde, obgleich seit NEISSERS Entdeckung von den verschiedensten Seiten die verschiedensten Behandlungsmethoden des Trippers geübt und empfohlen wurden, so ist doch kein wesentlicher Fortschritt im Erfolg der Tripperbehandlung zu verzeichnen. Bald wurde der direkten Behandlung mit den bekannten Injektionsflüssigkeiten, wie Kalium hypermanganicum, Zincum sulfuricum, Cuprum sulfuricum, Nitras argenti, Albargin, Protargol, Ichthargan usw. das Wort geredet, bald wurde die indirekte Behandlung durch Verabreichung der Balsamika vorgezogen, bald wieder suchte man durch die gleichzeitige direkte und indirekte Behandlung des Trippers eine raschere Heilung desselben zu erzielen. 1886 wurde das Santalöl zur indirekten Behandlung des Trippers empfohlen und hat das Oleum Santali ostindicum die anderen, schon früher verwendeten balsamisch-ätherischen Mittel seither wesentlich verdrängt.

Das ostindische Sandelholzöl ist ein sehr wertvolles Mittel, über dessen Anwendung POSNER [1]), MAYER [2]) LINHART [3]), LEUBUSCHER, ROSENBERG [4]) und andere berichten. Vom Santalöl

[1]) „Deutsche med. Wochenschr.", 1886, Nr. 34.
[2]) „Berliner klin. Wochenschr.", 1886, Nr. 50.
[3]) „Wiener Med. Presse", 1887, Nr. 29—33.
[4]) „Therapeutische Monatsh.", 1887, pag. 218.

läßt man mindestens 2 *g* täglich in Gelatinekapseln einnehmen. Um es zu einem billigeren Preise verabreichen zu können, verordne man das Santalöl in Tropfenform und verschreibe Olei lign. santal. ostindici 15·00, Olei menth. piperit. gtt. VIII. S. 3—4mal des Tages 15—20 Tropfen zu nehmen. RIEHL [5]) und WERLER empfahlen das aus dem Santalöl hergestellte Gonorol, von dem ebenfalls 2 *g* des Tages konsumiert werden müssen. Das Gonorol ist die Gesamtmenge der im ostindischen Santalöl enthaltenen alkoholartigen Verbindungen, die etwa 90% des Öls ausmachen. WERLER empfahl außerdem noch eine Kombination des Salol mit reinem ostindischen Santalöl. Von dieser verabreichte er dreimal des Tages 10—20 Tropfen nach den Mahlzeiten. In neuerer Zeit wurde neben dem Gonorol auch das Gonosan als Antigonorrhoicum empfohlen. Ich verwendete nun sowohl im Kaiser Franz Josef-Ambulatorium als auch in meiner Privatpraxis in einer großen Anzahl von Fällen sowohl das Gonorol als auch das Gonosan. Dem Gonorol kann ich dem gewöhnlichen ostindischen Santalöl gegenüber keine wesentlich günstigeren Resultate nachrühmen, dasselbe machte nicht seltener Magenbeschwerden als das gewöhnliche Sandelöl und auch ein Fall von Urtikaria kam nach Verabreichung des Gonorol zur Beobachtung. Das Gonosan hat sich mir hingegen besser bewährt. Namentlich bewirkte es sehr oft bei akuten Gonorrhöen, die ausschließlich mit Gonosan ohne gleichzeitige Injektion in die Harnröhre behandelt wurden, ein rascheres Abnehmen der Eitersekretion aus der Harnröhre, als man es meist bei der alleinigen Verabreichung eines anderen balsamischen Mittels zu beobachten gewohnt ist. Das Gonosan wird von der Fabrik Riedel in Berlin hergestellt. Nach Eliminierung der in der Kawawurzel enthaltenen indifferenten Körper Kawahin und Yangonin wurde das α- und β-Harz der Kawawurzel chemisch rein dargestellt und im ostindischen Sandelöl gelöst. Diese Lösung ist das Gonosan. Dieselbe stellt eine gelbgrüne, ölige, durchscheinende, in Weingeist, Äther und Chloroform lösliche Substanz von stark aromatischem Geruch dar und kommt in Gelatinekapseln eingeschlossen in den Handel. Jede Kapsel enthält 0·30. Davon entfallen auf das α- + β-Kawaharz 20%, also 0·06; auf das Sandelöl 80% bzw. 0·24 *g* (LUBOWSKI, Über die interne Behandlung der Gonorrhöe unter besonderer Berücksichtigung des neuen Antigonorrhoikums Gonosan: „Fortschritte der Medizin", 1904, Nr. 26, pag. 974). Ich interessierte mich für das Gonosan schon aus dem Grunde, weil HERMANN v. ZEISSL [6]) schon im Jahre 1879 zur Tripperbehandlung die Kawa-Kawa angewendet hatte. HERMANN v. ZEISSL hatte die Kava-Kava oder Ava-Ava auf die Empfehlung des französischen Schiffsarztes DUPUY hin versucht. H. ZEISSL schreibt l. c.: Näheres über diese Pflanze gibt DARWIN in seinen gesammelten Werken im ersten Bande, pag. 470 an. DARWIN berichtet: Gerade vor uns war ein sehr ausgedehntes Gebüsch von wildem Zuckerrohr und der Bach wurde von dem dunkelgrünen, sich knotig verzweigenden Stamme der Ava = Piper methysticum beschattet, die in früheren Zeiten wegen ihrer mächtig berauschenden oder betäubenden Wirkungen so berühmt war. Ich kaute ein kleines Stück und fand, daß es einen scharfen, unangenehmen Geschmack hatte, der jedermann sofort zum Ausspruche veranlaßt haben würde, daß sie giftig sei. Dank den Missionären, gedeiht diese Pflanze jetzt nur noch jedermann unschädlich in tieferen Schluchten. BECHTINGER, ein Zuhörer HERMANN v. ZEISSLs, beschrieb in einer von ihm verfaßten Broschüre „Ein Jahr auf den Sandwichinseln" die Art und Weise, wie die Einwohner dieses Eilandes sich die Kawa-Kawa zu ihrem Nationalgetränke zubereiten. Sie lassen von alten, zahnlosen Weibern die Kawa-Kawa kauen, wobei dieselben den reichlich aus ihrem Munde fließenden Speichel in ein gemeinsames Gefäß ausspucken. Nachdem die Wurzel gekaut und gehörig mit Speichel imprägniert ist, wird dieselbe mit Wasser übergossen und einige Tage mazeriert, die Flüssigkeit beginnt zu gären und das berauschende Getränk ist fertig. Der Geschmack dieses Getränkes soll ein sehr angenehmer sein und soll derjenige, der sich einmal an den Genuß der Kawa-Kawa gewöhnt hat, denselben nicht so leicht wieder entbehren könnnen. HERMANN v. ZEISSL ließ nach DUPUYs Vorschrift 4—5 *g* der Kawa-Kawa mit 500 *g* Wasser übergießen und durch längere Zeit mazerieren, die graulich-schmutzige Flüssigkeit wurde 20 Tripperkranken in der obigen Quantität für je 2 Tage verabreicht. Auf die Harnröhrenerkrankung wirkte sie bei keinem Kranken, nur bei einzelnen der 20 Patienten trat vermehrte Diurese ein. Nach HERMANN v. ZEISSL berichteten N. WEINSTEIN [7]), O. BROKE und GOBBEY, L. LEWIN [8]), NOLTING [8]) und KOPP [8]) über die pharmakologischen Eigenschaften der Kawa-Kawa. Die Kawa-Kawa enthält eine harzige Masse, welche der wichtigste therapeutisch verwertbare und den Geschmack der Kawa bestimmende Bestandteil ist. Dieses Harz läßt sich nach LEWIN [9]) in zwei Harzarten, das α- und β-Harz, zerlegen. Das α-Harz ist das wirksamere. Während, wie erwähnt, HERMANN v. ZEISSL ein wässeriges Infus verwendete, empfahlen KESTEVEN [10]), ROGERS [11]), SAUNE [12]) und andere das Fluidextrakt. Ich kann WEINSTEIN nur vollständig zustimmen, daß die Kawa auf die Tripperkrankung der Harnröhre und Blase keinen wesentlichen Einfluß übt. Ich habe sie deshalb nie mehr verwendet. Hingegen muß ich bekennen, daß ich mit dem Gonosan, der Verbindung der Kawa-Kawa mit dem Santalöl, sehr günstige Resultate erzielt habe. Ich habe das Gonosan 116 Kranken, die das Kaiser Franz Josef-Ambulatorium oder meine Privatordination aufsuchten, verabreicht.

Der Fabrik Riedel bin ich für das mir reichlich zur Verfügung gestellte Präparat zu Dank verpflichtet.

Unter den 116 mit Gonosan behandelten Tripperkranken fanden sich nur drei, bei denen ich mit dem Gebrauch des Gonosans aufhören mußte, weil diese Patienten über Verdauungsbeschwerden klagten. Alle 3 Patienten gaben an, daß sie in der Höhe der Nabelgegend Schmerzen hätten. Die ersten 14 Tage wurden alle 116 Patienten ausschließlich mit Gonosan behandelt und erst dann auch die lokale Behandlung hinzugefügt. Von den 116 Kranken waren 40 das erstemal in ihrem Leben mit Tripper der Harnröhre behaftet und trat die Mehrzahl der mit Gonosan behandelten zwischen dem 5. und 6. Tag nach dem infizierenden Beischlaf in meine Behandlung. Erwähnen will ich, daß ich den Eindruck habe, als ob bei der Verabreichung des Santalöls, des Gonorols und des Gonosans, der spezifische Geruch, den dieses balsamische Mittel dem Harne verleiht, sich früher bemerkbar macht als der spezifische Geruch, den andere Balsamika bei gleicher Dosierung dem Harne verleihen. Meist konnte ich schon nach 24stündiger Anwendung des Gonosans mit Salpetersäure im Harne die Harzsäure nachweisen. Das Gonosan (überhaupt das Santalöl) scheint nach meinen bisherigen Beobachtungen die Sekretion aus der Harnröhre rascher zu vermindern als die anderen Balsamika, selbst wie der Terpentin, den ich deshalb bisher mit Vorliebe anwendete, der aber oft schlecht vertragen wird. Verdauungsbeschwerden macht das Gonosan, wie schon gesagt, sehr selten, nur in 3 Fällen traten solche auf. In zweien dieser Fälle konnte ich nach 2tägiger Pause das Gonosan weiter einnehmen lassen, ohne daß die Verdauungsbeschwerden sich wieder eingestellt hätten. Im dritten Falle mußte ich nach 12tägigem Gebrauch die Gonosanbehandlung unterbrechen. Nach 2tägiger Pause, als die Verdauungsbeschwerden aufgehört hatten, nahm der Kranke am 3. Tage um 6 Uhr abends, nachdem er früher Milch genommen,

[5]) „Wiener klin. Wochenschr.", 1898, Nr. 52.
[6]) „Wiener med. Wochenschr.", 1879, Nr. 39 u. 40.

[7]) „Wiener med. Blätter", 1887, Nr. 26.
[8]) Real-Enzyklopädie der ges. Pharm., Bd. 5, pag. 634.
[9]) Über Piper methysticum. Berlin 1886.
[10]) „Medical Record", 1886, pag. 529.
[11]) „Bull. thérap.", 1886, Bd. 1, pag 299.
[12]) „Bull. thérap.", Bd. 73, 1867, pag. 202.

wieder 3 Kapseln ein. Alsbald stellen sich so heftige Magenschmerzen ein, daß der Kranke eine schlaflose Nacht hatte und die weitere Gonosanbehandlung ablehnte. Urtikaria habe ich bisher infolge der Anwendung des Gonosans nicht beobachtet, bin aber überzeugt, daß Gonosan sowie jedes andere Medikament ein- oder das anderemal eine Urtikaria hervorrufen wird. In 25 Jahren habe ich nur eine Urticaria balsamica infolge von Kubeben, eine infolge von Gonorol beobachtet. Es wird, sobald ein Individuum gegen ein bestimmtes Medikament oder Genußmittel eine Idiosynkrasie besitzt, durch dasselbe stets eine Urtikaria hervorgerufen. Man erlebt oft in dieser Richtung ganz unverständliche Dinge. So kenne ich einen Mann, der nach Genuß von Tomatensuppe stets Urtikaria bekommt, Tomatensauce aber anstandslos genießen kann. Warum diese Frucht in Suppe bei diesem Individuum eine Urtikaria, die 3—4 Tage andauert, hervorruft, in Form einer Sauce aber ganz anstandslos vertragen wird, läßt sich wohl kaum erklären. Unter den 116 mit Gonosan Behandelten traten nur bei 5 Komplikationen auf, und zwar ehe noch die direkte Behandlung eingeleitet worden war. Nämlich dreimal Nebenhodenentzündungen, zweimal akuter Blasenkatarrh. Ich bin der Überzeugung, daß die direkte Behandlung des Harnröhrentrippers mit Injektionen, Wasserspülungen, Katheterisation etc. niemals Komplikationen auslösen wird, wenn die direkte Behandlung zart und schonend ausgeführt wird. Nur wenn mit brutaler Hand vorgegangen wird, veranlaßt die lokale Behandlung die Komplikationen des Trippers.

Was die Wirkung des Gonosans auf die Erektionen anlangt, so beseitigt es dieselben nicht immer. Ein 21 Jahre alter Bäcker, der am 6. Tage seiner Trippererkrankung in meine Behandlung trat und sofort mit Gonosan behandelt wurde, klagte über so häufige und schmerzhafte Erektionen, daß ich ihm Bromnatrium verabreichen mußte; da dieses genügte, um die Erektionen in diesem Falle zu beseitigen, sah ich von der Anwendung des Antipyrin und Trionals, die die schmerzhaften, während des Schlafes eintretenden Erektionen am besten beseitigen, ab.

Da ich hier nicht neuerlich meine Ansichten über die Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers wiederholen will, so muß ich zum Schluß nur noch hervorheben, daß das Gonosan nach meinen bisherigen Erfahrungen zu den Antigonorrhoicis gehört, die vom Magen sehr gut vertragen werden, daß es nie so unangenehme Beschwerden erzeugt wie Terpentin, und daß die Kranken es lieber nehmen als das gewöhnliche Sandelöl. Mit der alleinigen Verabreichung der Balsamika aber sah ich sehr selten eine vollständige Heilung des Trippers eintreten, wenn nicht gleichzeitig Bettruhe, kalte Überschläge auf das Genitale und strenge Beobachtung der Diät die interne Behandlung unterstützten.

Referate.

SUTER (Genf): Über Serumbehandlung des Starrkrampfes, insbesondere über Tetanuserkrankungen trotz prophylaktischer Serumtherapie.

Verf. referiert über 8 bereits veröffentlichte und 6 neue, also zusammen 14 auf der Genfer Klinik mit Serum behandelte Tetanusfälle und kommt zu dem Schlusse, daß das Serum nach Ausbruch des Tetanus von geringem Nutzen ist (LANGENBECKs Archiv, Bd. 75, H. 1). Von den 14 Fällen wurden 7 intrazerebral, 6 subkutan und 1 intraspinal behandelt und nur 2, die auf Grund der längeren Inkubationszeit von vornherein für leichter gehalten wurden und die wahrscheinlich ohne jede Therapie auch geheilt worden wären, sind am Leben geblieben. Die intrazerebrale Injektion hält Verf. nicht für so harmlos, wie es ursprünglich angegeben wurde, hingegen glaubt er, daß die spinale Injektion, die von seinem Patienten sehr gut vertragen wurde, im Verein mit der subkutanen Injektion die zweckmäßigste Art der Einverleibung ist. Einen großen Wert spricht hingegen der Verf. auf Grund der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen an Tieren und Menschen der prophylaktischen Seruminjektion zu, und zwar hält er die Injektion für desto wirksamer, je früher sie vor Ausbruch der Erscheinungen gemacht wurde. Wenn Tetanusgefahr vorhanden ist, so müssen wir bei Operationen und Geburten vor dem Zeitpunkt der Injektion, d. h. vor der Operation bzw. Geburt, injizieren. Bei akzidentellen Wunden muß das Serum möglichst bald nach stattgefundener Verletzung injiziert werden. Im Spitale sollen daher alle Verletzten sofort bei Eintritt die Einspritzung erhalten oder noch besser wäre, wenn die praktischen Ärzte vor der Abgabe in das Spital die Injektion machen würden. Aber nur bei Wunden, die per primam heilen, genügt eine einmalige Einspritzung; bei eiternden Wunden muß öfter injiziert werden, da die Immunität nur $2-2\frac{1}{2}$ Wochen anhält und daher die später erzeugten Toxine durch weitere Injektionen neutralisiert werden müssen. Weiters lehrt die Erfahrung, daß der nach prophylaktischen Seruminjektionen auftretende Tetanus in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (83·3%) abortiv oder mild verläuft und zur Heilung gebracht wird, während die Mortalität dieser Fälle 16·6% beträgt. Diese Beobachtung spricht ebenfalls für die allgemeine Einführung der prophylaktischen Seruminjektion bei allen akzidentellen Wunden.

ERDHEIM.

O. KUTVIRT (Pilsen): Sarkom des Sinus frontalis.

Ein Sarkom des Sinus frontalis ist sehr selten. Verf. fand nur 12 Fälle in der Literatur verzeichnet. Bei einem 21jährigen Manne bildete sich über Nacht im inneren linken Augenwinkel eine kleine Geschwulst, die nach einer Inzision drei Wochen lang Eiter sezernierte. Bald fing eine ähnliche Geschwulst an der Nasenwurzel sich zu bilden an, die nach und nach beide Augen voneinander drängte. Etwas später stellte sich auch eine Verstopfung des linken Nasenloches ein und 5 Monate nach der ersten Affektion stellte sich der Pat. auf der böhmischen Klinik des Prof. KAUFMANN vor, bis zu welcher Zeit er, um dem Militärdienst zu entgehen, jedem chirurgischen Eingriff ausgewichen war. An der Nasenwurzel wurde nun eine Geschwulst von 5 *cm* Breite und 2·5 *cm* Höhe und derber Konsistenz vorgefunden. Bei Druck schmerzt die Geschwulst fast gar nicht und unter ihr kann das Nasenbein durchgefühlt werden. Das rechte untere Augenlid ödematös, beim inneren Winkel ein kleiner Abszeß. Der linke Bulbus ist durch einen ähnlichen Abszeß mehr nach außen gedrängt. Der Visus und ophthalmologische Befund normal. Die Atmung durch das linke Nasenloch ziemlich erschwert und daselbst ein weißlicher, höckeriger, leicht blutender Körper zu sehen. Bei Durchleuchtung der Highmorshöhlen diese transparent. Bald stellte sich Erysipel ein, in dessen Verlaufe beide Indurationen unter den unteren Augenlidern vereiterten. Nach einer Inzision und Reinigung fiel die Temperatur ab. Am 16. Juni wurde die Stirnhöhle geöffnet und die Geschwulst aus der ethmoidalen Kavität und der rechten Nasenhöhle samt den usurierten Knochen entfernt, so daß die harte Hirnhaut in einer Breite von 1 *cm* und einer Tiefe von 2 *cm* entblößt war. Doch nach kurzer Zeit fing die Geschwulst von neuem zu wuchern an. Bei der zweiten Operation, drei Monate später, erfüllte die Geschwulst beide Highmorshöhlen. Zwei Tage darauf Exitus. Bei der Autopsie fand man eine partielle Adhäsion der Dura am Knochen, die Gehirnbasis war, vornehmlich in den mittleren Partien, in der Medulla oblongata und im unteren Teile des kleinen Gehirns alteriert. In der Nähe der Crista Galli saß ein erweichter Eiterherd in der Größe einer Nuß. Die weiße Substanz breiartig verändert, in der Tiefe, links vor dem Nucleus caudatus, ein Abszeß mit zahlreichen Hämorrhagien, Eiter auch in der dritten Kammer. Histologisch handelte es sich um ein Rund- und Spindelzellensarkom. Verf. kennt nur einen Fall von Frontalhöhlensarkom, der operativ (von KAUFMANN, Prag) geheilt wurde und bis jetzt, nach 12 Jahren, rezidivfrei blieb. Der beschriebene Fall ist besonders dadurch interessant, daß meningeale Symptome nicht früher konstatiert werden konnten, als kurz vor dem Tode, obwohl schon bei der ersten Operation Eiter in der Gehirnhöhle vorhanden war und es sich schon damals um eine Meningitis handeln mußte. Kein Opisthotonus, obwohl das verlängerte Mark und die Basis des kleinen Gehirns entzündet waren („Sbornik klinický", Bd. 5, H. 6).

STOCK.

E. Maixner (Prag): **Über die Pathogenese der Herzarhythmien.**

Die Engelmannsche Schule spricht dermalen dem Herzmuskel jene Funktionen zu, die früher den Herzganglien zugeschrieben wurden, d. i. den Automatismus der Herzbewegung, die Zahl, die regelmäßige Folgenreihe und die Ausdehnung der Kontraktionen. Die Rolle der Herznerven soll danach nur eine untergeordnete sein. Die Herzganglien sind nur feine, die Bewegung des Herzens regulierende Organe. Die Klinik schreibt hingegen den Herznerven bei dem Automatismus und dem Rhythmus mehr Wichtigkeit zu als dem Herzmuskel und Verf. teilt diese Meinung. In seiner Arbeit verteidigt er zweierlei Arten von Arhythmieursprung („Sborník klinický“, Bd. 4, H. 5): *a)* Eine neurogene, ohne Ausnahme wahrscheinlich auf reflektorischem Wege entstandene; *b)* eine myogene, die entweder durch anatomische Veränderungen oder durch Schwäche des Herzmuskels herbeigeführt wird. Im ersten Fall — der neurogenen Arhythmie — handelt es sich um trophische Störungen, im anderen Falle — myogene Arhythmie — um anatomische Veränderungen des Herzmuskels. Die myogenen Herzarhythmien sind ein Beweis einer entweder absoluten (wenn der Muskel schwer geschädigt ist) oder relativen Unzulänglichkeit des Herzmuskels (wenn der Muskel wegen großer Hindernisse im Blutkreislauf seine regelmäßige Arbeit nicht verrichten kann). Indem Verf. erwähnt, daß Ch. Williams den intermittierenden Puls, die Bigeminie des Herzens und des Pulses (die von Leyden falsch als Hemisystolie, ja sogar als Allorhythmie beschrieben wurde) kennt, analysiert er die verschiedenen Formen von Herzarhythmien: 1. Der intermittierende Puls, der in verschiedenen Spielarten auch zum aussetzenden wird. Verf. führt Beweise an, daß er durch eine Extrasystole verursacht wird und daß er in seinem Charakter mit der Bigeminie und Trigeminie des Herzens und des Pulses übereinstimmt, daß der alternierende Puls eine Modifikation der Bigeminie ist; ebenso erklärt er, warum die Kompensationspause, die der Intermission folgt, und die Bigeminie einmal zwei normalen Herzperioden gleicht, ein anderesmal im Gegenteil viel kürzer ist. 2. Gewisse Formen von Bradykardie können durch eine Intermission erklärt werden und damit stimmt die Darstellung von Wenckebach und A. Hoffmann, nach welcher die Bradykardie in den meisten Fällen durch eine verzögerte Fortpflanzung verursacht wäre, nicht überein. Die Bradykardie hängt entweder von der Aktion des Vagus ab, alsdann stellen alle Herzpartien eine Bewegungsverzögerung dar, oder davon, daß der Herzmuskel, sozusagen, zur Irritation seines Reizagens zu träge ist. Die Verzögerung der Fortpflanzung von den venösen Orifizien zum Herzmuskel kann weder aus den Fällen von Hoffmann, noch von Wenckebach abgeleitet werden und bisher hat noch kein Kliniker eine Bradykardie dieser Art beim Menschen konstatieren können; wenn man sagt, daß sie dadurch charakterisiert ist, daß auf zwei Pulsbewegungen am Halse eine Ventrikelkontraktion folgt, so kann eingewendet werden, daß weder Wenckebach, noch Hoffmann eine vollkommene Untätigkeit des Ventrikels bewiesen haben. 3. Das Syndrom von Adam-Stokes, das Huchard so gut beschrieben hat, vereinigt in seinen Symptomen eine auffallendere Bradykardie von 20—10—5 Pulsationen. Diese in stärksten Anfällen vorkommende Bradykardie erklären His jun. und Hoffmann in gleicher Weise durch eine Verzögerung in der Fortpflanzung von Reizkräften von den Aurikeln zu den Ventrikeln. Auch diese Erklärung ist falsch und diese Bradykardie ist nur eine scheinbare. Auch hier handelt es sich um ungelungene Ventrikelkontraktionen, die mit regelmäßigen Kontraktionen abwechseln. 4. Die Hemisystolie stellt sich nach Maixner nie unter der Form einer einfachen Hemisystolie, auch nicht einer alternierenden Asystolie vor und kann nur durch ungelungene, abwechselnd dazukommende Systolen erklärt werden. 5. Eine vollkommene Arhythmie kommt bei schweren anatomischen Veränderungen des Herzens vor während großer Herzschwäche, und da ist sie dann dauerhaft. Vorübergehend kommt sie bei Nikotinvergiftungen und bei gewissen Formen von Dyspepsien vor. Die Unregelmäßigkeit wird von einer Ungleichheit der Kontraktion begleitet. Das Sphygmogramm lehrt, daß die Unregelmäßigkeit des Pulses in inniger Konnexion mit der Bigeminie und Trigeminie ist. Eine vollkommene Irregularität kann durch eine Störung aller anatomischen Eigenschaften des Herzens, der Irritabilität, des Leitungs- und des Kontraktionsvermögens des Herzmuskels erklärt werden. Dann sind die Ganglien, welche die feine Regelmäßigkeit der Herzbewegungen besorgen, gewiß auch schwer beschädigt. Stock.

B. N. Cholzow (St. Petersburg): **Über den relativen Wert der verschiedenen operativen Methoden der Prostatahypertrophie-Behandlung und über die Indikationen derselben.**

Verf. führt aus („Russki Wratsch“, 1904, Nr. 4), daß es eine Methode der operativen Behandlung, welche für sämtliche Fälle von Prostatahypertrophie geeignet wäre, nicht gibt. Bei allen Methoden können positive und auch negative Resultate erzielt werden. Bei der Beurteilung des Wertes aller dieser Methoden müssen erwogen werden: 1. Die Lebensgefahr, 2. das unmittelbare Resultat, 3. die radikale Bedeutung im Sinne einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs und 4. die technische Seite, d. h. die mehr oder minder große Leichtigkeit der Ausführung. Die Kastration ist zweifellos sowohl für den Allgemeinzustand der Kranken die schwerste, wie auch für das Leben gefährlichste Operation. Wenn man außerdem in Erwägung zieht, daß die Kastration zugleich seltener als die übrigen Methoden, außer der Vasektomie, zur Wiederherstellung der Blasenfunktion führt, so ergibt sich schon daraus, daß man diese Operation vollständig verlassen muß. In dieser Richtung dürfen auch keine Konzessionen gemacht werden: Man soll zur Kastration auch in denjenigen Fällen nicht greifen, in denen die Hoden und Nebenhoden unheilbare krankhafte Veränderungen entzündlicher oder anderer Natur aufweisen, da diese Organe eventuell für die allgemeine Ökonomie des Organismus auch dann nötig sind, wenn sie in sexueller Beziehung ihre Bedeutung eingebüßt haben. Wenn aber die Hoden bzw. Nebenhoden mit Tuberkulose oder maligner Neubildung behaftet sind, so liegt selbstverständlich eine Indikation zur Kastration vor, diese ist aber in den Organen selbst und nicht in der zugleich bestehenden Prostatahypertrophie gegeben. Am wenigsten gefährlich für das Leben des Patienten sind die Vasektomie und die Bottinische Operation. Dagegen muß die Prostatektomie, sowohl die suprapubische wie auch die perineale, als eine langwierige Operation, welche Narkose erheischt und mit profuser Blutung einhergeht, betrachtet werden. Am häufigsten wird ein unmittelbar günstiges Resultat im Sinne einer Wiederherstellung der Blasenfunktion durch die Prostatektomie und die Bottinische Operation, seltener durch die Vasektomie, erzielt. Den meisten Anspruch auf die Bezeichnung als radikale Operation hat zweifellos die perineale Prostatektomie, bei der man den ganzen Teil der Prostata entfernen kann, der hinten und an den Seiten der Harnröhre liegt, sowie den Teil, der hinten in die Harnblase hineinragt. In dieser Beziehung steht die Bottinische Operation der perinealen Prostatektomie nach. Die suprapubische Prostatektomie, bei der es gelingt, nur den in das Lumen der Blase hineinragenden Teil der Prostata zu entfernen, kann gleichfalls keinen Anspruch auf die Bedeutung einer radikalen Operation erheben, mit Ausnahme derjenigen Fälle, in denen es sich um zirkumskripte Hypertrophie des mittleren Prostatalappens handelt. Die Vasektomie, deren Wirkung auf Verringerung der passiven Hyperämie in der Prostata zurückgeführt werden muß, gibt ein weniger günstiges Dauerresultat. In technischer Beziehung sind die Vasektomie und die Bottinische Operation die einfachsten Operationsmethoden. Die perineale Prostatektomie ist im dritten Krankheitsstadium bei allgemeiner oder partieller Hypertrophie der Prostata angezeigt, wenn der Allgemeinzustand des Kranken ein unbedingt guter ist und die Harnwege entweder gar nicht oder nur gering affiziert sind. Unter diesen Verhältnissen ist die perineale Prostatektomie im ersten und zweiten Krankheitsstadium angezeigt, wenn die Vasektomie ein positives Resultat nicht ergeben hat. Die suprapubische Prostatektomie ist bei Hypertrophie der Prostata angezeigt, bei der der hypertrophierte mittlere Prostatalappen in die Blase in Form einer zirkumskripten, auf einem Stiele sitzenden Geschwulst hineinragt. Vielleicht wird man auch solche

Geschwülste auf perinealem Wege entfernen können, sobald die Technik der perinealen Prostatektomie eine weitere Vervollkommnung erfahren wird. Die BOTTINIsche Operation ist in denselben Fällen angezeigt, in denen die perineale Prostatektomie in Betracht kommt, und gelangt dann zur Anwendung, wenn es sich um dekrepide Patienten mit mehr oder minder stark ausgesprochener Affektion der Harnwege handelt. Hat die Hypertrophie der Prostata einen hohen Grad erreicht, so ergibt die BOTTINIsche Operation nicht immer ein gutes funktionelles Resultat, namentlich wenn der mittlere Lappen bedeutend hypertrophiert ist. Absolut negativ fällt die BOTTINIsche Operation in den Fällen aus, in denen es sich um eine am Blasenausgang auf einem Stiele sitzende Geschwulst handelt, wenn es nicht gelingt, die Geschwulst nach der Methode von YOUNG zu entfernen. L—y.

ROOS und HINSBERG (Mannheim): Eine therapeutisch wirksame Substanz aus der Hefe, Cerolin, Fettsubstanz der Hefe.

Die Untersuchung des alkoholischen Extraktes der Hefe, das eine leicht abführende Wirkung zeigt, ergab, daß dasselbe keine oder nur ganz geringe Mengen freier Fettsäuren enthält, wohl aber erhebliche Mengen neutralen Fettes. Daß ein solches sich in der Hefe findet, ist bereits von früheren Untersuchern, zuletzt im Jahre 1878 von NÄGELI und LÖW, festgestellt worden. Die untersuchten Fettsäuren mußten deshalb wohl aus diesem Fette stammen, das sich in etwas schwankender Menge in der Hefe findet. Meist beträgt der Gehalt der getrockneten Hefe etwa 3%. Verff. fanden („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 28 u. 29) nun, daß die abführende Wirkung der Hefe jedenfalls zu einem erheblichen Teile auf der in ihr enthaltenen Fettsubstanz resp. den Fettsäuren derselben beruht. Das „Cerolin" wirkt schon in kleinen Dosen leicht und ohne Beschwerden stuhlbefördernd, manchmal mit einer gewissen Nachwirkung, jedenfalls keinerlei Neigung zur Stuhlverhaltung hinterlassend, und könnte deshalb zum Zweck der Stuhlregulierung, besonders in Form längerer Eingabe, bei geeigneten Fällen leichterer Obstipation gewiß gelegentlich mit Nutzen Verwendung finden. Die Substanz ist aber eben wegen ihrer milden Wirksamkeit kein sogenanntes sicheres Abführmittel, macht deshalb aber auch nur selten dünnen Stuhl und so gut wie nie sonstige Beschwerden. ROOS und HINSBERG fanden sodann auch, daß bei 9 von 11 Fällen rezidivierender Furunkelbildung, die bereits seit 1—2 Monaten bestand, unter Cerolinbehandlung rasch Heilung eintrat. Es scheint demnach dem Fett der Hefe, dem Cerolin resp. den Säuren desselben, neben der Beeinflussung des Darms auch eine Einwirkung auf Hautaffektionen, wie Furunkulosis und Akne, zuzukommen; damit wäre dasselbe als die Substanz charakterisiert, der die bisher mit einiger Sicherheit mit der Hefe beobachteten therapeutischen Wirkungen innewohnen. Wie weit die Gärung dabei beteiligt ist, ob das mit gärungsfähiger Hefe eingegebene Fett plus Gärung stärker, schwächer oder ebenso wirkt wie entsprechende Mengen reines Cerolin, kann nur durch umfangreiche weitere Versuche entschieden werden. Als durchschnittliche, übrigens ohne Bedenken überschreitbare Dosis wäre etwa dreimal 0·1—0·2 *g* zu betrachten. Möglicherweise ist es empfehlenswerter, die Fettsäuren als Seifen, wie Natron- oder Magnesiaseife, oder in Form von Kalkseife, die in einigen Fällen etwas stärker zu wirken schien, als entsprechende Mengen unverändertes Fett, einzugeben. L.

EUGEN V. KOZICZKOWSKY (Kissingen). Beiträge zur Methodik der klinischen Stuhluntersuchung.

Verf. hat die Bedeutung und Technik der Aloinreaktion für die Feststellung des Blutgehalts der Fäzes untersucht („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 33). Er empfiehlt folgenden Untersuchungsmodus: Dem Kranken wird unter Ausschaltung aller blutfarbstoffhaltigen Nahrungsmittel und Medikamente eine Diät verabreicht, die aus Milch, Mehl, Brot, Eiern, Obst und nicht zu viel Fett besteht und die mit Kohle abgegrenzt wird. Wenn die durch Kohle bedingte Schwarzfärbung im Stuhl vorüber ist, beginnt man mehrere Tage lang den Stuhl auf Blut zu untersuchen, weil die diagnostische Bedeutung eines positiven Befundes um so größer ist, je häufiger er erhoben wird. Man nimmt nun eine Probe der Fäzes und extrahiert daraus das Fett; nachdem der zum größten Teil entfettete Stuhl 1—2 Minuten mit Eisessig digeriert ist, wird das Ganze in ein neues Gefäß gegossen und nun mit Äther extrahiert. Gewöhnlich nahm Verf. zur Untersuchung von 5 *g* Stuhl mindestens 5 *g* Eisessig und extrahierte das Gesamtquantum mit 5—10 cm^3 Äther. Das eventuell noch filtrierte Ätherextrakt wird nun zuerst mit 1—1½ cm^3 in einer graduierten Pipette abgemessen, mit ozonisiertem Terpentinöl überschichtet und dann mit ½ cm^3 einer stets frisch bereiteten, zirka 3%igen alkoholischen Aloinlösung (0·3 *g* Aloin werden in 10 cm^3 60—70%igen Alkohols gelöst) versetzt. Führt man in dieser Weise die Reaktion aus, so kann bei positivem Ausfall der Reaktion folgendes eintreten: 1. Das Terpentinöl bildet auf dem Extrakt eine Schicht und direkt darunter tritt eine sich sehr schön abhebende, ringförmige, durchsichtig rote Schicht auf. 2. Das Terpentinöl mischt sich mit dem essigsauren Ätherextrakt und der Aloinzusatz bewirkt eine gleichmäßige Rotfärbung der gesamten Flüssigkeit. 3. Das Terpentinöl sinkt zu Boden und an der unteren Kuppe oder Spitze des Reagensglases tritt die Rötung auf. Die Reaktion tritt zuweilen zugleich, zuweilen erst nach einigen Minuten auf. Bei Karzinomen des Intestinaltraktus läßt sich häufig oder fast regelmäßig Blutfarbstoff in den Fäzes nachweisen. In zweiter Linie sind es die Ulcera des Magens und Darms, bei welchen häufig der Nachweis von Blut in den Fäzes gelingt, aber im Gegensatz zu den Karzinomen mehr sprunghaft und intermittierend. Auch für den Blutnachweis im Mageninhalt eignet sich die Aloinprobe sehr gut. Zur quantitativen Bestimmung des Eiweißrestes in den Fäzes ging K. in der Weise vor, daß er die Menge der in den Fäzes enthaltenen, der Nachverdauung zugänglichen Eiweißreste bestimmte, indem er ein bestimmtes Quantum präparierten Stuhles mit einer in bezug auf ihren Gehalt an HCl bekannten HCl-Pepsinlösung 24 Stunden lang der Nachverdauung im Brutofen übergab und feststellte, wieviel von der freien HCl in dieser Zeit in den gebundenen Zustand übergeführt worden war. Dabei wurde eine ganz bestimmte Diät innegehalten. In der Mehrzahl der Fälle fand sich ein Anwachsen der gebundenen Salzsäure, entsprechend 15—18 cm^3 $^1/_{10}$-Normalnatronlauge. Verf. hat schließlich auch die Verweildauer der Nahrung im Verdauungskanal bestimmt. Er benutzte bei diesen Bestimmungen eine gemischte Diät, bestehend aus Milch, Zwieback, Bouillon, Ei, Hafermehlsuppe, Schabefleisch, Kartoffelbrei, Butter und fand in Fällen mit klinisch nicht wahrnehmbaren Darmstörungen eine Verweildauer von 15—25 Stunden; in pathologischen Fällen betrug die kürzeste Verweildauer dieser Diät 4 Stunden. Die Abgrenzung erfolgte mit 0·5 *g* Karmin, das beim Beginn der Probediät gereicht wurde. Die Zeit vom Beginn der Verabreichung bis zum Erscheinen des ersten rot gefärbten Stuhls wurde als Verweildauer gerechnet. B.

H. LEO (Bonn): Über die Beeinflussung der Sonnenlichtwirkung durch Meerwasser.

Unter dem Einflusse des Sonnenlichtes (direkten oder zerstreuten) treten in Mischungen von Meerwasser und gewissen labilen Substanzen Oxydationen dieser letzteren ein, welche in den gleichen Mischungen im Dunkeln sowie in Mischungen derselben Substanzen mit H_2O im Sonnenlichte entweder gar nicht oder in deutlich schwächerem Maße, respektive langsamer entstehen („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 52). Verf. erwähnt in dieser Beziehung die Umwandlung des β-Naphthols in Naphthochinon (von EDLEFSEN angegebene Reaktion) sowie die prägnante Steigerung der Bläuung eines Gemisches von α-Naphthol + Paraphenylendiamin. Letztere Reaktion ist besonders bemerkenswert, da nach v. TAPPEINER dieses Reagens durch die fluoreszierenden Substanzen nicht beeinflußt wird. Beim Vermischen von Meerwasser mit einem Gemenge von alkoholischer Guajaklösung und wässeriger Chloralhydratlösung tritt sofort Bläuung ein, welche im Dunkeln bestehen bleibt, während unter dem Einflusse des Sonnenlichtes, offenbar infolge weiterer Intoxikation, erst Grünfärbung und dann völlige Abblassung erfolgt. Die zersetzende Wirkung des Lichtes auf Enzyme und Hefezellen scheint durch die Beimengung von Meerwasser nicht gesteigert zu werden. Die photochemische

Wirkung des Meerwassers äußert sich außerdem auch in einer Hemmung gewisser Lichtwirkungen, so der Spaltung des Wasserstoffsuperoxydes und der Oxydation des Acetons. Gekochtes Meerwasser sowie künstliche, entsprechend der Zusammensetzung des Meerwassers fabrizierte Salzlösungen äußern analoge photochemische Wirkungen wie das natürliche Meerwasser. B.

JULIUS LOEWENHEIM (Berlin): **Physiologische und therapeutische Erfahrungen mit dem organischen Phosphor, insbesondere mit „Phytin".**

Das Phytin ist in allen Samen, Knollen, Wurzeln etc. als unabhängiger Phosphor-Reservestoff abgelagert und zur Entwicklung des pflanzlichen Embryo bestimmt. Es ist, kurz zusammengefaßt, der organische Phosphor-Reservestoff der grünen Pflanze, der auch einen bedeutenden Teil der Phosphor-Nahrungssubstanzen des Menschen ausmacht. Das Phytin stellt ein weißes, nicht riechendes, fast geschmackloses Pulver dar, das sich in Wasser löst und ohne Widerwillen lange Zeit hindurch nehmen läßt. Es wird in einer sehr zweckmäßigen und für die Darreichung des Pulvers sehr sauberen Form in den Handel gebracht, nämlich in kleinen, 0·25 *g* Phytin enthaltenden Gelatinekapseln; diese werden zum Gebrauch durch Auseinanderziehen der beiden Kapselhälften geöffnet, worauf der Inhalt ohne weiteres in ein bereit gestelltes Glas mit etwas Wasser oder Zuckerwasser geschüttet werden kann. Diese Dosierung in den Gelatinekapseln erlaubt den Patienten, das Phytin stets bei sich zu tragen und auch während des Berufes oder auf Spazierwegen, Reisen usw. nach der ärztlichen Verordnung bequem zu nehmen. Die tägliche Dosis beträgt bei den Erwachsenen durchschnittlich 1·0, also vier Kapseln, bei Kindern von 6—10 Jahren 0·5—1·0, von 2—6 Jahren 0·25—0·5 *g* Phytin. Verf. hat das Mittel bei Rachitis, Neurasthenie, anämischen Zuständen und auch bei manchen Fällen von Lungentuberkulose mit Erfolg verwendet. L.

V. BOKAY (Budapest): **Über die DUKESsche „Vierte" Krankheit („Fourth disease").**

C. DUKES hat im Jahre 1892 epidemisch auftretende Hautausschläge beobachtet, die bei aller Scharlachähnlichkeit doch in bezug auf Infektiosität, Dauer, Ausbreitung und Verlaufsweise von dem typischen Krankheitsbilde abwichen und von dem Autor daher als eine sowohl von Scharlach als auch von Röteln unabhängige Erkrankung angesprochen wurden („Lancet", 1900). Unbedeutende Prodromalerscheinungen (Halsweh, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit), eine Inkubation von 9—21 Tagen, ein in wenigen Stunden den ganzen Körper überziehender, nur das Gesicht verschonender, punktierter, blaßroter Ausschlag sowie multiple Drüsenschwellung charakterisieren den von DUKES geschilderten Symptomenkomplex. Mäßige Abschuppung, gelegentlich schwache Albuminurie sowie ein Aufhören der Ansteckungsgefahr nach 2—3 Wochen sollen weiterhin die Eigenart der Infektion ergänzen. J. WEAVER entwarf sodann (1901) die gleichen Grundzüge des Prozesses und legte auf das subjektive Wohlgefühl, den geringen Temperaturanstieg sowie den Mangel katarrhalischer Erscheinungen den Schwerpunkt. Verf. spricht sich nun auf Grund seiner reichen Erfahrungen in der Spitalstätigkeit sowie in der häuslichen Beobachtung („Zentralbl. f. d. ges. Ther.", 1905, Nr. 1) entschieden für die Berechtigung aus, diese Krankheitsbilder einer besonderen Klassifikation zu unterziehen. B.

HEIMAN (London): **Multiple Periarthritis gonorrhoica bei einem Kind.**

Ein $2^1/_2$ Jahre alter Knabe, der bisher stets gesund gewesen war, erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen eines akuten Gelenkrheumatismus („Med. Record", 21. Mai 1904). 3 Tage vorher hatte das Kind sich eine Verletzung an der rechten Fußsohle zugezogen. Im Anschluß daran trat Fieber ein, der Fuß schmerzte heftig, das Kind konnte nicht auftreten. Die inneren Organe wiesen normalen Befund auf. Am 3. Tag waren beide großen Zehen sowie das linke Handgelenk gerötet, geschwellt und sehr schmerzhaft. Die offenbar mit einem spitzen Gegenstand beigebrachte Wunde war einen Zentimeter lang und eiterte. Die antirheumatische Therapie versagte vollkommen, so daß nach 3 Wochen, als die Wunde am rechten Fuß schon längst vernarbt war, die Periarthritis an beiden großen Zehen und am linken Handgelenk in vollem Maße fortbestand. Um diese Zeit zeigten sich die ersten Zeichen einer Suppuration in den betroffenen Partien. In Chloroformnarkose machte HEIMAN Inzisionen und drainierte die gesetzten Wunden. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters, der durch die Inzisionen entleert worden war, ergab deutliche Gonokokken. Auch durch die Anlegung von Kulturen wurde die gonorrhoische Natur der Periarthritis festgestellt. Konjunktiva, Urethra und Rektum waren frei. Vier Monate nach Beginn der Erkrankung waren die Inzisionswunden vernarbt. Herzerscheinungen waren während des ganzen Krankheitsverlaufes nicht aufgetreten. Obgleich die kleine Verletzung an der rechten Fußsohle nicht bakteriologisch untersucht wurde, ist HEIMAN der Meinung, daß diese die Eingangspforte der Infektion gewesen ist. Der Vater des Patienten litt zur selben Zeit an einer akuten Gonorrhöe, die Mutter an einer Vulvovaginitis. Im Sekrete beider hatte HEIMAN Gonokokken nachgewiesen. J. ST.

Kleine Mitteilungen.

— Über den **Einfluß von Nährklystieren auf die Peristaltik und Sekretion im Magendarmkanal** berichtet LOEWE („Zeitschrift f. klin. Med.", Bd. 50, H. 3 u. 4). Verf. fand: Es ist ohne weiteres zulässig und bedingt keinerlei motorische Schädigung des Digestionstraktus, wenn man Nährklystiere bei Erkrankungen des Magens und der oberen Darmteile anwendet, also besonders bei Magengeschwüren und -Blutungen, ferner bei Duodenalaffektionen und nach Operationen in diesen Gegenden. Setzt man dem Nährklysma Opium zu, so kann man solche auch bei Erkrankungen der mittleren Darmabschnitte anwenden, was um so wertvoller ist, als gerade in diesen Darmabschnitten bei der Ernährung durch den Mund die stärkste Peristaltik aufzutreten pflegt. Dagegen sind Nährklystiere in jedem Falle kontraindiziert bei Perityphlitis und Typhus in der Zeit der Schorflösung, weil die Ileozökalgegend meistens von der Gesamtmasse des Klystiers erreicht wird und weil ferner gerade in dieser Darmgegend, wie dies die Versuche des Verf.s lehren, sich der größte Teil der motorischen Erscheinungen abspielt. — Was den Einfluß der Nährklystiere auf die Sekretion des Magens anlangt, so existieren über diese Frage einige Arbeiten, so besonders von METZGER, dagegen fehlen solche vollkommen bezüglich der Sekretion der Leber, der Bauchspeicheldrüse und der Darmdrüsen.

— Über die **Wirkung intravenöser Collargolinjektionen auf die morphologischen Bestandteile des Bluts** im Verlauf schwerer septischer und pyämischer Erkrankungen berichtet CERESOLE („Riv. Ven. di Sc. Med.", 1904, pag. 193). CERESOLE hat seine Untersuchungen an 14 Schwerkranken gemacht, deren Blut er gleichzeitig zum Zweck der Kontrolle 24 Stunden vor jeder Injektion und noch 3 Tage nach der letzten Injektion einmal täglich untersuchte. Er fand weder die Zahl der roten Blutkörperchen noch den Hämoglobingehalt des Bluts verändert. Dagegen beobachtete er konstant ein Vermehrung der Leukozyten, die sehr deutlich nach der ersten Injektion, weniger nach den darauffolgenden, ausgesprochen war. Diese Hyperleukozytose war keine andauernde. Den von andrer Seite als Folge der intravenösen Collargolinjektionen beobachteten Temperaturabfall konnte Verf. auch in 2 Erysipelfällen konstatieren, wo von einem Tag auf den andern die Temperatur von 39·5° auf 36·4°, resp. von 40·1 auf 36·8 sank.

— Das **Euchinin** verdankt seine Entstehung dem Bestreben, einige der Unzuträglichkeiten zu beseitigen, die dem Chinin anhaften, nämlich den bittern unangenehmen Geschmack, Brechreiz, Ohrensausen, Appetitverlust etc., ohne daß das fragliche Alkaloid nach dem Übergang in seine neue chemische Form irgend eine seiner kostbaren heilkräftigen Eigenschaften einbüßt. Es ist allgemein in Aufnahme gekommen und in allen Fällen angewandt worden, in welchen der Gebrauch von Chinin und seiner Salze angezeigt ist (AGUILAR, „Rev. Valenc. d. Scienc. Méd.", 1904, Nr. 36). Das Präparat ist ein



Äthylkarbonat des Chinins und wird erhalten, indem man Chlorkohlensäureäthyläther auf Chinin einwirken läßt. Die Unschädlichkeit des Mittels ist zweifellos festgestellt, da die Anwendung starker Gaben desselben (1, 2 und 6 *g* pro Tag) bei Erwachsenen keinerlei Störungen herbeiführt. Auch können Euchinin oder seine Salze genau in gleicher Weise wie Chinin gegeben werden, wo die Verwendung des letzteren indiziert erscheint.

— Als **Schlafmittel bei Psychosen** hat JOURMAN das Hedonal versucht. Er reichte es („Med. Obosr.", 1904) in 19 Fällen von Psychosen verschiedenster Art in Dosen von 1—4 *g* mit einer größeren Quantität Wasser. Das Einschlummern erfolgte in der Regel nach $^1/_2$—1 Stunde, manchmal auch etwas später, die Dauer des Schlafes wechselte zwischen 3—10 Stunden und darüber; der Schlaf war bisweilen unruhig. Gewöhnung machte sich ziemlich bald bemerkbar. Hingegen wurden weder kumulative Wirkung noch unerwünschte Nebenerscheinungen beobachtet, obgleich das Mittel in gewissen Fällen 16, 19 und sogar 25 Tage ohne Unterbrechung verabfolgt wurde. Bei Alkoholdelirien erwies sich das Hedonal vollkommen unwirksam; bei progressiver Paralyse in Dosen von 1—1·5 *g* als nicht ausreichend. Selbst Gaben bis zu 3 *g* haben nicht immer genügenden Erfolg gehabt, z. B. in einem Falle von Mania agitans. Bei Idiotie zerebralen Ursprungs brachten 2 *g* Hedonal langen, ruhigen Schlaf. Bei melancholischem Irrsein waren zur Herbeiführung von Schlaf 3—4 *g* erforderlich. Obwohl das Mittel in einem Falle von Angina und Interkostalneuralgie seine hypnotische Kraft bewährte, hat Verf. im allgemeinen doch keine eigentlich beruhigende Wirkung beobachtet.

— Den **Übergang der Toxine von der Mutter auf die Frucht** hat SCHMIDLECHNER experimentell geprüft („Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.", Bd. 52, H. 3). Verf. arbeitete vornehmlich an Meerschweinchen und benutzte ein genau dosiertes Diphtherietoxin. Die Resultate sind folgende: Bei der Intoxikation des schwangeren Tieres geht ein Teil des Toxins in das Blut der Frucht über und verursacht im Leben und im Organismus der Frucht dieselben Veränderungen wie im Organismus der Mutter. Der Grad der Intensität der Veränderungen hängt von der Menge des in die Mutter gelangten Toxins ab. Die Veränderungen entwickeln sich in der Frucht schneller und in höherem Grade als in der Mutter. Der Übergang des Toxins von der mütterlichen Zirkulation auf die fötale kann nur in der Plazenta vor sich gehen. Zum Übergang des Toxins ist eine sehr kurze Zeit genügend. Die überflüssige Menge des in die fötale Zirkulation gelangten Toxins bleibt eine zeitlang unverändert; wenn dieses fötale Blut auf geeignete Weise in den Organismus eines anderen Tieres gelangt, verursacht es im Leben und im Organismus desselben dieselben Veränderungen wie im Organismus des vergifteten Tieres und seiner Frucht.

— Das **Urotropin als Prophylaktikum gegen Scharlachnephritis** empfiehlt K. PATSCHKOWSKI („Therap. Monatsh.", 1904, Nr. 12). Die Versuche wurden bei den Scharlachkranken, und zwar hauptsächlich Kindern des Charlottenburger städtischen Krankenhauses, unternommen. Urotropin wurde in 52 Scharlachfällen gegeben. Von diesen erhielten 8 das Urotropin 10—21 Tage lang hintereinander in Dosen von 0·25, die übrigen 44 dreimal je 4 Tage lang mit bestimmten Unterbrechungen dieselben Dosen. Von den 44 so behandelten Patienten bekamen nur 2 Nephritis. Eine schädliche Wirkung des Urotropins konnte in keinem Falle beobachtet werden. Der Vergleich mit den ohne Urotropin behandelten Fällen spricht entschieden zugunsten der Urotropinmedikation. Verf. meint schließlich, man solle auch bei Sepsis, z. B. puerperaler Sepsis, prophylaktisch gegen Nephritis Urotropin geben.

— Mit **Styracol** (Guajakol-Zimtsäureäther) hat ENGELS bei akuter und chronischer Enteritis vorzügliche Resultate erzielt („Therapie der Gegenwart", 1904, Nr. 8). Um die Styracolwirkung an möglichst einwandfreien Fällen zu studieren, wurden besonders solche Patienten ausgewählt, bei denen während anhaltender Diarrhöen aus der Qualität des Stuhles neben funktionellen auch auf anatomische Störungen geschlossen werden konnte. Absichtlich wurde dabei öfters die Diät vernachlässigt, um die reine Wirkung des Styracols kennen zu lernen. Beschrieben werden im ganzen 17 Fälle. Als zweckmäßige Dosen ergaben sich bei Säuglingen 0·25, bei älteren Kindern 0·5, bei Erwachsenen 1·0 *g*, 3—4mal täglich. Man kann zwar unbedenklich 6 *g* und mehr geben, es hat sich aber gezeigt, daß so große Dosen zum mindesten überflüssig sind. Aus der Beobachtung von ENGELS geht hervor, daß Styracol natürlich ebenso wenig ein Allheilmittel für die Enteritiden ist wie alle übrigen Darmantiseptika; sicher aber hat es vor vielen Darmdesinfizientien die Vorzüge relativer Ungiftigkeit und Unschädlichkeit für den Magen — die Aufspaltung in die beiden sehr stark antiseptischen Komponenten Guajakol und Zimtsäure erfolgt erst loco laesae functionis, im Darm — voraus.

— Die Frage der **Einwirkung der Kastration auf den Phosphorgehalt des weiblichen Organismus** hat HEYMAN untersucht („Arch. f. Gyn.", Bd. 73) und zur experimentellen Prüfung dieser Frage bei 4 normalen und 4 kastrierten Ratten, die die Operation zwischen 40 und 120 Tagen überlebt hatten, den Gesamtgehalt des Körpers an Phosphor sowie noch besonders den Gehalt des Skeletts und der Weichteile an den verschiedenen phosphorhaltigen Komponenten bestimmt. Die Resultate waren folgende: Es ist sicher, daß die Kastration gesunder, weiblicher Säugetiere keine dauernde Phosphorretention zur Folge hat. Es scheint vielmehr eine Verminderung des Phosphorgehaltes des Organismus einzutreten; dieselbe scheint sowohl die Phosphate der Weichteile wie des Skeletts zu betreffen. Der Lezithingehalt wird durch die Kastration nicht beeinflußt.

— Aus den Berichten über **Cholelysin** geht im Gegensatze zu den Ausführungen KLEMPERERS („Therapie der Gegenwart", 1904, Nr. 5) die Tatsache hervor, daß überall dort, wo die Anwendung des ölsauren Natriums gegen die Gallensteinkrankheit angezeigt erscheint, dem „Cholelysin" der Vorzug vor dem reinen ölsauren Natrium zu geben ist. Denn durch die Anlagerung des ölsauren Natriums an Eiweiß wird dem Präparat nicht nur der unangenehme Geruch und Geschmack des reinen ölsauren Natriums, sondern vor allen Dingen die Ätzwirkung auf die Magenschleimhaut genommen, da das mit Eiweiß gesättigte ölsaure Natrium die Schleimhaut nicht angreift. Das ölsaure Natrium bleibt aber gleich löslich, auch das Cholelysinum siccum löst sich leicht in Wasser auf.

— Das **Schicksal von Salzlösungen im Magen** hat v. RZENTKOWSKI verfolgt („Archiv f. exper. Pathol. u. Pharm.", Bd. 51, 1904). Es ergab sich, daß der Magen eine in ihn eingeführte hypertonische Kochsalzlösung verdünnt, aber nicht bis zur Isotonie mit dem Blut. Die motorische Funktion des Magens gewinnt über die verdünnende die Oberhand und infolgedessen verlassen hypertonische Lösungen den Magen früher, als sie isotonisch mit dem Blut geworden sind. Im allgemeinen ist die Geschwindigkeit, mit der salzhaltige Lösungen den Magen verlassen, verschieden und bis zu einem gewissen Grade von der Konzentration der Lösung abhängig. Reines Wasser verläßt den Magen mit einer durchschnittlichen Geschwindigkeit von 7 *ccm* in einer Minute; diese Geschwindigkeit nimmt mit der Zunahme des Kochsalzgehaltes ab. Im Gegensatz zu anderen ähnlichen Versuchen sonderte der Magen bei keinem Kranken auch nur ein einziges Mal Salzsäure, sondern bloß Schleim ab. Leicht hypotonische Kochsalzlösungen und reines Wasser reizen den Magen zu einer Sekretion, welche ihre Konzentration erhöht. Opium beschleunigt die Verdünnung hypertonischer Lösungen im Magen um das Doppelte: die Resorption von Kochsalz im Magen geht unter seinem Einfluß lebhafter vor sich, während Alkohol in dieser Beziehung nur eine beschränkte Wirkung hat.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Von **Professor Dr. Robert Tigerstedt.** 1. Band. Dritte umgearbeitete Auflage. Leipzig 1905, S. Hirzel.

Der vorliegende Band enthält in 14 Kapiteln die „Allgemeine physiologische Methodik", „Elementarorganismen", „Die chemischen Bestandteile des Körpers", „Stoffwechsel und Ernährung", „Blut", „Kreislauf des Blutes", „Verdauung", „Aufsaugung", „Atmung", „Gewebsflüssigkeit und ihre Bewegung", „Wechselwirkung der Organe im Tierkörper", „Abbau der Nahrungsstoffe im Körper", „Ausscheidungen des Körpers", „Körpertemperatur und ihre Regulierung". Die neuere Literatur ist im vorliegenden Bande bis Ende 1903 berücksichtigt worden. Das Werk trägt den Stempel eines großen und

klaren Geistes, der mit tiefem Verständnis die Materie durchdrungen hat, ehe er daranging, sie in plastischer, künstlerisch vollendeter Form zu erklären, zu lehren. Es sollte wohl kein Arzt verabsäumen, die Lehren der Physiologie im Lichte TIGERSTEDTscher Darstellung auf sich einwirken zu lassen. BRAUN.

Theorie und Praxis der Augengläser. Von **Dr. E. H. Oppenheimer,** Augenarzt in Berlin. Mit 181 Textabbildungen. Berlin 1904, August Hirschwald.

Durch die monographische Bearbeitung des vorliegenden Themas hat sich OPPENHEIMER ein ganz besonderes Verdienst erworben, indem er eine bisher bestehende Lücke in der ophthalmologischen Literatur in vorzüglicher Weise ausfüllte. In den einleitenden ersten zwei Kapiteln gibt O. einen kurzen, geschichtlichen Überblick über den Ursprung und Erfindung der Brille, über die Entwicklung der neuzeitlichen Brillenindustrie sowie über die moderne Fabrikation der Augengläser (Großbetrieb, Kleinindustrie, Tätigkeit des Optikers). Nahezu die Hälfte der Arbeit nehmen Kapitel III—V ein, indem hier die Brille, der Klemmer sowie die übrigen Arten von Augengläsern besprochen werden. Eine eingehende Würdigung erfahren in diesen Kapiteln das Material der Fassung sowie die einzelnen Bestandteile der Brille resp. des Klemmers, insbesondere aber das Glas selbst. In den folgenden kurz gehaltenen Abschnitten beschäftigt sich der Verf. mit der Aufbewahrung, Instandhaltung der Gläser, sowie mit den für die Wahl des Glases maßgebenden Gesichtspunkten etc. Ein eigenes Kapitel ist dem Sitze des Glases gewidmet, wobei hauptsächlich der Abstand des Glases vom Auge, die Neigung der Gläser, der Abstand der Gläsermitten u. dgl. abgehandelt wird. Den Abschluß des Werkes bilden die verschiedenen Glas- und Schleifarten der Linsen, ihre Numerierung und Bezeichnungsweise. Einen ganz besonderen Wert enthält diese Monographie durch die nicht nur sehr zahlreichen, sondern im allgemeinen auch vorzüglich ausgeführten Textabbildungen. In den Lehrbüchern der Augenheilkunde ist für derartige Abbildungen aus naheliegenden Gründen kein Platz, auch ist dem hier besprochenen Thema wie Fassung, Nasensteg, Federn, Vorteile des Klemmers oder der Brille u. a. m. kein Raum gewidmet, so daß der vom Patienten konsultierte Arzt nicht selten in die Lage kommt, bezüglich Beantwortung dieser Fragen den Pat. an einen Optiker zu weisen, ein Umstand, der nur dazu beiträgt, das Vertrauen zum — Optiker zu heben. Rechnet man zu den genannten Vorzügen des Buches noch die tadellose Ausstattung, so darf man wohl überzeugt sein, daß dieses Buch in der Bibliothek eines jeden praktischen Augenarztes seinen sicheren Platz finden wird.

BONDI-Iglau.

Die 20 splanchnologischen Vorträge des medizinischen Staatsexamens. 1. und 2. Bd. Von **Dr. M. Fraenkel.** Leipzig, Verlag von H. Hartung und Sohn.

Wenngleich wir nach wie vor an unserer Anschauung festhalten, daß derartige Kompendien wie das vorliegende dem Studierenden keinen Nutzen bringen, da sie ihn bestenfalls nur zur Prüfung einpauken, nicht aber wirklich unterrichten, müssen wir andrerseits zugeben, daß das vorliegende Heft sich von dem vor kurzem an dieser Stelle referierten („Die 20 Prüfungsaufgaben der allgemeinen Pathologie") vorteilhaft unterscheidet; es enthält einen knappen Abriß der Entwicklungsgeschichte des Mundes, Rachens, der Respirationsorgane und des Herzens; zwei weitere Bändchen sollen folgen. Im Interesse der Ausbildung der Studierenden wollen wir aber hoffen, daß diese Büchlein keine zu große Verbreitung finden. Es gibt derzeit bereits kurzgefaßte Lehrbücher in genügender Anzahl, die nur das Wesentliche enthalten, so daß der Student sicherlich nicht auf derartige Kompendien angewiesen ist, die nur allzu lebhaft an die hierzulande üblichen „Skripten" erinnern. Bücher wie das vorliegende haben den Zweck, die Faulheit der Studierenden zu unterstützen und sie „in kurzem Wege" zu den Prüfungen einzupauken. Meist entspricht der edlen Absicht auch Inhalt und Schreibweise derartiger Lehrbücher — sit venia verbo —; es sei als Beispiel aus der vorliegenden „Anatomie in der Westentasche" angeführt, daß Verf. in fünf knappen Dogmen die Unterschiede zwischen Magen- und Ösophagusschleimhaut anführt; Punkt 5 lautet: „Die Magendrüsen haben an ihrer Mündung eine Erweiterung — Vorraum." Der mikroskopische Bau der Scheide wird pag. 161 folgendermaßen geschildert: „1. Schleimhautmukosa. Hat oben verhorntes mehrschichtiges Plattenepithel (das von Portio uteri vaginalis bis über den Hymen hinausreicht). In die tieferen Schichten dringen von dem darunter sitzenden Bindegewebestroma gefäßführende Papillen hinein." Recht erheiternd wirkt auch die Darstellung der Anatomie der Brustdrüse pag. 177. — Studierende, welche die Prüfung bestehen wollen, können nicht eindringlich genug vor derartigen „Kompendien" gewarnt werden. Dr. S.

Feuilleton.

Jakob Baldes medizinische Satiren.

Von **Prof. Dr. Max Neuburger,** Wien.

Der Geschichtsforscher soll auf die mannigfachsten Stimmen horchen, welche aus der Vergangenheit herübertönen.

So gewinnt man auch von manchen Entwicklungsphasen der Heilkunst nur dann ein plastisches Vollbild, wenn die Gegner der herrschenden Richtung Gehör finden, mögen diese selbst aus dem Kreise der Nichtärzte hervorgegangen sein — freilich darf es in solchen Fällen die historische Kritik nicht an der nötigen Vorsicht fehlen lassen in der Beurteilung des Subjekts, seiner Motive, seiner Argumente.

Nicht wenig Einblick in die Medizin der Prärenaissance verdanken wir z. B. der spitzigen Feder des großen PETRARCA, ebenso erschließt uns der Skeptiker MONTAIGNE in seinen „Essais" den Geist der Heilkunde des 16. Jahrhunderts und für die anschauliche Erfassung der ärztlichen Praxis, wie sie im 17. Jahrhundert betrieben wurde, gibt es keine bessere Quelle als die Komik MOLIÈRES.

Ohne der Muse MOLIÈREs auch auf diesem Gebiete die Prävalenz streitig machen zu wollen, möchte ich nur in der folgenden Skizze die Freunde der Geschichte der Medizin darauf aufmerksam machen, daß bei der Schilderung der ärztlichen Verhältnisse des 17. Jahrhunderts ein deutscher Autor derselben Epoche kaum berücksichtigt wurde, ein Dichter, der einstens den Stolz Bayerns bildete, zu den hervorragendsten und fruchtbarsten lateinischen Verskünstlern der Neuzeit zählt (über 80.000 Verse!) und mit ganz besonderer Vorliebe gerade die Medizin oder medizinische Zeitfragen zum Gegenstand seiner poetischen Schöpfungen wählte. Ich meine den durch HERDERs Terpsichore auch weiteren Kreisen bekannt gewordenen Lyriker und Satiriker — den deutschen Horaz JAKOB BALDE [1]) (1604 bis 1668).

Ähnlich wie MONTAIGNE und MOLIÈRE wurde auch BALDE durch seine eigene Kränklichkeit dazu veranlaßt, der hippokratischen Kunst lebhaftes Interesse entgegenzubringen und als großer Sittenmaler seiner Zeit, wie auf vielen anderen Gebieten, auch hier die Auswüchse oder Mißbräuche zu geißeln. Im Gegensatz zu den beiden Franzosen wußte aber unser Dichter bei aller herben Kritik Licht und Schatten gerecht zu verteilen — weit entfernt davon, das Kind

[1]) Geboren am 4. Januar 1604 zu Ensisheim im Elsaß — einem Lande, dem eine Reihe der bedeutendsten Satiriker entstammten, wie GEILER v. KAISERSBERG, THOMAS MURNER, SEBASTIAN BRANDT, MICHAEL MOSCHEROSCH, JOHANNES FISCHART — studierte BALDE zuerst an der Universität Molsheim bei Straßburg, sodann in Ingolstadt, trat 1624 in den Jesuitenorden, wirkte 1638—1650 als Hofprediger in München und folgte nach vorübergehendem Aufenthalt in Landshut und Amberg einem Rufe des befreundeten Pfalzgrafen Philipp Wilhelm nach Neuburg a. d. Donau, wo er bis zu seinem Tode (9. August 1668) verblieb. In München und Neuburg hat BALDE seine größten Werke geschaffen. Gesamtausgaben erschienen zu Köln 1660, nach seinem Tode in München 1729. Übertragungen ausgewählter Dichtungen wurden, abgesehen von HERDER und ORELLI, wiederholt veröffentlicht, um die Verbreitung der medizinischen hat sich besonders NEUBIG Verdienste erworben. Bei Lebzeiten in ganz Deutschland als Dichter gefeiert und nachgeahmt, später gänzlich vergessen, wurde BALDE namentlich durch HERDER dauernder Nachruhm zuteil. Vgl. GEORG WESTERMAYER, JACOBUS BALDE, München 1868. Im Jahre 1828 wurde dem Dichter in Neuburg ein Denkmal gesetzt. 1853 wurde seine Büste in der Ruhmeshalle in München aufgestellt.

mit dem Bade auszuschütten und in absolute Skepsis zu verfallen; hierzu trug namentlich der freundschaftliche Verkehr mit bedeutenden Ärzten [2]), gewiß aber auch das ernste Selbststudium medizinischer Autoren [3]) das Meiste bei. Ein Mann von so tiefer Gelehrsamkeit, wie BALDE es war [4]), ein Denker, der durch Verspottung der Astrologie [5]) gewiß aufs schärfste seine Überlegenheit über den Geist der Epoche bekundet hat, war gewiß zu einem selbständigen Urteil auch über das ihm fernliegende Fach befähigt und wirkte um so anziehender, als er dieses Urteil in eine edle, von dichterischem Schwung erfüllte Form zu kleiden verstand. BALDE verschmähte es übrigens auch nicht, sogar praktisch als Reformator aufzutreten, indem er in München einen Verein der Mageren (Congregatio Macilentorum) gründete, das heißt einen Verein von Temperenzlern, dessen Mitglieder — es waren Adelige, Beamte, Geistliche und Ärzte darunter — durch mäßige Lebensweise den während des 30jährigen Krieges verwilderten Zeitgenossen ein nachahmenswertes Beispiel geben sollten. [6]) Dieser Mäßigkeitsverein bildete die Verwirklichung eines Spottgedichts, welches BALDE vorher (1638) unter dem Titel „Agathyrsus" gegen die Völlerei in die Welt gesandt hatte. [7])

Außer manchen Oden des Dichters und einem Teil seiner „Urania victrix" (München 1663), worin die Heilkunde neben den anderen Wissenschaften und Künsten ihrem Wesen nach beleuchtet wird, handeln, wie schon der Titel verrät, „die Satyra contra abusum Tabaci" (Ingolstadt 1657) [8]), das Solatium podagricorum (München 1661) [9]) von medizinischen Dingen; als Hauptwerk aber, welches das packendste Zeitbild von der Medizin des 17. Jahrhunderts entrollt, ist die Dichtung: Medicinae gloria per satyras XXII asserta (München 1651) anzusehen — eine Dichtung, die abgesehen von ihrer markigen Schönheit, namentlich durch ihre umfassende Gelehrsamkeit und überraschende Sachkenntnis für die medizinischen Geschichtsfreunde von Wert ist. [10])

Der „Ruhm der Heilkunde", die beste der Satiren BALDES [11]), fand den größten Beifall bei den literarischen Kritikern und bei denjenigen Ärzten, welche die vielfachen Verirrungen der Kunst und das wüste Treiben der Scharlatane verschiedenster Spielarten verdammten — richtete doch einer derselben, der berühmte Doktor JONSTON zu Frankfurt (an der Oder), sogar ein Beglückwünschungsschreiben an den Dichter. Die Tendenz, welche den Verfasser leitete, spricht er selbst in der Vorrede deutlich mit den Worten aus: „Der Heilkunde Ruhm und Würde wollen wir dartun, weil sie des Menschengeschlechts teuerste Erhalterin und Mutter ist. . . . Aber nicht nach Art der Schmeichler habe ich dieses Schriftchen mit eitlen Lobsprüchen angefüllt, sondern mit solchen, die des Ruhmes und Verdienstes gerechtes Gewicht mit sich führen. Nur männliche Lobeserhebungen durft' ich den tapferen Männern als den Bezwingern der Seuchen und des Todes zuteilen, mußte hie und da auch der Schmähsucht des Pöbels sowie auch dem einfältigen Gewinsel der Kranken entgegentreten. . . . Um Euch (den Ärzten) die Gefühle meines dankerfüllten Gemütes zu zeigen, will ich den Rettern meiner irdischen Hülle eine Herzensfreude machen, indem ich mehrere Affen Eurer Kunst, dann auch einige Ungeheuer zur Augenweide vorführe. Um von den Triefäugigen und Bartscherern zu schweigen, die Affen der Ärzte sind: Landstreicher, Marktschreier, Zigeuner, Pfuscher und pflastermachende Weiber mit ihrem vorwitzigen, ja abgeschmackten Scharfsinn. Diese alle sind es, welche die Heilkunde verderben. . . . Welche große Zierde wird dieser so herrlichen Kunst erwachsen, wenn ich solche Schandflecken weggeschafft habe!" „Wie die Medizin die Krankheiten mit bitteren, durch süßen Saft gemilderten Getränken tilgt, so tritt die Satire ins Gemüt und sucht nach Beseitigung der Gebrechen das rechte Maß der Gesittung herbeizuführen."

Entsprechend diesem Programm feiert BALDE die wahre Heilkunde gegenüber der falschen und geißelt die Scharlatane, um gerade auf dem düstern Hintergrund die guten Ärzte in um so strahlenderem Lichte hervortreten zu lassen, immer seiner wirklichen Erfahrung folgend (liceat modo visa referre), wie er gleich in der ersten der 22 Satiren betont. Das Bild von dem Treiben der gerade im 17. Jahrhundert üppig aufschießenden Wunderdoktoren und Quacksalber, welches der Dichter mit Witz und Laune entwirft, trägt, wie der Vergleich mit anderen Schilderungen lehrt, tatsächlich die Züge der Wahrheit an sich, und die Mißbräuche, deren sich auch die Ärzte der herrschenden Schulen in schablonenhafter Verfolgung einseitiger Prinzipien nur zu oft schuldig machten, gelten uns heute ebenso verwerflich wie dem weit vorausblickenden BALDE.

Schon bei der ersten flüchtigen Übersicht über die voneinander sehr abweichenden Heilmethoden, besonders der fieberhafter Affektionen, findet der Dichter, daß ein Teil der Ärzte alles der Natur überläßt, der andere dagegen wahllos die drastischen Mittel in Anwendung zieht: Quidam naturae permittunt omnia, quidam paene nihil. Sic excessu peccatur utroque. Daher rührten die traurigen Resultate nicht nur in Zeiten von Epidemien! Und wenn selbst leichte Erkrankungen, wie z. B. Katarrhe, Gelbsucht, Parotitis von den Pfuschern nicht geheilt wurden, wie sollten sie dann Gicht oder gar lebensgefährliche Krankheiten beseitigen? Durch ungeschicktes Eingreifen werde der Tod noch beschleunigt: Indocto medico non tessera certior ullaexitii. Mögen solche Ärzte noch so sehr durch ihr äußerliches Auftreten oder Kleiderprunk imponieren — für die Krankheiten bilden sie keine schlimmen Gegner [12]) und leider möge es gesagt sein, daß nur wenige, die sich Ärzte nennen, es in der Tat auch sind. [13]) Wie einfach und wählerisch in den Mitteln war die alte Heilkunst und mit welchen ekelhaften Substanzen hantierte die Medizin zur Zeit des Dichters, der nicht im mindesten übertreibt, wenn er von damals üblichen „Heilsubstanzen": Ameiseneier, Asche von Wolfszähnen, Bockshoden, Hundskot, Igelmilzpulver, Hundeschmalz, Krötenpulver, Eidechsensalz, Krokodilkot und anderes nennt. [14]) Derartige raffinierte Mittel im Zusammenhang mit der maßlosen Völlerei [15]) im Essen und Trinken

[2]) GEORGS GEMMES, MALACHIAS GEIGER (churfürstlicher Hofmedikus), FERDINAND SAGITTARIUS (Leibarzt des bayerischen Churfürsten). BALDE hat diese Ärzte, über welche Näheres in KOBOLTS Gelehrtenlexikon zu ersehen ist, in seinen Dichtungen verherrlicht.

[3]) Dies geht z. B. aus den staunenswerten historisch-literarischen Kenntnissen des Dichters hervor.

[4]) Mit Recht hat ihn KAULBACH auf seinem großen Reformationsbilde unter die Gruppe der Humanisten neben PETRARCA, VIVES und PICO DE MIRANDOLA gestellt.

[5]) Lyricorum, lib. II, 42. Ode; besonders aber: De Eclipsi Solari Anno 1654 die XII. Augusti. In Europa a pluribus spectata tubo optico, nunc iterum a Jac. Balde tubo satyrico perlustrata. Monachii 1662. Mit drei Kupfern. Anlaß zu dieser Satire bot der kritische Tag des 12. August 1654, welcher nach den Prophezeiungen der Astrologen den kommenden Weltuntergang eröffnen sollte.

[6]) Die Gesellschaft hatte ganz absonderliche Statuten, die hinsichtlich der Aufnahme neuer Mitglieder und der ihnen vorgeschriebenen Diät ziemlich strenge waren. Bat nämlich irgend ein wohlgenährtes Herrchen in unzweifelhafter Reue über sein bisheriges Schlaraffenleben um Einlaß in die Versammlung, so wurde ihm alsbald ein abschreckender Speisezettel vorgelegt, auf Grund dessen er sich auf die Abmagerung förmlich einexerzieren mußte. Derselbe beschränkte sich einfach auf klägliches Gemüse, unzerriebene Gerstengraupe und Krebsschalen. Beiläufig in Jahresfrist konnte der Kandidat zu einem vorschriftsmäßigen Magern herabgekommen sein (WESTERMAYER, JAKOB BALDE, pag. 93).

[7]) Auch in deutscher Übersetzung (vom Dichter selbst) erschienen (München 1647). Die Agathyrsen waren ein asiatisches Volk, das stets nur einen Mageren zu seinem König wählte.

[8]) BALDE war ein Freund vom vernünftigen Gebrauch des Tabaks, erklärte aber den unmäßigen Genuß desselben für äußerst verderblich.

[9]) Das Thema war vor ihm schon häufig bearbeitet worden. Das Gedicht wurde mehrmals ins Deutsche übersetzt, zuletzt von JOHANN NEUBIG (München 1833).

[10]) Übersetzt von JOH. NEUBIG (München 1833).

[11]) Zu diesem Werke wurde der Dichter durch das Reliquienfest zu Ehren der beiden ärztlichen Schutzpatrone Kosmas und Damian angeregt, deren Gebeine 1649 von Bremen nach München übertragen worden waren.

[12]) Saepe quidem mystax et dactylotheca togaeque
Syrma fluens humeroque gravato pendula torquis
Atrocem in morbos formidandumque tyrannum
Promittunt, Tenta! Disces, nil mitius Umbro
Apparet tantum mandatis durus et asper.
Sed non respondent caperatae cetera frontis (Sat. II v. 104—109).

[13]) Pauci adeo digni flavam contingere Phoebi
Caesariem vittamque manu, volucresque sagittas
Ac tripodem et majus cantantis Pythia plectrum (l. c. v. 208—210).

[14]) Sat. III.

[15]) Hic miseros medicos facit exitus; undique saevi
Persultant hostes; parte impugnantur ab omni
Cumque coquis jam bella gerunt. Certamen iniquum (l. c. v. 113—115).
Posse diu speres sanum lautumque valere
Carpophorum, cujus vitae pars maxima daps est,
Causaque vivendi, bibere ac vomere ac saturari? (l. c. v. 120—123).

mußten das Heer der Krankheiten vermehren. Ebenso seien so einseitige Heilverfahren, wie z. B. die ausschließliche Verordnung des Wassertrinkens [16]) absurd und verwerflich. In drastisch-humorvoller Weise zeichnet BALDE eine Menge von Ärztetypen, welche hinter übersprudelnder Geschwätzigkeit [17]) und durch prahlerisches Herumwerfen mit lateinisch-griechischen Brocken [18]) ihre Unwissenheit zu decken wußten, für jeden Fehler ihre Entschuldigung bereit hielten [19]), die Reichen überliefen und ausbeuteten [20]), die nicht einträgliche Armenpraxis dagegen, entgegen den humanen Zwecken des Berufs, von sich wiesen. [21]) Der Arzt möge zwar nach Vermögen streben, meint BALDE, jedoch nicht in dem Übermaß, daß er sich auf Kosten der Wissenschaft und der Humanität der Schwelgerei hingebe und schließlich im Müßiggang erschlaffe. [22]) Viel Schuld an dem herrschenden Unfug trage auch das Publikum, welches in der Wahl der Ärzte die größte Unbesonnenheit verrate, den mit seiner Gereistheit prahlenden Scharlatan dem ernsten, bescheidenen, prunklos auftretenden Heilkünstler vorziehe und stets nach neuen, seltenen, geheimnisvollen Mitteln verlange. [23]) Ungerecht in seinen Urteilen verlange es oft auch Unmögliches von den Ärzten, namentlich werde bei den Reichen, wenn der Kranke stirbt, der Tod desselben stets auf die Behandlung geschoben [24]), und treffend erinnert BALDE bei dieser Betrachtung an die Verse OVIDS:

Non est in medico semper, relevetur ut aeger.
Interdum plus arte valent mala.......

Führt unser Dichter also mit aller Schärfe die mannigfachen Kunstfehler und die Scharlatanerie, ja sogar die Unmoralität und Irreligiosität [25]) der Ärzte seiner Epoche aufs grellste vor Augen, so vergißt er gerechterweise doch nicht, auch die Unwissenheit oder Eitelkeit des Publikums, welches das Treiben der Quacksalber befördert und geradezu hervorruft, an den Pranger zu stellen.

Nur der **Torheit der Menge** sei es zuzuschreiben, daß Kurpfuscher, Marktschreier und Zigeuner [26]) ihre Betrügereien ungestraft ausführen können und immer wieder Anhänger finden.

Bemerkenswerterweise wendet sich eine der Satiren (XVII) auch gegen die Frauen, welche die Heilkunst ausübten, und verhöhnt die angeblich nur angemaßte Gelehrsamkeit derselben als schädliches Unkraut auf dem Boden der Heilkunst. Nicht die Medizin, sondern nur die Krankenpflege stehe den Weibern gut an, eine Ansicht, die von vielen vertreten wird, auch jetzt im Zeitalter der Frauenemanzipation. [27])

Alle diese satirischen Darstellungen sollen in negativer Weise die Vorzüge der echten Heilkünstler demonstrieren; der Dichter ermangelt aber nicht, auch direkt an den Beispielen großer Ärzte zu zeigen, was die wahre Heilkunst vermag. In langer Reihe ziehen vor dem Auge des Lesers die zahlreichen Ärzte vorüber, die Gunst bei ihm gefunden, und die Mehrzahl der Namen, die in der VIII. und XVI. Satire angeführt werden, gehören tatsächlich dauernd der Geschichte an; mit größter Auszeichnung rühmt BALDE besonders den „Bezwinger der Krankheiten", den großen FERNEL, und rühmt ihm wie auch manchem anderen echten Äskulapjünger Geistesgröße, Tatkraft und Menschenliebe nach. [28])

Die vielen Namen, welche in den Satiren vorkommen, noch mehr die realistisch gefärbten Szenen aus dem Leben der Ärzte und ihrem Verkehr mit den Patienten, bieten außerordentlich viele interessante Einzelheiten, auf die hier des näheren einzugehen zu weit führen würde. Meine Absicht war nur, auf den zumeist unbekannten oder vergessenen Dichter JAKOB BALDE vom medizinhistorischen Standpunkte aufmerksam zu machen. Vielleicht findet sich eine berufene Feder, welche seine Dichtungen als Quelle für eine kulturhistorische Schilderung des ärztlichen Standes im 17. Jahrhundert heranzieht und würdig bearbeitet. [29])

Zum Schlusse sei noch erwähnt, daß die letzte der Satiren des Dichters eine Art von Deontologie darstellt, gerichtet an den Kandidaten der Heilkunde „PAULUS CORDUBA". Darin wird dem jungen Arzte der Wert des Menschenlebens mit rührenden Worten ans Herz gelegt: „O, halte jedes Leben zurück, doch wenigstens nur einen Augenblick, den letzten Rest von des Lebens schwachen Fäden strebe zu fristen. Die du hinuntersendest, sie kehren dir nie, nie wieder aus traurigem Reiche des Todes. . . . Die Sonnen und Sternlein,

[16]) Sat. IV. Die Methode, bei allen Krankheiten den innerlichen Gebrauch des Wassers zu verordnen, fand bekanntlich auch viel später Anhänger und Apostel. Bezüglich des Alkoholgenusses schlägt BALDE den Mittelweg ein:

Ex me si quaeras, dicam, quod sentio. Vinum
Dilutum modice, ut semper mediocra prosunt (v. 32—34).
Culparit nemo ....

Kulturhistorisch interessant ist die Stelle, wo der Dichter von der Trinklust der Deutschen spricht, von denen er sagt:

Triste est supplicium Germano audire: carebis,
Si neque suspendit patrem, matremve cecidit.
Germanus sitiens et ferrum poscit et ignem (v. 49—51).
Hydrophobus Teuto; morbum hunc ex ubere suxit (v. 55).

[17]) Sat. VI. Quo tua garrulitas: Ciceroni verba relinque (v. 21).
In plano te stare velim, ac minaces
In morbos. (v. 23—24).
Hecticus insignem medicum, non rhetora quaerit (v. 40).

[18]) Sat. VI. Est aliquid, quod non damno, sed inutile solum
Credo praesidium. Glyptus sermone Pelasgo
Utitur assiduus recitator et omnia verbis
Oblinit Hippocratis, saepe et resonantis Homeri (v. 1—4).

[19]) Sat. VI. Debita naturae damnati solvimus omnes
Solvemusque ...... (v. 90—91).

Diesem Gegenstand ist die ganze XIII. Satire gewidmet, wo der berühmte CARDANUS als Sophist auftritt.

[20]) Sat. VII u. a. a. O. Ferner Sat. XVIII, wo das Gastmahl eines reichen Patienten mit seinem Arzt geschildert wird, welch letzterer die besten Speisen für gesundheitsschädlich erklärt, um das meiste allein verspeisen zu können. In Sat. XIX tritt ein Patient auf, der durch die Ärzte zum Bettler wurde.

[21]) Urinam Trebius gratis non inspicit ullam. Sat. VII (v. 61).
...... Bassum piget ire sub antrum
Pauperis et tuguri congestum stramine tectum.
Curreret ad Pario subnixa palatia saxo
Auratasque fores ...... (l. c. v. 65—68).

[22]) Sat. IX. Köstlich ist die Schilderung des Studierzimmers eines reichgewordenen schwelgerischen Arztes, der keine Stunde mehr dem Studium des HIPPOKRATES widmet. Alles ist staubbedeckt, die kleineren Bände, die Flugschriften ebenso wie die größten Folianten. Es bleibt alles liegen, wie es liegt, und garstige Mäuse hüpfen herum in den Bücherschränken und Kästen.

[23]) Sat. X beschreibt ein Konsilium, das an MOLIÈRESCHE Szenen lebhaft erinnert; mit ellenlangen Rezepten wird der Patient endlich zu Tode kuriert: Antiquum et velus est: Multi occidêre medendo Caesarem. In Sat. XI wird ein Arzt vorgeführt, der seinem Kranken von seinen Reiseabenteuern vorerzählt und berauscht von seinem Wortschwall nicht einmal merkt, wie der Patient plötzlich stirbt. Sat. XVI tadelt die Prunksucht mancher Ärzte, welche durch ihre Kleidung und Ringe imponieren, in stattlichen Karossen herumfahren und damit bei der Menge Ansehen erwerben. Gerade die bedeutendsten Männer wären einfach und oft von ganz unansehnlichem Äußern oder mißgestaltet gewesen. Beim Arzte solle man nicht auf Herkunft und Aussehen Wert legen, sondern bloß auf den inneren Wert. Neben manchen anderen führt der Dichter den RAIMUND LULLUS und den FALLOPIUS an; beide waren Mißgestalten.

[24]) Sat. XXI.

[25]) Sat. VII: Beispiele von Geldgier, Erbschleicherei bei reichen Frauen, Kleptomanie; Sat. XV: den Ehebruch. Gegen den Atheismus ist Sat. XII gerichtet, indem aus der Zweckmäßigkeit des menschlichen Körpers und der gesamten Natur das Dasein Gottes bewiesen wird.

[26]) Sat. XIX, wo das Treiben von Quacksalbern auf dem Jahrmarkt zu Straßburg geschildert wird, ist aus Erlebnissen des Dichters während seiner Studentenzeit geschöpft.

[27]) „Contra mulierculas, virorum gloriam ac medicae Caudis societatem usurpatis titulis aemulantes" lautet der Titel der Satire. Die oben mitgeteilte Ansicht ist in folgenden Versen wiedergegeben:

.... Toleretur, ut aegris
Jura coquat, sternat lectos, alimenta ministret.
Cum pueri rumpunt uteros, parientibus adsit,
Hemicyclum teneat, caput allevet ac succollet.
Nil equidem contra luctabor, si calamintham
Verbascique premat cumulos stillantis odoros.
.... Haec namque Aspasiae concedimus ultro (v. 75—80).

Im 17. Jahrhundert betrieben Frauen sehr häufig die Heilkunst.

[28]) Von den angeführten Ärzten (Sat. VIII u. XVI) wären hervorzuheben: ARNALD VON VILLANOVA, DURANTE SACCHI, SOLENANDER, TRINCAVELLA, VALESIUS, DU LAURENS, FRACASTORO, MUNDINUS, RULAND, KRATO, CORNARIUS, AMATUS LUSITANUS, MATHIOLUS, SENNERT, MASSA, FORESTUS, FABRIZIO AB AQUAP. MONTANUS, PARACELSUS, ERASTUS, MINDERER, LANG. Außer diesen finden sich noch manche andere von lokalgeschichtlicher Bedeutung.

[29]) Erst während der Korrektur dieser (im November 1904 fertiggestellten) Arbeit kam mir zur Kenntnis, daß das gleiche Thema anläßlich des 300jährigen Gedenktages von BALDES Geburt (4. Januar 1904) bereits von J. KNEPPER behandelt worden ist. Seine Darstellung, welche meine bloß skizzenhaften Ausführungen wesentlich ergänzt, findet sich im Archiv für Kulturgeschichte, 1904, Bd. II, 1, pag. 38—59 unter dem Titel: „Ein deutscher Jesuit als medizinischer Satiriker."

untergegangen im Meere, sie können wieder im schönen Morgenglanze erstehen! Aber der Mensch, dem einmal im Todesschlummer erloschen das Lebenslicht, er schläft die ewige Nacht im niederen Staube. Also ein kostbar Gefäß, doch ein gebrechliches, hat der Arzt in Händen, so oft er das murmelnde Beben des leidenden Pulses erforschet." Der gewissenlose Arzt entgeht nicht seinem Gericht: „Alles wird laut von tausend vergrößerten Zeugen." Der treffliche Arzt dagegen, von welch niedriger Herkunft er sein möge, „von welches Stammbaums Rinde seine Generation sich herschreibt", adelt sich durch seinen Beruf, ihm müssen alle übrigen, Hohe wie Niedrige, als Retter und Helfer huldigen. Dignissima fecit / Patriciis Medicina parem. Das jura tremendis / Consulibus. Patet accessus praetoris ad aurem / Submittunt se sceptra tibi, positisque coronis / Exspectant reges, quod fatum edicis, anheli. Und so endigt der Dichter mit einer feierlichen Apotheose der Heilkunst, die zu den schönsten in der ganzen Literatur zählt: „Ein Arzt von erprobter Kraft, der seiner göttlichen Kunst den rechtlichen Mann gesellt, strenge Gesinnung übt und heiligen Wandel des Lebens, hebt sich über der Sterblichen Los. Er schreitet auf Erden als Gottheit, teilet himmlische Gaben aus segnender Hand aus. Heiliger Schimmer umstrahlt ihn. Den verklärten Geistern im Himmel gleich, ihm bau'n wir Altäre, ihm weihen wir frommes Gebet, wenn in ihm ein Damian lebet, ein Kosmas."

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 9. Februar 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

Art. Weiss stellt einen Fall von Kombination der Tabes mit Adiposis dolorosa vor. Der 51jähr. Patient bietet alle Symptome der Tabes, außerdem finden sich an den oberen Extremitäten, an den Oberschenkeln und in der Gesäßgegend zahlreiche erbsengroße bis haselnußgroße derbe Tumoren unter der Haut, welche sich durch ihren lappigen Bau als Lipome erweisen. Viele derselben sind sehr schmerzhaft, wenn sie ihre definitive Größe erreicht haben, läßt die Schmerzhaftigkeit nach.

Art. Bleier stellt einen Mann mit einem Aneurysma des Arcus aortae vor. Die linke vordere Thoraxhälfte ist in der Gegend der 2. und 3. Rippe vorgetrieben, daselbst sind Pulsation, Dämpfung und ein systolisches Geräusch nachweisbar. Die peripheren Arterien sind atheromatös. Die Röntgenuntersuchung ergibt im Bereiche der Dämpfung einen intensiven Schatten entsprechend einer Erweiterung des aufsteigenden Teiles der Aorta.

Als Gegenstück hierzu führt **Bleier** einen Fall von hypertrophierender Pleuritis auf tuberkulöser Basis vor. Bei der 40jähr. Frau sind vor 9 Monaten remittierendes Fieber, krampfartiger Husten, Anfälle von Schmerzen im linken Arm, welche von der Brust ausstrahlten und denen leichte Parästhesien im linken Arm vorhergingen, aufgetreten. Über der linken Lungenspitze findet man Dämpfung, Pulsation wie im ersten Falle, namentlich wird die Klavikula stark gehoben, die Fossa supraclavicularis ist links ausgefüllt. Man vermutete ein Aortenaneurysma, dem widersprach jedoch der Röntgenbefund. Dieser zeigte nämlich einen Schatten über dem ganzen linken oberen Lungenlappen, doch ist ein infiltrierender Lungenprozeß wegen der bestehenden Volumsvermehrung der linken Lungenspitze auszuschließen. Vortr. ist der Ansicht, daß es sich vielleicht um eine tuberkulöse Pleuritis handelt, welche auf der Pleura dicke, für Röntgenstrahlen undurchgängige Schwarten bildet.

H. Teleky frägt, ob Punktion gemacht wurde. Er hat 2 Fälle gesehen, bei welchen durch die Punktion das Vorhandensein eines Endothelioms der Pleura festgestellt wurde.

Bleier antwortet, daß wiederholte Punktionen keinen Befund ergaben.

L. v. Schrötter ist der Ansicht, daß man im zweiten Falle ein Aneurysma nicht ausschließen sollte, da ein solches oft von der Norm abweichende Symptome zeigt, so fehlt z. B. die Pulsation oder sie ist nur an einem Teile des Aneurysmas bemerkbar. Ein positives Ergebnis der Punktion wäre diagnostisch sehr wichtig.

J. Mannaberg bemerkt, daß gegen ein Aneurysma das Ergebnis der Röntgenuntersuchung (nicht pulsierender Schatten) spricht, außerdem hat Pat. auch links hinten unten Pleuritis und daselbst eine Ausweitung des Thorax.

W. Weinberger weist darauf hin, daß ein Aneurysmaschatten nicht immer eine Pulsation zu zeigen braucht.

Rud. Schmidt erwähnt den unbedeutenden Plexusdruckschmerz bei Phthise, welcher manchmal ein Frühsymptom derselben bildet.

Fuchs und **Schüller** demonstrieren ein 16jähr. Mädchen mit einem Hypophysistumor. Pat. erkrankte unter Erscheinungen von endokranieller Drucksteigerung, ferner traten ein: Aufhören der Menstruation, an einem Auge temporale Hemianopsie, am anderen Amaurose durch neuritische Atrophie. Die Röntgendurchleuchtung ergab, daß der Boden der Sattelgrube und die Sattellehne destruiert waren. Das Röntgenbild läßt Unterschiede zwischen Tumoren der Hypophyse und des Hypophysenganges erkennen, bei ersteren wird der Boden der Sella turcica vertieft, bei letzteren der Eingang zu derselben erweitert.

C. Sternberg bezweifelt, daß man aus dem Röntgenbild allein diese Differentialdiagnose stellen könne.

H. v. Schrötter demonstriert mikroskopische Präparate von gefärbten elastischen Fasern im gehärteten Sputum. Das Sputum wird in Alkohol gehärtet, mit Zelloidin behandelt, geschnitten und dann nach Weigert gefärbt. Die elastischen Fasern treten deutlich hervor, u. zw. in derselben Anordnung, in welcher sie im Sputum enthalten waren. Die Methode erlaubt den Nachweis selbst spärlicher Fasern und dürfte auch bezüglich der Asthmaspiralen Aufschlüsse bringen.

Rud. Kaufmann: Über Magenchemismus und Magenatonie.

Nach den Angaben in der Literatur schwankt die Gesamtazidität des gesunden Magens nach dem Probefrühstück zwischen 30—60, die freie Salzsäure zwischen 0·07—1·5‰. Vortr. hat 22 gesunde Personen untersucht und dabei gefunden: in zwei Fällen Achelie, in drei das Fehlen freier Salzsäure, in 8 Fällen eine Gesamtazidität unter 60, in 9 über 60. Die höchsten Werte betrugen 80—100. Ebenso schwankte die freie Salzsäure von 0—3‰. Es ist also unrichtig, daß sich bei Gesunden die Gesamtazidität zwischen so engen Grenzen, wie sie in der Literatur angegeben sind, hält. Die Beschwerden, über welche die Kranken bei der Subazidität und Hyperazidität klagen, werden auf eine zu niedrige resp. zu hohe Azidität des Magensaftes zurückgeführt. Vortr. hat bei der Untersuchung von 20 Fällen von Hyperazidität folgende Werte für die Gesamtazidität gefunden: in 4 Fällen über 90, in der Hälfte der Fälle unter 80, in einem Drittel unter 70; die Menge der freien Salzsäure war in neun Fällen unter 1½‰, der höchste Wert war 2·4‰. Die Werte der Magenazidität bei Pat., welche über die typischen Beschwerden der Hyperazidität klagten (Magenschmerzen mehrere Stunden nach dem Essen, schmerzhaftes Hungergefühl, saueres Aufstoßen, Erbrechen saurer Massen), waren also durchaus nicht höher als bei Gesunden; die Beschwerden können demnach nicht allein durch den Aziditätsgehalt des Magensaftes hervorgerufen werden, um so mehr als die Gesamtazidität der Kranken auch nach der Heilung dieselbe blieb. Ein gleiches Verhalten zeigte sich bei 15 Fällen von Subazidität; auch hier fanden sich Werte, wie sie auch bei Gesunden vorkommen. Es müssen demnach die Magenbeschwerden durch einen anderen Faktor hervorgerufen werden. Als solchen fand Vortr. in den meisten Fällen die Magenatonie, welche durch Magenaufblähung und Röntgendurchleuchtung festgestellt wurde, in selteneren Fällen in einer allgemeinen Neurasthenie; ferner sind als solche Faktoren noch anatomische Läsionen des Magens, z. B. Ulkus, zu berücksichtigen. Für die Richtigkeit der Ansicht, daß die Magenatonie die Hauptursache der Magenbeschwerden sei, sprach der Umstand, daß bei geheilten Magenkranken die Azidität des Magensaftes fast gleich blieb, aber die früher nachgewiesene Magenatonie verschwunden war.

Notizen.

Wien, 11. Februar 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte.) In der gestrigen Sitzung berichtete zunächst Prof. Kretz über die dermalige Influenzaepidemie. Vortr. hat an seinem Obduktionsmateriale nur in 11 Fällen Influenzabazillen nachweisen können, während ein solcher Befund im vorigen Winter 18mal, vor zwei Jahren 32mal erhoben werden konnte. Die Untersuchung vieler Sputa, welche influenzaverdächtig schienen, ergab ein negatives Resultat. Die epidemische Influenza ist also seiner Ansicht nach wahrscheinlich im Erlöschen begriffen. Die heuer beobachteten Fälle gehören der endemischen Grippe an, welche zwar auch ansteckend ist, aber gutartig verläuft. Dozent K. Sternberg hat in 70 untersuchten Sputis nur 13mal Influenzabazillen nachweisen können, hingegen fanden sich Diplokokken, Bacillus Friedländer und catarrhalis. An seinem großen Pneumonieleichenmateriale hat Sternberg

nur 5mal Influenzabazillen konstatiert, im gleichen Zeitraume des Vorjahres 4mal, in der Influenzaepidemie des Jahres 1899 100mal. — Hierauf sprach Dozent R. KRAUS über Dysenterie-Antitoxin. Durch die Beobachtung angeregt, daß das Serum mit KRUSE-Toxin vorbehandelter Pferde nach längerem Lagern seine kurative Wirkung verliert und nur mehr in vitro das Toxin neutralisiert, hat Vortr. Versuche angestellt, welche zeigten, daß das Dysenterieheilserum je nach dem Konzentrationsgrade nicht quantitative, sondern qualitative Unterschiede zeigt. So wirkt ein schwaches Serum nur auf das Toxin in vitro neutralisierend, ein stärkeres, gleichzeitig mit dem Toxin einem Tiere injiziert, kurativ, ein noch stärkeres rettet das Tier vor dem Tode, wenn auch das Toxin 10 Minuten früher injiziert worden ist. Prof. S. v. BASCH bemerkte hierzu, daß er schon während seines Aufenthaltes in Mexiko auf die bakterielle Natur der Dysenterie aufmerksam gemacht und eine antibakterielle Therapie (Kreosot) angewendet habe. — Schließlich hielt Primarius FINK (Karlsbad) den angekündigten Vortrag: „Über die mit der balneologischen und operativen Behandlung des Gallensteinleidens gemachten Erfahrungen.“ Vortr. ist auf Grund der Analyse seiner in der letzten Zeit beobachteten Fälle von Cholelithiasis, von welchen 263 intern, 50 chirurgisch behandelt wurden, zu dem Schlusse gelangt, daß die beiden Behandlungsmethoden einander unter strenger Individualisierung der Fälle ergänzen können; bei längerer Dauer des Leidens, großer Schmerzhaftigkeit, eingetretener Infektion und chronischem Choledochusverschluß soll operiert werden, namentlich aber warte man im letzteren Falle nicht zu lange. In der Diskussion wies Dr. CLAIRMONT auf das ziemlich häufige Auftreten von krebsiger Degeneration in steinhaltigen Gallenblasen hin (unter 56 operierten Fällen der Klinik v. EISELSBERGs in 13 Fällen); Dozent SCHNITZLER vertrat bezüglich der chirurgischen Therapie einen radikaleren Standpunkt als FINK, da längeres Zuwarten die Operation erschwere und ihre Resultate verschlechtere. Hofrat v. EISELSBERG besprach seine einschlägige Operationstechnik, in welcher die Cholezystektomie mit möglichst vollständiger Exstirpation des Ductus cysticus an erster Stelle steht; Primarius FINK erwiderte, der Prozentsatz der Karzinome in steinhaltigen Gallenblasen übertreffe nach seiner Erfahrung den der Karzinome in anderen Organen keineswegs; den Standpunkt SCHNITZLERs bezüglich der Indikationsstellung zur Operation könne er völlig akzeptieren; nur bei Beschwerden von seiten der Blase sei ein längeres Zuwarten gestattet, da diese Beschwerden von kleinen Steinen oder auch von Gallenschlamm herrühren können.

(Universitätsnachrichten.) Der a. o. Professor an der Universität Leipzig Dr. FRANZ HOFMANN ist zum ordentlichen Professor der Physiologie an der Universität Innsbruck ernannt worden. — Geheimer Rat Professor Dr. v. BERGMANN in Berlin hat den Kronenorden I. Kl. erhalten. — Die medizinische Fakultät der Universität in Halle a. d. S. hat den Dr. phil. WILLY MERCK zum Dr. med. hon. causa ernannt. — In Berlin hat sich Dr. HERMANN GUTZMANN als Privatdozent für interne Medizin, in Budapest Dr. JOHANN WENHARDT für das gleiche Fach habilitiert. — Der Dekan der medizinischen Fakultät in Paris Prof. DEBOVE ist zum Kommandeur der Ehrenlegion, der Anatom Prof. Dr. POIRIER in Paris zum Mitgliede der „Académie de médecine“ ernannt worden. — Aus Breslau wird uns geschrieben: Die von der medizinischen Fakultät gestellte Preisaufgabe: „Es sind Untersuchungen anzustellen über den Einfluß des Lebensalters auf die Adaption und die Nachbildverhältnisse des menschlichen Auges sowie über die Einwirkung des Adaptionszustandes auf den Lichtsinn (Reizschwelle und Unterschiedsschwelle)“ hat eine Bearbeitung erfahren, welcher der volle Preis zuerkannt werden konnte. Dem Verfasser wird auch kostenlose Promotion in Aussicht gestellt. Der Verfasser heißt: stud. med. KURT COHRN.

(Kongresse.) Der 4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche, und zwar Dienstag, 25. April 1905 unmittelbar vor dem Chirurgen-Kongresse in Berlin abgehalten werden. Hauptthema: „Die Mechanik der Skoliose“ (Reff.: SCHULTHESS-Zürich, SCHANZ-Dresden und LOVELL-Boston). Vorträge und Mitteilungen bis 1. März an Prof. JOACHIMSTHAL, Berlin W., Magdeburgerstraße 36. — Gleichfalls in Berlin findet in der Zeit vom 30. April bis 3. Mai ein Röntgen-Kongreß statt, mit welchem eine Ausstellung verbunden sein wird. Anmeldungen an Prof. EBERLEIN, Berlin NW., Tierärztliche Hochschule, Vorträge an Dr. IMMELMANN, Berlin W., Lützowstraße 72.

(Der XXVI. Balneologen-Kongreß) findet vom 9. bis 13. März 1905 in Berlin unter Vorsitz LIEBREICHs statt. Vorträge werden halten: HEUBNER: „Badekuren im Kindesalter“; EWALD (Berlin): „Magenkrankheiten und Balneologie“; EULENBURG (Berlin): „Balneotherapie in der Nervenheilkunde“; F. KRAUSE (Berlin): „Balneologie und Chirurgie“; GRAWITZ (Berlin): „Balneologie und Blutkrankheiten“; SPIESS (Frankfurt a. M.): „Nutzen der Balneotherapie bei Erkrankung der oberen Luftwege“; POSNER (Berlin): „Balneotherapie des uropoet. Apparats“; BRUHNS (Berlin): „Bäderbehandlung bei Hautkrankheiten und Lues“; KOBLANCK (Berlin): „Hydrotherapie und Frauenkrankheiten“; PASSOW (Berlin): „Balneologie und Ohrenkrankheiten“; WINTERNITZ (Wien): „Mißgriffe bei Wasserkuren.“ Ferner sind Vorträge angemeldet von DUNBAR: „Ätiologie und spezifische Therapie des Heufiebers“, BRIEGER (Berlin), BURWINKEL (Nauheim), L. FELLNER (Franzensbad), FISCH (Franzensbad), FRANKENHÄUSER (Charlottenburg), HAHN (Nauheim), HOMBERGER (Frankfurt a. M.), KISCH (Marienbad), LAQUEUR (Berlin), LIEBREICH (Berlin), MARGULIES (Kolberg), MUNTER (Berlin), NENADOWICS (Franzensbad), NEUPAUER (Königswart), RÖCHLING (Misdroy), ROTHSCHILD (Soden), RÖSE (Dresden), RUGE (Cudowa), STEINSBERG (Franzensbad), WEGELE (Königsborn). Während des Kongresses wird der „Ausschuß für die gesundheitlichen Einrichtungen in Kurorten“ im Beisein von Herrn Geh. Rat DIETRICH unter Vorsitz von Herrn Hofrat RÖCHLING im Kultusministerium tagen.

(Militärärztliches.) Die Generaloberärzte der Reserve und Geheimen Medizinalräte Prof. Dr. GAFFKY in Berlin, Prof. Dr. FRIEDRICH LOEFFLER in Greifswald, Prof. Dr. FRIEDRICH MARTIUS in Rostock, Prof. Dr. F. G. v. BRAMANN in Halle a. d. S. und Prof. Dr. J. v. MIKULICZ-RADECKI in Breslau sind zu Generalärzten befördert worden.

(Beirat für die Wiener k. k. Krankenanstalten.) Mit ministerieller Genehmigung soll schon in allernächster Zeit für die Verwaltung der Wiener k. k. Krankenanstalten ein Beirat ernannt werden. Es ist unklar, welche Tendenzen dieser Neuschöpfung zugrunde liegen. In erster Linie werden es wohl fiskalische Rücksichten sein, die hier zur Geltung kommen. Die Statthalterei hat auch schon über die Zusammensetzung dieses Beirates Vorschläge erstattet, welche genehmigt wurden. Als Mitglieder sind in Aussicht genommen: Vertreter des Landesausschusses, der Gemeinde Wien und der diversen Krankenkassen.

(Verkehr mit anatomischen Präparaten.) Ein Erlaß des Unterrichtsministeriums an die medizinischen Dekanate bestimmt zur Regelung des Verkehrs mit anatomischen Präparaten, daß Knochen- und anderweitige anatomische, aus Menschenleichen hergestellte Präparate nur von den Vorständen öffentlicher Institute zu Lehr- und Lernzwecken und behufs wissenschaftlicher Forschung an andere Personen und Anstalten abgegeben werden dürfen, ebenso an Mediziner, Ärzte, Naturforscher, Künstler, an klinische Institute, an Schulen, an Akademien für Maler und Bildhauer sowie für den humanitären Zwecken dienenden Unterricht über „erste Hilfe“ bei Unfällen.

(Die gerichtsärztlichen Gebühren.) Die österreichische Ärzteschaft petitioniert bekanntlich schon seit Jahren erfolglos um die Regelung der gerichtsärztlichen Gebühren im Verfahren außer Strafsachen. Zuletzt ist es die Salzburger Ärztekammer gewesen, die sich als geschäftsführende Kammer zu gleichem Zwecke an das Justizministerium gewandt hatte und die aussichtsvolle Antwort erhielt, der geltende Tarif könne dermalen durch einen anderen nicht ersetzt werden, doch werde bei der bevorstehenden Reform des Irrenrechtes eine gesetzliche Bestimmung erwogen werden, auf Grund deren ein Tarif für gerichtsärztliche Untersuchungen im Verordnungswege erlassen werden könne.

(Sozialärztliches.) Die „Ärztl. Korr. f. Niedersachsen“ publiziert eine Entscheidung von internationalem Interesse. Es handelt sich um die Frage, ob und inwieweit der Inhalt der Entscheidung eines ärztlichen Ehrengerichtes den Beteiligten mitgeteilt werden darf. In einem konkreten Falle ist durch einen dortigen Ehrengerichtshof festgestellt worden, daß es unzulässig sei, die Anordnung der Mit-

teilung einer ergangenen Entscheidung an eine außerhalb des Verfahrens stehende Person in die Entscheidungsformel aufzunehmen, welche lediglich die den Angeschuldigten selbst betreffende Entscheidung hinsichtlich der Schuldfrage und des Strafmaßes enthalten soll.

(Die Krankenkassen Berlins.) In einem uns eingesandten Berichte über die Krankenkassen Berlins im vergangenen Jahre heißt es unter anderem: Wir hatten im Berichtsjahre 123 Krankenkassen, davon waren 55 Ortskrankenkassen, 49 Betriebs- und 19 Innungskrankenkassen. Sämtliche Kassen zählten 371.277 männliche und 214.070 weibliche, zusammen 545.347 Mitglieder, zusammen 44.629 Mitglieder mehr als im Vorjahr. Auf 100 männliche Mitglieder kamen 40·12, auf 100 weibliche Mitglieder 41·77 Erkrankungsfälle. Auf die männlichen Mitglieder entfielen 3,668.956, auf die weiblichen 2,479.889 Krankheitstage. Die Dauer eines mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungsfalls betrug durchschnittlich beim männlichen Geschlecht 24·63, beim weiblichen Geschlecht 27·13 Krankheitstage. Auf jedes Kassenmitglied männlichen Geschlechts entfielen 9·88, auf jedes weiblichen Geschlechts 11·58 Krankheitstage. Die Krankenkassen sind somit durch die weiblichen Mitglieder in unverhältnismäßig starker Weise belastet worden. Die Gesamteinnahmen der Kassen betrugen 20,218.327 Mark, die Gesamtausgaben 19,538.028 Mark, die Kosten für ärztliche Behandlung 2,196.492 Mark; das Gesamtvermögen belief sich auf 11,572.084 Mark.

(Statistik.) Vom 29. Januar bis inklusive 4. Februar 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8226 Personen behandelt. Hiervon wurden 1663 entlassen, 189 sind gestorben (10·2% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 76, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 89, Scharlach 42, Masern 132, Keuchhusten 13, Rotlauf 36, Wochenbettfieber 6, Röteln 3, Mumps 27, Influenza 30, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 839 Personen gestorben (— 99 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Königl. Weinberge bei Prag der städtische Arzt Dr. STRETTE, im 62. Lebensjahre; in Walachisch-Meseritsch der kais. Rat Dr. M. ERNST; in Venedig der ehemalige Arzt am Deutschen Hospital in London Dr. GUSTAV LUDWIG; in Donndorf der Leiter der Heilanstalt St. Gilgenberg bei Bayreuth Dr. AUGUST FALKO, im Alter von 74 Jahren; in Moskau der Direktor des Kinderspitales der Heil. Sophia Dr. NIKOLAJ JABLAKOW, 60 Jahre alt; in Bukarest der ehemalige Generaldirektor des rumänischen Sanitätswesens Dr. J. FELIX.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

L. Fürst, Die Gesundheitspflege der Mädchen. Hamburg und Leipzig 1904, Leopold Voß. — M. 2·50.
H. Ferdy, Sittliche Selbstbeschränkung. Hildesheim 1904. Verlag des Verf.
Huber, Der Denkprozeß von Mensch und Tier. Leipzig 1905, J. H. Robolsky.
R. Schlüter, Die Anlage zur Tuberkulose. Leipzig und Wien 1905, F. Deuticke. — K 8·40.
W. Nagel, Handbuch der Physiologie des Menschen. Bd. 3, 2. Hälfte. Braunschweig 1905, F. Vieweg & Sohn.
R. Rosemann, L. LANDOIS' Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 11. Auflage, 1. Hälfte. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg. — K 13·20.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 13. Februar 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dr. HUGO FREY: Die Diagnose und Chirurgie des otogenen Hirnabszesses.

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Mittwoch, den 15. Februar 1905, 7 Uhr abends, Vollversammlung im Hörsaale des k. k. hygienischen Universitätsinstitutes, IX., Schwarzspanierstraße 17.

K. und k. Stabsarzt Med. und Phil. Dr. JAROSLAV HLADIK: Über die Assanierung im Kriege.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Chemischen Fabrik von J. D. Riedel** in **Berlin, N. 39** über **„Salipyrin“**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 19. Februar 1905. Nr. 8.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an **Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über Arteriosklerosis und Angiosklerosis.

Eine diagnostische Betrachtung

von **Prof. S. v. Basch**, Wien.

In den beiden Bezeichnungen, denen sich die nachfolgenden Betrachtungen zuwenden, liegen, ich darf wohl sagen, zwei Programme. Die erstere Bezeichnung, die der Arteriosklerose, entspricht dem Programme der Kliniker, die zweite Bezeichnung ist die meinige. Der Standpunkt, den ich in dieser wie in mehreren anderen Fragen einnehme, ist von den Klinikern nicht allgemein akzeptiert. Hiervon legen namentlich die Verhandlungen des letzten Kongresses für interne Medizin Zeugnis ab, an dem Marchand und Romberg diese Frage von zwei verschiedenen Gesichtspunkten, von dem anatomischen sowohl als klinischen, zu beleuchten bestrebt waren.

Ehe ich nun über die Verschiedenheit der beiden Programme spreche, will ich erst in kurzem noch auf zwei Thesen eingehen, bei deren Aufstellung ich mich ebenfalls nicht allgemeiner Zustimmung erfreute und die ich sämtlich nach jahrelanger Überlegung, trotz aller hiergegen erhobenen Widersprüche, vollständig aufrecht erhalte.

Die Studien meines Laboratoriums, die von meinen Schülern Grossmann, Zerner u. a. ausgeführt wurden, führten zur Aufstellung des klinischen Kardinalsymptoms der Lungenschwellung und Lungenstarrheit. Dieses Symptom wird noch nicht allseitig akzeptiert, man kämpft dagegen an, aber nicht durch Widerlegung der im Laboratorium und an Kranken gemachten Versuche, sondern durch andere Versuche, deren Richtigkeit ich ja nicht bezweifle, die aber nicht in so bestimmter Weise wie die in meinem Laboratorium gemachten Versuche über kardiale Dyspnoe und kardiales Asthma sich nur auf die im Experimente gewonnenen Tatsachen stützen.

Im vollen Gegensatze zu diesem meinen Gebaren stehen die Anschauungen vieler Kliniker, denn die nehmen die im Laboratorium gewonnenen Erfahrungen je nach Lust auf, um sie, meiner Meinung nach, der traditionell gewohnten „klinischen“ Auffassungsweise anzupassen. Dieser Anpassungsmethode kann ich mich nun nie und nimmer anbequemen, ich passe vielmehr nur meine Gedanken den Erscheinungen an. Diese allein sind mein Leitfaden. In der Frage von der kardialen Dyspnoe nicht allein, sondern auch in der Frage von der Kompensation der Herzfehler. Zu dieser Frage habe ich mich erst kürzlich in einem Aufsatz über Herzrhythmik und Herzarhythmie [1]) nochmals ausgesprochen. Ich schließe meine diesbezüglichen Betrachtungen mit folgenden Worten: „Man kannte die Herzhypertrophie als Folgezustand und diesem schrieb man sofort kompensierende Kräfte zu, welche dem durch den Herzfehler in seiner Arbeit geschädigten Herzabschnitte zuhilfe kamen, und wenn die Herzhypertrophie fehlte, so wurde man nicht verlegen, sondern ließ sofort heilbringende Kräfte, wie einen „Deus ex machina“ aus der Reserve auftauchen, die dem geschädigten Herzabschnitte mit Erfolg beisprangen.

So entsprang die Kompensationslehre ohne Mühe, wie die Minerva aus dem Haupte Jupiters, aus dem genialen Kopfe Traubes u. a.

Sie wurde, wie die Literatur lehrt, nicht nur ohne Widerspruch akzeptiert, sondern mit großem Beifalle aufgenommen.

[1]) Pflügers Archiv, 1904.

Kein Wunder. Befriedigte sie ja doch in leichter und deshalb einschmeichelnder angenehmer Weise das gewöhnliche allgemeine Kausalbedürfnis.

Man muß, so meinen diese — der alten Anschauung Anhängenden —, über die Beschreibung hinausgehend, zur Erklärung gelangen, und diese liefert für den vorliegenden Fall nur die Kompensationslehre mit ihrer Aufstellung von ausgleichenden kompensatorischen und Reservekräften als letzten Ursachen, welche alles das gutmachen, was der Herzfehler verschuldet. So sehen wir die Macht einer durch die Autorität gestützten Hypothese sich entfalten."

Und in der Tat, diese Macht herrscht noch heute, wohl großenteils in Deutschland, England und Österreich. In Frankreich stellt man schon seit Jahren der Kompensationslehre den Satz gegenüber: Le coeur ne hypertrophie pas pour lutter, mais parce qu'il lutte. Meine Betrachtungen bewegen sich vollständig auf tatsächlichem Boden. Wie man sieht, besteht für mich gar kein Grund, meine Meinung zu ändern. In der Wissenschaft muß man eben wie mancher Politiker sagen: Ich kann warten.

Nun komme ich zu dem Unterschiede zwischen der Arteriosklerose und Angiosklerose. Daß der Anatom, wie MARCHAND in Leipzig, nur für die Arteriosklerose eintritt, ist gar nicht wunder zu nehmen. Was braucht sich der Anatom um hohe Spannung zu kümmern, er beurteilt ja aus statischen Verhältnissen. Darum hat sich der Kliniker, der mit Lebenden, also mit dynamischen Änderungen zu tun hat, zu kümmern.

Allerdings sieht der Kliniker sehr häufig mit dem Auge des pathologischen Anatomen den Kranken und hieraus vor allem erklärt sich der Unterschied in der Denkungsweise des Arztes, der sich seine Vorstellungen großenteils auf Grund von physiologischen Erfahrungen aufbaut und jenen, welche die physiologische Erfahrung nur zur Erweiterung ihrer sozusagen „klinischen" Ansichten benutzen.

Ich für meinen Teil gehöre zu den ersteren, zu jenen, die, wie ich dies in meiner im Jahre 1896 erschienenen Arbeit über „Gefäßstarre" gelegentlich der Diagnose Angiosklerose ausgesprochen habe. „Diese leidet — so schrieb ich — an jener Unsicherheit, die an jeder anatomischen Diagnose haftet, deren Bestreben dahin gerichtet ist, das zu beurteilen, was man wahrzunehmen nicht in der Lage ist. Nun fragt es sich, welchen Weg soll man hier einschlagen? Soll man kühnen Mutes, auf die Gefahr hin, sich zu irren, schon auf Grund unsicherer Anzeichen, die mitunter zutreffen, mitunter aber auch nicht, anatomische Diagnose machen oder soll man auf die Gefahr hin, der Unkenntnis beschuldigt zu werden, lieber vorsichtig weniger, dafür aber sicher diagnostizieren. Ich für meinen Teil gehöre zu den Vorsichtigen. Ich bin kein Freund des diagnostischen Lotteriespieles, bei dem man oft gewinnt, weil man oft wagt."

Dieser Ansicht war ich schon damals gelegentlich der Diskussion der Angiosklerose, einer Diagnose, die jetzt nur von Wenigen gemacht wird, denn alle Diskussionen beziehen sich nur auf die Arteriosklerose, einer Diagnose also, welche, wie meine wiederholten Darlegungen beweisen, noch immer zu den schwierigen gehört.

Wie kam ich nun dazu, den Begriff Angiosklerose einzuführen? Einfach dadurch, daß ich seit dem Jahre 1881, d. i. mit der Vollendung der Konstruktion meines Sphygmomanometers, anfing, Blutdruck zu messen. Doch begab ich mich nicht nach einigen Messungen — wie es jetzt gewöhnlich geschieht — sofort in die Diskussion. Erst 13 Jahre hierauf erschien meine erste Arbeit über latente Arteriosklerose und erst 3 Jahre später, d. i. 1896, erschien meine Arbeit über „Gefäßstarre, Angiorhigosis" und 5 Jahre später erschien mein Buch über „Herzkrankheiten bei Arteriosklerose".

Der Hauptzweck meiner Auseinandersetzungen bestand in den Nachweisen, daß der hohe Blutdruck nicht durch Entartung der großen, sondern durch die der kleinen Gefäße veranlaßt wird. Die Scheidung, die ich in verschiedenen Abteilungen vornahm, geschah nur auf Grund der Durchsichtung meines Materials.

Ich verhehlte mir bei dieser Durchsichtung nicht, daß es Fälle gibt, die durch den allgemeinen Symptomenkomplex den Fällen von Angiosklerose gleichkommen. Habe ich doch im Jahre 1893 ausgesprochen, wie leicht solche Fälle mit niedrigem Blutdrucke mit anderen von ausgesprochen hohem Blutdrucke identifiziert werden können. Bei solchen Fällen bin ich schon im Jahre 1893 von der Ansicht ausgegangen, daß wohl bei diesen Individuen zu früheren Zeiten eine hohe Pulsspannung bestanden habe, die aber durch eine Art von Anpassung der Gefäße im Laufe der Jahre in einen niedrigen Druck verwandelt wurde. Fälle hiervon finden sich in meinem Buche über Herzkrankheiten bei Arteriosklerose.

Es ist aber auch für diese Fälle die Meinung zulässig, daß die Arteriosklerose sich hier von vornherein unter niedriger Pulsspannung entwickelte. Es würden das jene Fälle sein, wo vielleicht die Gefäße auf dem von THOMA beschriebenen Zustand der herabgesetzten Dehnbarkeit stehen bleiben, einem Zustand, den ich aber nach meiner jetzigen Auffassung nicht mit dem Namen der gewöhnlichen Angiosklerose bezeichnen würde, sondern für den ich die Bezeichnung Angionese — von ἄνεσις Erschlaffung — vorschlagen würde. Diesbezüglich sage ich in einer Anmerkung der zitierten Arbeit: „Ich sehe dagegen in dem sklerosierenden Prozesse, der die Arterien ergreift, den Ausgangspunkt für zweierlei physikalische Veränderungen, d. i. eine Dehnbarkeitsverminderung (Angiosklerose) oder Vermehrung (Angionese).

Hierzwischen kann es zahlreiche Variationen geben, die nicht bloß die verschiedenen Variationen des objektiven Befundes am Lebenden, sondern auch die verschiedenen objektiven Befunde an der Leiche erklärlich machen würden. Der künftigen Forschung bleibt es vorbehalten, diese genau zu prüfen und festzustellen. Die gordischen Knoten in der Wissenschaft lassen sich eben nicht mit einem allgemeinen Satze durchhauen, sie müssen langsam und sorglich gelöst werden.

Schmiegsame Hypothesen können eine derartige Lösung nur unterstützen. Starre Hypothesen sind trotz ihrer scheinbaren Einfachheit einer Lösung nicht förderlich.

In diesen zwei Arbeiten, die 12 und 15 Jahre nach meinen ersten Blutdruckmessungen erschienen sind, habe ich nur den allgemeinen Standpunkt definiert, zu dem ich durch meine Messungen kam. In dem Lehrbuche, das nach 20 Jahren veröffentlicht wurde, habe ich mein Material, soweit es die Herzkrankheiten und Gehirnzustände betrifft, vollständig mitgeteilt.

Daß ich in diesem Buche das Thema vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus bearbeitete und ganz voraussetzungslos mich von meiner eigenen Erfahrung leiten ließ, das wird selbst in einer Kritik von Prof. LÉPINE (Lyon) zugestanden. „Le livre qu'il publie aujourd'hui reflète d'une manière evidente cette tendance eclectique et le soucie de la vérité."

In der Tat „La soucie de la vérité" durchzieht mein Buch. Nur einige Beispiele hiervon: Auf pag. 38: Der Experimentator, der sich auf das klinische Gebiet, als einem ihm unbekannten Terrain begibt und dasselbe zu beherrschen wähnt, ist ebenso sehr im Unrecht als der Kliniker, der das Experiment für das Verständnis des ihm bekannten Tatsachengebietes entbehren zu können glaubt. Jeder von beiden läuft so Gefahr, der Spekulation in die Arme zu fallen, die übrigens für viele etwas Verlockendes hat, weil sie leicht und mühelos zum Ziele führt.

Diagnosen lassen sich leicht mit Hilfe der Spekulation machen. Von einem derartigen Vorgehen suche ich mich bei der Behandlung meines Stoffes möglichst ferne zu halten.

Gelegentlich der Besprechung der Blutdruckmessung sage ich auf pag. 116 folgendes: „Die Ingenieure, die Architekten, die Elektrotechniker verständigen sich leicht untereinander, weil sie alle bei ihrem Urteile von gewissen Maß-

einheiten ausgehen, die ihnen durch die Wissenschaft, welche sich gerne in den Dienst der Praxis stellt, geliefert werden. Sie alle unterwerfen sich gerne diesem Zwange, weil sie einsehen, daß sie aus demselben Nutzen ziehen. Nur in der Medizin ist es anders, und zwar, wie ich meine, deshalb, weil sie die meisten als angewandte pathologische Anatomie, nicht aber als angewandte Physiologie auffassen. Der Kreislaufskliniker namentlich, der nicht bloß ein Kenner des toten Herzens, sondern auch ein Ingenieur des Blutlaufs sein soll, kann der Methode der Blutdruckmessung nie entraten."

In dem Kapitel über Verlauf und Entwicklung der Angiosklerose sage ich auf pag. 259: Ich beschränke mich auf den Ausdruck Orientierung und deute hiermit zugleich an, daß mir nichts ferner liegt, als Theorien über die Entwicklung der Angiosklerose aufzustellen. Hierzu ist es meiner Meinung nach zu früh. . . . Die gegenwärtige Ansicht, insoweit ich sie aus den bisherigen Monographien von HUCHARD, EDGREEN, v. SCHRÖTTER beurteile, erscheint mir nach dieser Richtung noch unzureichend.

Die Anhaltspunkte für diese Orientierung liegen in meinem Beobachtungsmaterial, und zwar in jenen Angaben, welche sich auf das Bestehen, Fortschreiten oder Rückbilden jener Symptome beziehen, welche die Angiosklerose begleiten und charakterisieren, andernteils in den Resultaten der Blutdruckmessungen.

Der Wert dieser Anhaltspunkte liegt in ihrer Vereinigung, die meiner Meinung nach immer eine untrennbare sein und bleiben soll. Ohne diese Vereinigung erscheint, wie aus meinen bisherigen Darlegungen wohl zur Genüge hervorleuchtet, eine klinische Diskussion, die sich auf Diagnose, Prognose und Therapie erstreckt, deshalb mangelhaft, weil der gerade für das praktische Handeln so wertvollen physiologischen Betrachtung zu wenig Spielraum gegönnt wird.

Die praktische Wichtigkeit einer derartigen klinischen Diskussion muß jedem einleuchten, der bedenkt, daß mit derselben wichtige und wesentliche Elemente für die jeweilige Diagnose und Prognose gegeben sind.

Denn die Ereignisse der Gegenwart lassen sich um so besser beurteilen, je genauer man über die Vergangenheit orientiert ist, und ebenso ist die Gewähr für die Vorhersage, d. i. unseres prognostischen Urteiles, um so größer, je genauer die Einsicht ist, die wir in Gegenwart und Vergangenheit gewonnen haben.

Nach diesen Auseinandersetzungen, die vor allem dazu dienten, auf die Schwierigkeit des Themas und auf die Notwendigkeit der Diagnose Angiosklerose hinzuweisen, komme ich nun zu den Ausführungen ROMBERGS auf dem letzten medizinischen Kongreß zurück. Vor allem ist es der Ausspruch, daß nur in 90% der Fälle hoher Blutdruck vorhanden sei. Er beruft sich hier auf die Messungen von SARADA. Ich glaube, daß ROMBERG bei Aufstellung dieses Satzes nicht nur optima fide, sondern noch mehr mit klinischem Selbstvertrauen vorgegangen ist.

Er hält diese Fälle für Arteriosklerose, und zwar deshalb, weil er die Diagnose hier, ich möchte sagen a priori, das ist auf Grund klinischer Symptome stellte und den Blutdruck dann hinzufügte. Bei mir erfolgt das Diagnostizieren in ganz anderer Weise. Ich mache zunächst die klinisch-physikalische Diagnose Angiorhigosis, dann trenne ich aus derselben die klinisch-physiologische Diagnose Angiosklerosis und bleibe bei einer Unterabteilung derselben vorläufig stehen, begebe mich dann erst später, wenn Merkmale hierfür vorliegen, zur klinisch-anatomischen Diagnose Arteriosklerosis. All das geschieht, wenn vorerst die hohe Spannung vorliegt. Wenn ich aber der hohen Pulsspannung nicht begegne, dafür aber andern Merkmalen der Arteriosklerose, dann mache ich keinesfalls zunächst die klinische Diagnose Arteriosklerose, sondern überlege es mir, wohin ich diesen Fall setzen soll, ob zu der Diagnose Fettherz oder Angionese oder abgelaufene Angiosklerose.

Die Merkmale, die der Puls, resp. das Sphygmogramm liefert, kümmern mich gar nicht, weil Studien, die ich vor einer Reihe von Jahren gemacht habe, mich dahin belehrt haben, daß man hierüber aus den Sphygmogrammen keineswegs Sicheres erfährt.

Die plethysmographischen Studien, die Herr ROMBERG durch seinen Assistenten Herrn OTTFRIED MÜLLER ausführen läßt, sind ja recht interessant; sie stimmen überdies mit einer Ansicht überein, die ich auf pag. 97 meines Buches aussprach: „Es sollen vorher einige Betrachtungen hier Platz finden, welche sich auf Befunde und auf die Erfahrung stützen, daß in allen Fällen von latenter und, wie wir später sehen werden, auch von manifester Angiosklerose viel geringere Blutdruckschwankungen bemerkbar sind als in den Fällen von Pseudoangiosklerosis, die physiologische Angiosklerose.

Diese Erscheinung ist wohl darauf zurückzuführen, daß die Aktion der Gefäßwand wegen der Starrheit der angrenzenden Teile der Gefäßwand, vor allem der Intima, zum Teile behindert ist. Es ist aber auch daran zu denken, daß die Gefäßmuskulatur selbst in den sklerotischen Prozeß einbezogen ist und daß deshalb deren Kontraktilität eine Einbuße erleidet. Letzteres würde eine Insuffizienz der Gefäßmuskulatur bedeuten."

So schön die Versuche OTTFRIED MÜLLERS auch sind, so waren meine Messungen imstande, dieselben zu prophezeien. Weiter muß ich nachträglich noch hinzufügen, daß mir die Resultate von MÜLLER auch bei angionetischen Gefäßen nicht unwahrscheinlich sein würden. Ich hebe dies hervor, um zu betonen, daß die plethysmographischen Untersuchungen keinen Unterschied zwischen Angiosklerose und Angionese machen können.

Mit besonderer Befriedigung erkenne ich an, daß ERB sen. von einer Dysbasia angiosclerotica spricht.

Auch GRÖDEL ist im ganzen, wie es scheint, meiner Meinung. Er mißt allerdings mit dem GÄRTNERschen Tonometer, der im Werte mir nicht verläßlich genug schien. Bei dieser Gelegenheit möchte ich betonen, daß mir die lobspendenden Worte, mit denen man die Apparate von RIVA-ROCCI und von RECKLINGHAUSEN auszeichnet, mir deshalb ganz unverständlich sind, weil sie ja alle nach dem von mir eingeführten Prinzipe, das ist dem der flüssig-elastischen Pelotte, nach der gleichen Methode gebaut sind. Ich, der ich mein Instrument seit 23 Jahren anwende, habe nicht den geringsten Grund, damit unzufrieden zu sein.

Ich werde mich nun mit einigen Arbeiten, die nach dem Kongresse erschienen sind und die ebenfalls unser Thema behandeln, beschäftigen.

Über die Arbeit von SIHLE[1]) habe ich nur zu erwähnen, daß er sich wesentliche Vorteile von der Bestimmung der Druckdifferenz zwischen der Brachialis (RIVA-ROCCI) und der Digitalis (GÄRTNER) verspricht, er vergißt aber ganz darauf, daß weder RIVA-ROCCI noch GÄRTNER genauere Angaben hierüber machen können. Diese Ansicht spreche ich auf Grund meiner Einsicht in beide Instrumente aus. Aus diesem Grunde betrachte ich alle seine Angaben, die er am Schlusse seiner Arbeit wiedergibt, nur als bloße Betrachtungen, die in den Augen des Autors — der, wie mir scheint, sich mit der Frage des Blutlaufs nur spekulativ beschäftigt — sehr wichtig sind.

Immerhin ist es erfreulich zu sehen, daß Ärzte sich mit großem Eifer und Fleiß an dieses so schwierige Thema heranwagen.

Dann liegt mir ein Referat von Dr. VAQUEZ vor über „Hypertension", das er für den Congrès français, VII. Ses-

[1]) Beiträge zu einer funktionellen Diagnose der Arteriosklerose etc. Von Dr. med. SIHLE, Odessa. „Wiener klin. Wochenschr.", 1904, 14.

sion 1904, gemacht hat. In diesem Referate betont der Verfasser, daß der Umstand, daß POTAIN sein Sphygmomanometer mit Luft füllte, nicht meine Priorität berührt. Doch irrt sich Herr VAQUEZ, wenn er glaubt, daß der metallene Manometer von POTAIN herrühre. Ich habe denselben lange vor POTAIN zuerst von den Mechanikern Mayer und Wolff in Wien, später von dem Fabrikanten der Aneroid-Barometer Lufft in Stuttgart konstruieren lassen. (Jetzt baut Herr Castagna, der Mechaniker des Wiener physiologischen Instituts, ein Metallmanometer mit einer kleinen BOURDONschen Feder, der noch weniger Luft enthält als die Aneroidkapsel.) POTAIN hat in Paris genau nach meinem Prinzipe eine Aneroidkapsel für sein Instrument sich bauen lassen und dasselbe nur mit Luft gefüllt. POTAIN hat also nicht mein Quecksilbermanometer durch den leicht transportablen Metallmanometer ersetzt, sondern, wie gesagt, nur die Luftfüllung eingeführt. Das war jedenfalls auch ein Verdienst von ihm.

Die Sphygmomanometrie habe aber nur ich in die Klinik eingeführt, denn der Name selbst stammt von mir und ich bin meinen Nachfolgern POTAIN, A. MOSSO und RIVA-ROCCI sehr dankbar, daß sie den Namen beibehalten haben.

Zu den weiteren Ausführungen des Verfassers auf pag. 574 möchte ich nur bemerken, daß der Satz: „La perte d'élasticité est la consequence et non la cause de l'hypertension" mir einerseits vollkommen unverständlich ist und daß ich andrerseits mir den Vorwurf, ich hätte eine Krankheit „sans nom" aufgestellt, sehr wohl gefallen lasse. Ich denke eben physikalischer als der Kliniker, ich kann mir sehr wohl molekulare Veränderungen in der Gefäßwand vorstellen, von denen der Anatom nichts zu entdecken imstande ist.

Bei der Durchsicht der Arbeit von Dr. DUNIN[5]), Primararzt in Warschau, entnehme ich mit Vergnügen, daß der Autor zu jenen gehört, die mich gelesen, und daß er anerkennt, daß in der uns interessierenden Frage eigentlich nur meine Arbeiten zu berücksichtigen sind, weil — wie er sagt — ich sehr viele Messungen und an sehr verschiedenem Materiale angestellt habe. Wenn der Verfasser in manchem mit mir nicht ganz übereinstimmt, so hebe ich nur hervor, daß die ganze Frage noch eine neue ist, und es scheint mir, es werde bei der eben jetzt erst beginnenden Diskussion sich noch oft Gelegenheit finden, daß verschiedene Meinungen auftreten. Hieran liegt aber gar nichts, es ist im Gegenteile besser so, als wenn die Frage nur im alten Stile, von der rein klinischen Seite behandelt wird.

In der Tat, wenn ich die in meinem Buche ausgesprochenen Ansichten mit denen der Spitalsärzte ROMBERG, SEHLI, VAQUEZ und DUNIN vergleiche, dann sehe ich, wie recht ich von meinem Standpunkte aus getan habe, indem ich die ganze Frage nicht wie der Kliniker, sondern wie der ärztlich geschulte Physiologe behandelte. Bei dieser Behandlung überwiegt in meiner Betrachtungsweise das Erkenntnistheoretische gegenüber dem durch Tradition Anerkannten.

[5]) Der Blutdruck im Verlaufe der Arteriosklerose. „Zeitschr. f. klin. Medizin", 1904, Bd. 54.

Die kombinierte Digitalis-Koffein-Medikation.

Von **Dozent Dr. Ludwig Braun**, Wien.

(Schluß.)

Wie verhält sich nun unter Digitaliswirkung sowie unter Digitalis-Koffeinwirkung das Herz?

Meine Absicht war ursprünglich, in den Kombinationsversuchen die denkbar geringsten Vergiftungserscheinungen durch Digitalis zu bewirken und zu studieren, ob sich dieselben durch Koffeinwirkung würden beseitigen lassen. Dies war jedoch unausführbar, weil Erscheinungen, die man als dem leichtesten Vergiftungsgrade entsprechend zu bezeichnen hat, z. B. geringe Tonusschwankungen, am LANGENDORFFschen Herzpräparate auch unter den exaktesten Versuchsbedingungen spontan auftreten können und daher niemals sicher als Vergiftungserscheinung zu qualifizieren sind.

Ich kann diesbezüglich nur aussagen, daß man z. B. nach Zufuhr von 1 cm^3 Digitalisdialysat allein stärkere Tonusschwankungen auftreten sieht, als erfahrungsgemäß an unbeeinflußten LANGENDORFFschen Herzpräparaten, daß hingegen im entsprechenden Kombinationsversuche, 1 cm^3 Digitalisdialysat + 1 *mg* Koffein, keinerlei Abweichung von der Norm zu konstatieren ist. — Es mußte also zu größeren Digitalisdosen gegriffen werden und die kleinste Digitalisdosis, deren Folgen für das Herz schließlich immer letale sind, als Ausgangspunkt für die Versuche genommen werden. Zu diesen Digitalisdosen wurde dann das Koffein resp. Diuretin hinzugefügt. In sicherlich mehr als hundert Versuchen mit Digitalis am LANGENDORFFschen Herzpräparate habe ich den Eindruck gewonnen, daß Arhythmien und Neigung zu systolischen Dauerzuständen, die einmal nach Digitaliszufuhr eingetreten sind, niemals wieder spontan von regulärer Herzaktion abgelöst werden. Ich darf daher den Schluß wagen, daß das Verschwinden solcher Arhythmien in Digitalis-Koffein-Kombinationsversuchen auf den Einfluß des Koffein zu beziehen ist.

Die Lebensdauer des mit Digitalis vergifteten LANGENDORFFschen Herzpräparates wird durch die gleichzeitige Koffeinzufuhr entschieden verlängert. Es kann den Beweiswert derartiger Versuche nicht einschränken, daß solche Herzen nach letalen Digitalisdosen trotz Koffein zugrunde gehen, denn Koffein ist ja kein Antidot der Digitalis, es hebt nur eine ihrer Teilwirkungen auf.

Für die große Bedeutung der gleichzeitigen Koffeinzufuhr und der Beseitigung der genannten Digitaliswirkung spricht auch der Umstand, daß ein Herz, welches Digitalis allein erhalten hatte, zumeist schon bewegungslos war, noch ehe der dritte, der vierte Teil des Inhaltes der Giftflasche — 2 cm^3 Dialysat in zirka 250 Blut-Kochsalzgemisch — seine Kranzgefäße passiert hatte. War aber in der Giftflasche neben der entsprechenden Digitalisdosis auch 1 *mg* Koffein enthalten, so schlug das Herz kräftig weiter, wiewohl zum Zwecke seiner Speisung wiederholt hatte umgeschaltet werden müssen, eine zumindest dreimal solange Zeit verstrichen war und noch dazu eine bei weitem größere Digitalisdosis ihre Wirkung hatte entfalten können.

Durchleitung von Normalblut allein durch das vergiftete Herz ändert nichts an den Vergiftungserscheinungen. Die auftretende Besserung ist daher entschieden Koffeinwirkung.

Soll die Koffeinwirkung in der beschriebenen Weise zustande kommen, so müssen die beiden Gifte gleichzeitig in das Herz gelangen. Man kann ein mit Digitalis vergiftetes Herz durch nachträgliche Koffeinzufuhr entweder gar nicht oder nur in kaum nachweisbarer Weise beeinflussen[6]), man kann es auch nicht durch vorangehende Koffeinzufuhr widerstandsfähiger gegen die Digitaliswirkung machen.

Kurz zusammengefaßt zeigen die Versuche, daß die Kombination Digitalis-Koffein in bezug auf ihre Herzwirkung der bloßen Digitaliszufuhr gegenüber insofern für das Herz günstig ist, als

1. die Tonusschwankungen beseitigt werden, welche der Digitalis allein zukommen,
2. die Arhythmien behoben werden,
3. die Lebensdauer des durch Digitalis vergifteten Herzpräparates verlängert wird, wenn auch das Koffein nicht imstande ist, das Herz vor dem schließlich eintretenden, durch Digitalis bewirkten Absterben zu bewahren.

[6]) Eine diesbezügliche Kurve enthält die bereits zitierte Publikation von BRAUN und MAGER, Fig. 40.

Ein solches Herz stirbt in schlaffem, das Digitalisherz in kontrahiertem Zustand ab.

Die erste Gruppe von Versuchen hat uns gelehrt, daß die Digitalis-Koffein-Kombination die durch Digitalis allein herbeigeführte Verminderung der Blutmenge in den Kranzgefäßen aufhebt, die zweite Gruppe hat uns gelehrt, daß diese Kombination auch die Herztätigkeit günstiger beeinflußt als Digitalis allein.

Wir dürfen in Übereinstimmung mit einer Reihe von Autoren hieraus den Schluß ziehen, daß die bessere Durchblutung des Herzens, wie sie durch die Kombination Digitalis-Koffein gegeben wird, auch die Ursache für die Verbesserung der Herztätigkeit ist.

Es ist bereits von mehreren Autoren hervorgehoben worden, daß zwischen der Blutfüllung der Kranzgefäße des Herzens und der Herztätigkeit ein Zusammenhang besteht. Auch hierbei hat das LANGENDORFFsche Herzpräparat ein entscheidendes Wort zu sprechen, denn Beobachtungen an demselben lehren uns, daß die Größe der Herzkontraktionen in hohem Maße von dem Drucke und der Stromgeschwindigkeit abhängt, mit der das Blut durch die Koronargefäße hindurchgeleitet wird. Die Stromgeschwindigkeit in den Kranzgefäßen hängt wiederum, wie in jedem Gefäßgebiete, außer von dem Drucke, mit dem Blut in sie einströmt, auch von der Weite der Strombahn ab. LANGENDORFF[10]), MAGRATH und KENNEDY[11]), SCHIRRMACHER[12]) sowie OSWALD LOEB[13]) haben diese Verhältnisse studiert und gefunden, daß die Frequenz des Herzschlags nur wenig von der Durchblutungsgröße beeinflußt wird, daß aber die einzelne Herzkontraktion bei stärkerer Durchblutung sogleich an Umfang zunimmt und daß andrerseits bei Herabsetzung des Durchflusses die Pulshöhen allmählich abnehmen.

LANGENDORFF[14]) hat auch darauf hingewiesen, daß sich Herzarbeit und Stromstärke in den Koronargefäßen gegenseitig beeinflussen. Steigt nämlich bei erhöhter Herzleistung der Blutdruck in der Aorta, so strömt das Blut unter höherem Druck in die Kranzgefäße ein und die Speisung der Herzmuskulatur nimmt zu. Dadurch wird dem Herzen aber auch die Möglichkeit erleichtert, dauernd gegen den erhöhten Aortendruck zu arbeiten, eine größere „Anstrengung" — wie v. BASCH sich ausdrückt — zu leisten. Und umgekehrt: das Herz schädigt seine eigene Blutversorgung, wenn die Herzkraft sinkt.

Alle diese Verhältnisse, welche die Abhängigkeit der Herzleistung von der Versorgung des Herzmuskels mit Blut dartun, sind in klinischer und pharmakodynamischer Hinsicht von großer Bedeutung, denn es erscheint natürlich von dieser Seite her eine Beeinflussung der Herztätigkeit durch Medikamente möglich. Solche Einflüsse werden auch bei der Kreislaufswirkung der verschiedenen Stoffe entschieden von Bedeutung sein.

Die günstigsten Bedingungen für das Herz müssen ohne Zweifel dann gegeben sein, wenn bei hohem Aortendruck die Kranzgefäße weit bleiben oder sogar erweitert werden.

Die Koronarzirkulation wird schließlich auch durch die Herzbewegung selbst beeinflußt, denn die Kammerkontraktion drückt, wie wiederum LANGENDORFF nachgewiesen hat, die Herzwand wie einen Schwamm aus; die systolische Entleerung betrifft dabei im wesentlichen die nachgiebigen Venen des Koronargebietes, die Arterien aber erweitern sich im Beginne der Systole (in der Anspannungszeit). Durch beide Momente wird die Durchblutung bei der Herzkontraktion begünstigt. Da der Wechsel zwischen Zusammenziehung und Erschlaffung des Herzens der Blutförderung günstig ist, so wird einerseits das frequent schlagende Herz besser durchblutet als das langsam schlagende, es müssen andrerseits energische Herzbewegungen den Durchfluß in höherem Maße fördern als schwache Herzkontraktionen.

Betrachten wir nunmehr an der Hand dieser Erfahrungen über die Koronarzirkulation die Digitaliswirkung, so finden wir, daß es im einzelnen Falle immer darauf ankommen wird, ob die Verbesserung der Blutspeisung resp. der Ernährung des Herzens durch die Verstärkung der Herzbewegung, die Regularisation der Herztätigkeit, die Drucksteigerung in der Aorta und durch die Wirkung auf den Vagus, also durch Verlängerung der Diastolen, i. e. der Füllungszeit der Kranzgefäße, oder ob die Schädigung der Ernährung des Herzens durch die Verengerung der Kranzgefäße die Oberhand gewinnt.

Bei dem Herzen mit intakten Gefäßen läßt sich eine Dosis finden, welche die der Koronarzirkulation günstigen Faktoren der Digitaliswirkung, die Verstärkung der Pumparbeit, die Regularisation und die Pulsverlangsamung zustande kommen läßt, ohne daß der unwillkommene Begleiter dieser Wirkung allzusehr in den Vordergrund tritt, und es sind ja — wie bereits erwähnt — gerade die kleinsten Dosen, welche besonders deutlich die Herztätigkeit verbessern. Tatsächlich sehen wir es ja tagtäglich, daß ein halbwegs kräftiges Herz mit wegsamen, gesunden Koronargefäßen, wenn es unter Digitaliswirkung steht, aus all den genannten Faktoren eine dem Kreislauf förderliche Summe zieht, indem es, wie aus der Gesamtwirkung hervorgeht, die Verengerung seiner Kranzgefäße durch den intensiveren Wechsel zwischen Zusammenziehung und Erschlaffung der Herzwand, durch die Verlängerung der Diastolen und den höheren Aortendruck kompensiert.

Nehmen wir aber den Fall, Digitalis würde auf ein Herz einzuwirken haben, das geschädigte, sklerotisch veränderte oder zu krampfartiger Verengerung tendierende Gefäße hat, wie dies z. B. bei manchen Formen der Angina pectoris aller Wahrscheinlichkeit nach der Fall ist.[15]) Ein solcher Zustand muß durch die vasokonstriktorische Wirkung der Digitalis in so ungünstiger Weise beeinflußt werden, daß die übrigen Digitaliswirkungen, vor allem die Verstärkung der Pumparbeit, nicht zur Geltung kommen und die Reizwirkung der Digitalis auf die schlecht oder gar nicht mit Blut gespeiste Herzmuskulatur direkt zu Insuffizienzerscheinungen führt.

Ich ziehe hier absichtlich nur diese Seite der Frage in Betracht und lasse die durch periphere Gefäßwirkung bedingte Blutdrucksteigerung unberücksichtigt. Es ist ja klar, daß die Frage einer durch Digitalisdarreichung manifest werdenden Herzinsuffizienz auch noch von diesem zweiten Gesichtspunkte aus zu überlegen ist. Ein Herz mit kranken Gefäßen und kranker Muskulatur kann die durch Erhöhung des Gefäßtonus unter Digitaliseinfluß zustande kommende Drucksteigerung eben nicht bewältigen und reagiert auch aus diesem Grunde auf die Digitalismedikation schlecht. Die Herzen aber, von denen ich eben sprach, haben eine relativ „leistungsfähige" Muskulatur, die dem Ansteigen des Blutdrucks gewachsen wäre, wenn ihre Ernährung nicht durch die krampfartig eintretenden Verengerungen der Kranzgefäße eine zu große Einbuße erlitte.

Die Berechtigung zu einer derartigen Argumentation scheint mir in der für den ersten Blick so paradoxen Tatsache zu liegen, daß gerade die Stenokardiker mit Herzinsuffizienz und relativ hohem Blutdruck auf Digitaliszufuhr besser zu reagieren pflegen als Stenokardiker mit ähnlichen Insuffizienzerscheinungen und relativ tiefem Blutdruck. Die ersteren sind eben Individuen mit, wie ich früher sagte, noch relativ „leistungsfähiger" Herzmuskulatur, die eine

[10]) PFLÜGERS Archiv, Bd. 61.
[11]) „Journ. of experim. medic.", 1897.
[12]) Inaug.-Diss., zit. nach LOEB.
[13]) „Arch. f. experim. Path.", Bd. 51.
[14]) PFLÜGERS Archiv, Bd. 66.

[15]) Auch NEUSSER vertritt in seiner jüngst erschienenen Schrift über „Angina pectoris" diesen Standpunkt.

herzmuskuläre Digitalisreaktion noch aufzubringen vermag, während die zweite Gruppe von Patienten jede, auch die geringste Blutdrucksteigerung ungünstig beantwortet, da solche Herzen keinerlei vermehrter Arbeitsleistung fähig sind. Bei der ersten Gruppe von Patienten tritt auch ein anderes, auf Herzwirkung beruhendes Symptom der Digitaliswirkung, die Regularisierung der Arhythmie, in die Erscheinung, weil der motorische Apparat des Herzens eben digitalisreaktionsfähig ist, während die Digitalisdarreichung in der zweiten Reihe von Fällen die Arhythmie entschieden verstärkt.

Und wenn wir uns nunmehr die Frage vorlegen, worauf die oftmals so überraschende Wirkung der kombinierten Digitalis-Koffein-Medikation beruht, so liegt wohl an der Hand der gesammelten Erfahrungen nichts näher, als anzunehmen, daß das Koffein das herzschädigende Moment der Digitaliswirkung, die Verengerung der Kranzgefäße des Herzens, aufhebt.[16]) Nach unseren Erfahrungen über die Herzwirkung der beiden Medikamente muß ja gerade die Kombination derselben bei weitem besser auf das Herz wirken, als jedes der Medikamente für sich allein, denn nur gemeinschaftlich schaffen sie die Bedingungen herbei, die wir als die günstigsten für das Herz erkannt haben. Diese Bedingungen sind eben dadurch gegeben, daß bei hohem Aortendruck (durch Digitalis) die Kranzgefäße weit bleiben oder sogar erweitert werden (durch Koffein).

Meines Wissens ist bisher Robert Breuer[17]) der Einzige gewesen, der aus klinischer Erfahrung heraus der Digitalis-Diuretin-Kombination eine eigene Stellung in der Herztherapie einräumt und sich dieselbe zu erklären sucht. Er sagt hierüber folgendes:

„Sollte nicht die bekannte, auffallend günstige Wirkung der Kombination Digitalis-Diuretin auch bei solchen Zuständen von Herzinsuffizienz, die ohne wesentliche Ödeme einhergehen, sich dadurch erklären, daß das Theobromin die Wirkung der Digitalis auf die Gefäße herabsetzt, während die Wirkung auf den Herzmuskel bestehen bleibt?"

Die Tatsache der beträchtlichen Verstärkung der Blutströmung in den Kranzgefäßen durch die Digitalis-Koffein-Kombination ist auch insofern bemerkenswert, als Loeb, der in allerletzter Zeit die Wirkung von Koffein und Theobromin auf das isolierte Warmblüterherz und die Koronarzirkulation studierte, gefunden hat, daß die Kranzgefäßweite unter dem Einflusse von Koffein völlig gleichbleiben kann. Auch beim Theobromin ließ sich nicht mit Sicherheit entscheiden, ob man es mit einer direkten Gefäßerweiterung durch das Mittel zu tun habe, oder ob die Steigerung der Durchblutung auf dem sekundären Einflusse der frequenteren Herztätigkeit beruhe.

Aus meinen Versuchen hat sich ergeben, daß es sich bei der Digitalis-Koffeinwirkung um eine direkte Gefäßerweiterung handelt, eine Erweiterung der unter Digitaliseinfluß stehenden Gefäße, und daß die Steigerung des Durchflusses nicht sekundär, etwa durch den Einfluß der frequenteren oder stärkeren Herztätigkeit, zustande kommt. Die Vermehrung der Durchblutung tritt nämlich auch dann deutlich auf, wenn die Verbesserung der Herztätigkeit wegen des schlechten Herzzustandes nicht mehr in die Erscheinung tritt. Wenn das Herz bereits von vornherein hochgradig mit Digitalis vergiftet war, ist die Koffeinzufuhr imstande, die Durchflußmenge zu vergrößern, nicht aber auf die Herztätigkeit einen nennenswerten Einfluß auszuüben. Der Widerspruch zwischen meinen Resultaten und jenen von Loeb ist also nur ein scheinbarer; es liegt in der Fragestellung. Loeb ließ Koffein auf unbeeinflußte Kranzgefäße einwirken; in meinen Versuchen wird das Verhalten der unter Digitaliseinfluß stehenden Kranzgefäße zum Vergleiche herangezogen.

[16]) In direkter Fortführung der vorliegenden Versuchsreihe wird nunmehr die Wirkung der Digitalis-Koffeinkombination auf den gesamten Kreislauf zu untersuchen sein.

[17]) „Münchener med. Wochenschr.", 1902.

Ich habe auch hervorgehoben, daß die günstige Kombinationswirkung Digitalis-Koffein nur bei gleichzeitiger Darreichung der beiden Medikamente zustande kommt und daß weder durch vorangehende, noch auch durch nachfolgende Koffeinzufuhr eine auch nur im entferntesten vergleichbare Wirkung zu erzielen ist. Hierin ist uns das Experiment zum untrüglichen Wegweiser geworden.

Zum Schlusse eine lehrreiche historische Reminiszenz: Kein Geringerer als Skoda[18]) hatte es schon erkannt, daß die ungünstige Reaktion mancher Herzkranken auf Digitalis nicht immer Folge der krankhaften Veränderungen und des Unvermögens des Herzens, zu reagieren, sei, sondern im Wesen der Digitaliswirkung selbst gesucht werden müsse. Rein empirisch, ohne sich der physiologischen Grundlagen seiner Handlungsweise bewußt zu werden, bewußt werden zu können, und mit seinem tiefen, durchdringenden Blicke für alles Richtige und Rationelle hat Skoda in vielen Fällen Digitalis mit Chinin kombiniert. Er ging hierbei, wie ich aus einer mündlichen Mitteilung des Herrn Hofrates v. Schrötter weiß, von der Beobachtung aus, daß das Chinin in Verbindung mit Digitalis Arhythmien besser beseitige als Digitalis allein. — Viele Dezennien später erst hat Hedbom[19]) gezeigt, daß das Chinin die Koronargefäße erweitere, also, wenn auch in geringerem Maße, ähnlich wirken könne wie Koffein. Wie so oft ist die Form der Medikation — Digitalis-Chinin — bestehen geblieben, ihr Inhalt, die günstige Wirkung in ganz bestimmten Fällen, in Verlust geraten.

Die günstige Wirkung der Kombination von Digitalis mit Abführmitteln, vor allem Digitalis-Kalomel, hat eine ähnliche Grundlage. Auch hierbei ist ein großer Beobachter, Traube[20]), seiner Zeit vorausgeeilt. Im Stadium der Kompensationsstörung bei Sklerose des Aortensystems hat er dem Gebrauche der Digitalis immer starke Abführungen vorausgeschickt. Viel später erst haben wir auch diesbezüglich experimentell erfahren, daß die Regulierung unseres Blutdrucks in erster Linie durch den Wechsel des Gefäßtonus geschieht, daß in dieser Hinsicht in den großen Gefäßgebieten des Körpers kein Parallelismus besteht und daß eine in physiologischen Grenzen eintretende Erweiterung eines großen Gefäßgebietes, z. B. des Splanchnikusgebietes, Blutdrucksenkungen zur Folge hat, daß daher die Abführmittel eine depressorische Wirkung ausüben. Die Kombination Digitalis-Laxans ist demnach insofern zweckmäßig und günstig, als sie die herzkräftigende Komponente der Digitaliswirkung bestehen läßt und die vasokonstriktorische, die Herzarbeit in vielen Fällen allzusehr vergrößernde, beeinträchtigt.

Ich habe gezeigt, daß die Digitalis-Koffein-Kombination günstiger wirkt als Digitalis allein, daß sie günstiger wirkt, weil sie den Koronarkreislauf zumindest unbeeinflußt läßt, in der Mehrzahl der Fälle sogar in hohem Maße fördert, während der Koronarkreislauf durch Digitalis allein, entsprechend der vasokonstriktorischen Wirkung dieses Mittels, jedenfalls in Mitleidenschaft gezogen wird.

Referate.

Hirsch und Stadler (Leipzig): **Experimentelle Untersuchungen über den Nervus depressor.**

Die Depressordurchschneidung führt beim normalen Tier zu einer vorübergehenden Blutdrucksteigerung, die meist mit wellenartigen Schwankungen der Blutdruckkurve einhergeht. Auch bei experimentell erzeugter Aorteninsuffizienz ist die Blutdrucksteigerung unter den genannten Verhältnissen vorübergehend. Aus weiteren

[18]) Über Komplikationen bei Klappenfehlern und deren Therapie. „Allg. Wiener Med. Ztg.", 1860, Nr. 47.

[19]) L. c.

[20]) Ges. Beitr., pag. 165, III.

Untersuchungen der Verff. („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 81) geht hervor, daß die Depressordurchschneidung nicht bei jedem hohen Blutdruck ein weiteres Ansteigen des Blutdrucks bedinge. Möglicherweise treten bei diesen Zuständen auch die übrigen depressorischen Nerven des Gefäßsystems, an deren Existenz wir nach den Untersuchungen HEGERS nicht zweifeln dürfen, derartig in Aktion, daß die Durchschneidung des „überwundenen" Depressors keinen Ausschlag auf der Druckkurve mehr gibt. Daß er aber auch hier nicht völlig bedeutungslos geworden ist, beweisen nach seiner Durchschneidung auftretende wellenförmige Schwankungen. Die letzteren erscheinen gerade da, wo die sekundäre Drucksteigerung nur gering war oder ganz ausblieb, besonders ausgesprochen. Die Begrenzung der Depressorwirkung, auch bei enormer Wandspannung der Aorta, bei sehr hohem Blutdruck, steht in einem scharfen Gegensatz zu den bei direkter elektrischer Reizung des Nerven erzielten Ausschlägen. Die Eigentümlichkeit des Depressors kann daher unmöglich darin bestehen, jeder Drucksteigerung, jeder Vermehrung der Herzarbeit, à tout prix entgegenzuarbeiten. Die bei den höchsten experimentell erzeugten Blutdrucksteigerungen vorgenommene Durchschneidung der Depressoren bringt keine höhere sekundäre Steigerung hervor, als Verff. sie auch bei normalen Tieren sahen. Es erscheint also in hohem Grade bemerkenswert, daß der Nerv auch bei konstantem höheren Blutdruck seine normale Wirkungsbreite beibehält. Verff. haben den Eindruck gewonnen, daß der Depressor nicht so sehr durch einen „konstanten" als durch „unterbrochenen" Druckreiz erregt wird. Es erscheint nicht unwahrscheinlich, daß bei jeder Systole — also rhythmisch — eine Erregung des Nerven stattfindet.

BRAUN.

REY (Aachen): **Enuresis des Kindes.**

Verf. glaubt („Berliner klin. Wochenschr.", 1904, Nr. 35), daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in denen keine Erkrankung des Zentralnervensystems, keine Idiotie, Infantilismus, Athyreosis als Ursache gefunden wurde, die Ursache der Enuresis und Pollakiurie auf einer direkten Erkrankung der Blase oder deren Nachbarorgane beruhe. Damit die Enuresis, welche in den ersten 10 Monaten des Lebens als physiologischer Zustand zu betrachten ist, über diese Zeit und über das dritte Jahr hinaus andauere, dazu gehört bei im übrigen gesundem Zentralnervensystem außer der direkten oder indirekten Reizung der Blase eine gewisse Schwäche und Unfähigkeit des Willens. Letztere, ebenfalls physiologisch beim Säugling, bleibt infolge von Angewöhnung an die Unreinlichkeit bei den Kindern bestehen, die vom ersten Lebensjahre an einer Blasenaffektion durch Erkrankung der Blase oder durch die Eigentümlichkeit ihres Urins gelitten haben. Diese Willensschwäche kann die Blasenaffektion lange überdauern. In diesen Fällen erklärt sich die plötzliche Heilung durch Faradisation, epidurale Injektion etc. ganz zwanglos; aber überall da, wo der Blasenreiz noch weiter besteht, werden alle erzieherischen und antihysterischen Versuche vergeblich sein. Die für die Betrachtung der Enuresis als Monosymptom kindlicher Hysterie beigebrachten Belege erklären sich ebenso leicht, wenn nicht noch natürlicher, durch Annahme einer Zystitis oder Urethritis oder deren Folge, die restierende Empfindlichkeit der Blase und des Blasenhalses. Um Klarheit in die Ätiologie der Enuresis zu bringen, ist es notwendig, in allen lange Zeit hindurch zu beobachtenden Fällen häufig chemische und bakteriologische Urinuntersuchungen zu machen, und besonders mehr, als es bisher geschehen, auf die gewiß sehr häufigen Blasenkatarrhe zu achten, schließlich, wo es möglich ist, wenigstens bei Mädchen und älteren Knaben, die Blase auch endoskopisch zu untersuchen.

L.

DREYER (Köln): **Über Enterokokkenurethritis.**

War in der ersten Zeit nach der Entdeckung des Gonokokkus allen anderen Deutungen über die Entstehung der Urethritis ein Ziel gesetzt, so kam man doch bei Beobachtung ganz vereinzelter Fälle zur Anschauung, daß es auch nicht gonorrhoische Urethritiden gebe; insbesondere gebührt BOCKHART das Verdienst, auf diese „Pseudogonorrhöen" hingewiesen zu haben, und in jüngster Zeit hat sich noch WAELSCH in eingehendster Weise damit beschäftigt, so daß heute bei aller Skepsis die Existenz von nicht gonorrhoischen Urethritiden sichergestellt erscheint. Der Autor hat („Monatsber. f. Urologie", 9, 7) in 13 Fällen im Urethralsekrete einen bestimmten Mikroorganismus mikroskopisch und kulturell sichergestellt, es ist dies der von THIERCELIN beschriebene Enterokokkus, ein Diplokokkus von wechselnder Größe, der in der Mitte zwischen Strepto- und Pneumokokken steht, grampositiv ist und als Saprophyt im gesunden und kranken Darm, ja auch in der Vagina gedeihen soll. Diese Formen von Urethritis bezeichnet DREYER als Enterokokkenurethritis. Wenn wir nun aber näher auf die eventuellen charakteristischen Eigenschaften dieser Urethritis eingehen, so bereitet uns die vorliegende Schilderung eine völlige Enttäuschung. Zunächst einmal erfahren wir, daß es sich, man kann sagen, in allen Fällen, um Urethritiden mit Gonokokkenbefund handelt. Das kommt daher, daß es dem Autor gar nicht darauf ankommt, den Typus einer „genuinen" Enterokokkenurethritis aufzustellen, er versucht das bloß in einem einzigen Falle; aber auch dieser verdient kein Vertrauen, denn zur Zeit, wo die Behandlung durch den Autor einsetzt, krankte der Patient bereits 5 Jahre an dem Übel. Es erscheint daher die Bezeichnung Enterokokkenurethritis falsch gewählt, weil sie geeignet ist, irrige Vorstellungen zu erwecken; in allen geschilderten Fällen handelt es sich um chronische Gonorrhöen oder um postgonorrhoische Katarrhe, in deren Sekret der genannte Kokkus vorherscht. Da dem Autor die WAELSCHschen Fälle und damit auch die dort erwähnten, von BARLOW geförderten Kriterien der nicht gonorrhoischen Urethritiden bekannt waren, so hat er gar kein Recht, seine Fälle denen von WAELSCH anzureihen. Die Infektion, wenn man von einer solchen sprechen kann, erfolge durch den geschlechtlichen Verkehr, wobei forcierter Koitus oder Koitus während der Menstruation eine Rolle spielt; sehr begreiflich! Handelt es sich doch in allen Fällen um eine vorher krank gewesene (oder vielmehr noch immer kranke?) Harnröhre.

DEUTSCH.

WIENECKE (Berlin): **Über Stauungsblutungen nach Rumpfkompression.**

Der vom Verf. beobachtete Patient erlitt durch Hineingeraten unter die Schutzvorrichtung eines Tramwaywagens eine mehrere Sekunden andauernde Kompression der Brust und des Abdomens, ohne dabei schwerere Verletzungen davonzutragen. Sehr schön waren am Halse und im Gesichte die nach Kompression des Thorax in den letzten Jahren beschriebenen kleinen Ekchymosen und Ödem der Haut ausgeprägt, die im Laufe einer Woche ohne jede weitere Behandlung verschwanden. Verf. ist der Ansicht, daß solche Blutungen bei Kompression des Thorax oder des Abdomen nicht selten sind („Deutsche Zeitschr. für Chir.", Bd. 75, H. 1) und durch die Zerreißung der kleinsten Venen und Kapillaren (infolge des durch die Rückstauung des Blutes enorm gesteigerten Blutdruckes) leicht erklärt werden können.

ERDHEIM.

FRITZ MICHEL (Bonn): **Lipome des Bauches.**

Die Fettgeschwülste des Bauches gehören entweder der Bauchwand an und sitzen hier subkutan, intramuskulär oder prä- bzw. retroperitoneal, oder sie repräsentieren nur umschriebene Hypertrophien der schon normalerweise in Netz oder Darmserosa (Appendices epiploicae) vorhandenen Fetteinlagerungen. Übergänge können in der Weise zustande kommen, daß z. B. präperitoneale Lipome durch Faszienlücken dringen und dann subkutane Geschwülste vortäuschen. Die subkutanen Lipome sind sehr häufig und sitzen meist an den Seiten der Bauchwand, erreichen selten eine bedeutende Größe und können leicht zu Hängegeschwülsten werden. Die intramuskulären sowie die des Netzes und der Darmwand bleiben meist klein. Die Lipome des Netzes treten häufig durch Bruchpforten nach außen und können besonders durch Torsion schwere Einklemmungserscheinungen hervorrufen. Die retroperitonealen gehen meist von der Nierenkapsel oder der Nebenniere aus, können aber auch von tiefer gelegenen Teilen des Zellgewebes zwischen Bauchwand und Peritoneum, der Gegend der Fossa iliaca, dem Lig. latum usw. ihren Ursprung nehmen. Sie bilden häufig umfangreiche Tumoren und geben oft

dadurch zur Verwechslung mit Ovarialzysten Anlaß, weil sie deutliche Fluktuation erkennen lassen. Die präperitonealen, von denen der Autor („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1904, Nr. 41) einen Fall beschreibt, entwickeln sich zwischen Peritoneum und Fascia transversa, können durch Wachstum in die Bauchhöhle und Abschnürung daselbst Corpora libera bilden, treten aber meist durch Faszienlücken, insbesondere der Linea alba und durch den Inguinalkanal, nach außen, zur Entstehung von Hernien Anlaß gebend. Der von MICHEL mitgeteilte Fall stellt einen 2 Querfinger über den Nabel reichenden Tumor dar, der deutlich das Gefühl von Fluktuation und Undulation gab, Blase und Uterus aus dem Becken verdrängt hatte und hinter welchem das spinnwebendünne Peritoneum lag. FISCHER.

KREIDL (Prag): **Ein Beitrag zur Statistik und Ätiologie der Epilepsie in den Jahren 1876—1900.**

Es ist schwer, ohne Bezug auf andere mitwirkende, uns unbekannte Momente eine einzige Entstehungsursache der Epilepsie anzuführen und festzustellen. Nach den Erfahrungen in der Prager Anstalt für Geisteskranke scheint die häufigste prädisponierende Ursache die Heredität zu sein, weiters der Alkoholismus sowie auch eine besondere Disposition, namentlich bis zum 20. Jahre. Es sind auch gewisse Befunde im Gehirne des Epileptikers (sklerotische Veränderungen im Cornu Ammonis, Encephalomalacie, Gehirnatrophie, Sklerose des kleinen Gehirns, Atrophie des verlängerten Rückenmarks u. a.) sichergestellt, aber auch hier herrscht noch wenig Klarheit, es werden zwar mehr oder weniger wissenschaftliche Hypothesen ausgesprochen, doch fehlen denselben entsprechende, genügend sichere Belege. („Časopis českých lékařů“, 1904, Nr. 38.) STOCK.

SCHÖBEL (Prag): **Melanosarcoma chorioideae in stadio pseudo-atrophico seu kryptomelanosarcoma chorioideae.**

Anläßlich eines Sektionsbefundes von Chromatoforoma hepatis metastaticum, Metastases renum, pankreatis etc. fand SCHÖBEL auch eine Phthisis bulbi sin. vor. Dieser letztere Befund erweckte den Verdacht, daß hier vielleicht der primäre Herd sei, was auch bei der Untersuchung des Bulbus seine Bestätigung fand. Es ergab nämlich die mikroskopische Untersuchung ein melanotisches Spindelzellensarkom, ausgehend von der Chorioidea und übergreifend in das retrobulbäre Zellgewebe. Die Frage, ob die Geschwulst in einem gesunden oder phthisischen Bulbus aufgetreten, beantwortet SCHÖBEL dahin, daß die Geschwulst primär in einem gesunden Auge mit dem äußerst seltenen Ausgang in Phthisis bulbi sich entwickelt habe. Im weiteren Verlaufe trat dann Dissemination in anderen Organen (Leber, Niere) auf („Časopis českých lékařů“, 1904, Nr. 48). Bemerkenswert in diesem Falle ist der Umstand, daß Exitus letalis eintrat, noch bevor stärkere Erscheinungen am Auge wahrzunehmen waren, daß es sich also um ein Kryptomelanosarkoma im eigentlichsten Sinne handelte. BONDI.

ELDER und **MATTHEW** (Edinburgh): **Die Behandlung der Elephantiasis.**

ELDER und MATTHEW berichten über einen Fall von Elephantiasis bei einer jungen Frau, die sich das Leiden in Burmah zugezogen hatte („Edinb. Med. Journal“, Dezember 1903). Die Extremität war in ihrer ganzen Ausdehnung so verdickt, daß die Konturen der Knochen verschwunden waren. Sie fühlte sich hart und fleischig an, die Haut war trocken. Die Schweißabsonderung fehlte, die taktile Empfindung war stark herabgesetzt. Während der mehrjährigen Dauer dieser Erkrankung kam es zu influenzaartigen Fieberattacken entsprechend den bei Elephantiasis von FAYRER beschriebenen Temperaturerhöhungen. Im Blute waren keine abnormen Bestandteile vorhanden. Die Behandlung bestand in der Verordnung von Bettruhe, leichter Diät, Tonicis und Massage. Außerdem fanden der konstante Strom sowie das elektrische Bad täglich Anwendung; auch ein elastischer Strumpf wurde verordnet. Der Effekt war ein vorzüglicher. J. ST.

R. H. SKILLERN (New-York): **Die lokale Behandlung der Kehlkopftuberkulose.**

Die lokale Behandlung ist stets nützlich, selbst wenn sie nur Erleichterung des unangenehmsten Symptoms, i. e. des Schmerzes bringt („Americ. Medicine“, May 7, 1904). Welche Form der Allgemeinbehandlung ratsam ist, hängt vom Gesamtzustand des Patienten ab. Der Effekt der Behandlung kann die Ausheilung des lokalen tuberkulösen Prozesses sein, doch bleibt ein mehr minder chronischer Katarrh zurück. Bei stärkeren Lungenaffektionen sind chirurgische Prozeduren nur als Palliativbehandlung gerechtfertigt. Ausgedehnteres Curettement ist nur in solchen Fällen, in denen einige Aussicht auf Heilung besteht, empfehlenswert. Aber selbst tiefere Ulzerationen können durch die chirurgische Behandlung so weit gebessert werden, daß der Rest des Lebens dem Patienten erträglicher gemacht wird. Die besten Chancen bieten natürlich die streng lokalisierten Kehlkopftuberkulosen. J. ST.

V. ZUMBUSCH (Wien): **Über zwei Fälle von Pemphigus vegetans mit Entwicklung von Tumoren.**

V. ZUMBUSCH beobachtete in zwei Fällen von Pemphigus vegetans, welche sich durch einen von der Norm abweichenden, weniger stürmischen Verlauf auszeichneten, Tumoren, welche das Niveau der Haut überragten („Archiv f. Dermat. u. Syph.“, 1905, H. 1). Dieselben erreichten Walnußgröße und waren hier und da gestielt. Die Oberfläche zeigt Zerklüftung und papillären Bau. Das Histologische stimmt mit den Veränderungen der Exkreszenzen des Pemphigus vegetans völlig überein. Die Tumoren fielen durch ihre abnorme Lokalisation (Rücken, Nacken, Streckfläche der Extremitäten) auf. Im Blut fanden sich eosinophile Zellen in großer Zahl (15% der gesamten Leukozyten). K. F.

Kleine Mitteilungen.

— Über die **Schädlichkeit moderner Lichtquellen für das Auge** und deren Verhütung hat STAERKLE Untersuchungen angestellt („Arch. f. Augenheilk.“, Bd. 50). Er kam zu folgenden Resultaten: Die Schädlichkeit einer Lichtquelle für das Auge wächst mit ihrem Gehalt an kurzwelligen Strahlen. Petroleumlicht weist die wenigsten dieser Strahlen auf, dann folgen Gaslicht, elektrisches Glühlicht, Auerlicht, Azetylenlicht. Diese schädlichen Strahlen unserer modernen Lichtquellen können durch dickere Glassorten sowie durch Gläser mit bestimmter Färbung bedeutend vermindert werden. Als besonders wirksam sind in dieser Hinsicht die grau-gelben (FIEUZAL), roten und grünen Gläser. Es kann dabei ohne große Beeinträchtigung der Lichtstärke eine bedeutende Abnahme der kurzwelligen Strahlen eintreten.

— Zur **Therapie der Impetigines** berichtet HONCAMP („Monatshefte f. prakt. Dermat.“, 1904, Bd. 39). Er gebrauchte ein neues Präparat, das Chinolin-Wismut-Rhodanat (Crurin EDINGER). Dasselbe wird nach Entfernung der Bläschen oder Borken am besten mittelst eines Holzspatels aufgestreut. Metallinstrumente sind nicht zu verwenden, da sie bei Berührung mit dem Pulver außerordentlich leicht oxydieren. Im Moment des Aufstreuens wird meist ein leichtes Brennen verspürt, das rasch vorübergeht. Diese unerfreuliche Nebenerscheinung kann durch Beimischung von Amylum aufgehoben werden. Es bildet sich sofort nach dem Aufstreuen ein anfangs gelber und loser Schorf, der nach kurzer Zeit durch Serumimbibition braun und krustig fest wird. Ein Deckverband ist nicht nötig. Die Impetigines heilen unter dem Schorf in 3—4 Tagen narbenlos ab. Seiner chemischen Natur nach ist das Mittel eine Schwefelverbindung

$$\left(C_9H_7N\left\langle\begin{matrix}H\\SCN\end{matrix}\right.\right)Bi\left(SCN\right)_3.$$

— Das **Vioform**, ein Jodoformersatzpräparat, ist seiner chemischen Konstitution nach als Jodchloroxychinolin zu bezeichnen und wird von der Baseler chemischen Fabrik dargestellt. Es ist von gelblicher Farbe und vollkommen geruchlos (KRECKE, „Münchener

med. Wochenschr.", 1904, Nr. 33). Die bakteriologische Prüfung des Vioform lehrte, daß dasselbe dem Jodoform und Loretin überlegen sei. Die Ergebnisse der klinischen Vioformbehandlung waren nach TAVEL ganz ausgezeichnete und zumal bei den tuberkulösen Affektionen besonders gut. Ausgezeichnete Dienste hat KRECKE das Vioform geleistet bei allen Wunden, bei denen eine Tamponade zweckmäßig erschien, besonders auch bei tuberkulösen Wunden. Die Anwendung des Vioform geschah fast ausschließlich in Form der Vioformgaze. Die Gaze wurde in der Weise hergestellt, daß 50 *g* Vioform mit 200 *g* Glyzerin, 200 *g* sterilisiertem Wasser und 100 *g* Alkohol zu einer Emulsion verrührt wurden, und daß mit dieser die vorher sterilisierten Gazebinden imprägniert wurden. Diese Gaze hat sich nun bei Operationen in der Nähe des Afters, auch bei Operationswunden, die der Gefahr einer Verunreinigung durch Urin ausgesetzt waren, bei Phimosenoperationen und vier ausgedehnten Plastiken an den weiblichen Genitalorganen, bei Blasenoperationen, Buboexstirpationen, Ulcus molle, Ulcus cruris und tuberkulösen Erkrankungen ganz vorzüglich bewährt.

— Zur **Behandlung des Keuchhustens** empfiehlt MÜNZ („Neue Therapie", 1904, Nr. 7) folgende Mixtur, die er während des Tages und kurz vor dem Schlafengehen verabfolgen ließ:

Rp. Antipyr.		
Veronal.	aa.	1·0
Aq. destill.		100·0
Syr. cinnam.		20·0

Während des Tages (früh morgens und mittags) je einen Teelöffel; außerdem eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen und beim Schlafengehen wieder je einen Teelöffel. Bei Kindern über 3—4 Jahren scheinen größere Dosen Veronal, etwa 1·5—2·0, in obiger Lösung am Platze.

— Zur **Behandlung chronischer Lymphdrüsenintumeszenzen** empfiehlt HECHT („Therap. d. Gegenw.", 1904, Nr. 7) das reizlose, in großen Dosen ungiftige Kreosotal. Er hat damit bei einer stattlichen Anzahl skrofulöser Kinder die Lymphdrüsenpakete durch innerlichen Kreosotalgebrauch zum Schwinden gebracht. Er nimmt sich des Kreosotals deshalb so warm an, weil es sich auch bei anderen skrofulösen Krankheitserscheinungen vorzüglich bewährt hat, nämlich den hartnäckigen Diarrhöen auf skrofulöser Basis, wo alle anderen Styptika, wie Tannin, Bismut., Dermatol, Argent. nitr. sich erfolglos erwiesen hatten. Da das Kreosotal auch die spezifischen Schleimhautkatarrhe der Lungen günstig beeinflußt, so sieht sich Verf. veranlaßt, „das Kreosotal als ganz hervorragendes Antiskrofulosum zu empfehlen". Die Tagesdosis für Kinder beträgt je nach Alter 1—4 *g* pur — 15 Tropfen 1 *g* —, Nachtrinken von Milch oder in Emulsion.

— Über die **Verwendung der Vibrationsmassage zur Ausführung von Schmierkuren** berichtet REINHOLD LEDERMANN („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 42). HERXHEIMER hat vor einiger Zeit die Einklatschungen als wirksame Methode zur Einführung der grauen Salbe in die Haut empfohlen. Da dieselben mit Unbequemlichkeiten für den Patienten und den Wärter verbunden sind, kam LEDERMANN auf den Gedanken, die gewöhnliche Art der Einreibungen mit den Einklatschungen zu kombinieren, und dazu erschien ihm die Vibrationsmassage durch Anwendung einer Rolle am geeignetsten, bei welcher beide Arten — der Druck und die Einklatschungen — berücksichtigt werden. Verf. hat zu diesem Zwecke eine Massagerolle angegeben. Die Art der Anwendung ist so, daß der einzureibende Körperteil zunächst mit dem bestimmten Salbenquantum bestrichen wird, wobei es wünschenswert ist, daß möglichst kleine Salbenquanten über möglichst große Körperflächen verteilt werden. Alsdann nimmt der Wärter den Universal-Massagehandgriff in die Hand, öffnet den Strom und fährt unter leichten gleitenden Bewegungen mit der Rolle nach verschiedenen Richtungen hin und her. Es findet dadurch eine gleichmäßige, schnelle Verteilung der Salbe auf der Haut statt, und bei richtiger Anwendung scheint nach 10—12 Minuten die Haut mattglänzend und fast trocken. Die bisher bei Verwendung des Apparates benutzte Salbe war das Resorbinquecksilber.

— Das operative Verfahren bei der **Pylorusstenose der Säuglinge** empfiehlt sich nach FRANKE („Zentralblatt für Kinderheilkunde", 1904, Nr. 16), wenn die diätetische Behandlung, die konsequente Darreichung der — etwa mit Alkalien versetzten — Nahrung, unabhängig vom Erbrechen, nicht zum Ziele führt; doch ist ein zu langer Aufschub der Operation wegen Gefahr zu arger Schwächung des Kindes zu vermeiden. In Betracht kommen die Pylorusdehnung (bisher bekannt: 13 Heilungen und 3 Todesfälle), die Pyloroplastik (2 Heilungen, 1 Todesfall) und die Gastroenterostomie (7 Heilungen, 9 direkte und 1 späterer Todesfall durch sekundäre Duodenalgeschwüre). Von 40 operierten Fällen genasen bisher 22, also ein sehr günstiges Resultat. Die Art des chirurgischen Eingriffes hängt zum größten Teil von der jeweilig dem Operateur zur Verfügung stehenden Zeit, also dem Kräftezustand des Kindes und dem Gang der Operation, ab.

— Das **Thigenol** hat RENÉ MARTIAL („Arch. de Thérap.", 1904, Nr. 23) bei Hautkrankheiten vielfach mit Erfolg angewendet. Er hebt zunächst die Wirkung des Mittels bei Ekzemen, namentlich bei chronischen, hervor, woselbst er flüssige 5—10%ige Thigenollösungen gebrauchte. Bei ganz kleinen Kindern sind reduzierende Mittel nur mit Vorsicht anzuwenden. Hier empfiehlt sich das Thigenol in 1%iger Paste:

Rp. Thigenol	0·20
Zinc. oxyd.	2·0
Amyl.	2·0
Axung. benzoat.	15·0

Bei seborrhoischen Ekzemen ist folgende, der LASSARschen Paste nachgeahmte Formel angezeigt:

Rp. Thigenol		5·0
Zinc. oxyd.		10·0
Amyl.		5·0
Vaseline		
Lanolin	aa.	10·0

Bei Akne vulgaris und rosacea wurden abends 5—10% wässerige oder alkoholische Lösungen mit Watte aufgetragen und des Morgens mit warmem Wasser weggewaschen. Bei Intertrigo der Kinder sind Bepinselungen mit schwachen wässerigen oder alkoholischen Lösungen von Nutzen. Bei Psoriasis empfiehlt Verf., 2mal täglich die erkrankten Stellen mit folgender Mischung zu bepinseln und nachher mit Watte zu bedecken:

Rp. Thigenol
Glycerin aa. p. aeq.

Wegen seiner antiseptischen Wirkung verdient das Thigenol bei Follikulitiden, Impetigo, Furunkulose sowie bei allen durch Staphylokokken erzeugten Dermatosen hohe Beachtung. Bei Ekzemen und Furunkulosis ist das Thigenol auch innerlich in Dosen von 2 *g* pro die in Wasser mit Menthae oder Orangensirup angezeigt.

— Über **Ileus nach Laparotomien** und die Verhinderung dieser Komplikation berichtet MARAGLIANO („Gazz. d. hosp.", 1904, Nr. 82). Ein frühzeitig, gleich nach der Operation eintretender Ileus ist bedingt durch Adhäsionen, welche frische fibrinöse Exsudate bewirken. Während die Chirurgen früher in den ersten Stunden nach der Operation eine Ruhigstellung des Darms für das Beste hielten, sind sie jetzt der Ansicht, daß eine frühe Anregung der Peristaltik die Bildung dieser frühzeitigen fibrösen Adhärenzen beseitigen kann. Als ein Mittel, dies zu bewirken, hat sich das Kalabarextrakt, und zwar in der Form von salizylsaurem Physostigmin bewährt. Verf. injiziert deshalb am Tage der Operation 1 *cg* Morphium, am folgenden Tage 1 *mg* salizylsaures Physostigmin subkutan. Erfolgen nach diesem keine Flatus, so wird am folgenden Tage nochmals die gleiche Dosis injiziert. Die Peristaltik, welche von diesem Mittel prompt angeregt zu werden pflegt, hat einen günstigen Einfluß gegen die Bildung von frühzeitigen Adhärenzen und hat niemals eine schädliche Nebenwirkung gehabt. Dasselbe empfiehlt sich demnach in allen Fällen aseptischer Laparotomien als Prophylaktikum gegen postoperativen Ileus.

— Nach den Erfahrungen von WALTHER kann das **Wasserstoffsuperoxyd Merck** (Perhydrol) in der gynäkologischen Praxis in folgenden Fällen mit Erfolg verwendet werden („Med. Klinik", 1905, Nr. 3): Bei allen eitrigen und geschwürigen Prozessen der Vulva und Vagina, einschließlich der Vulvovaginitis kleiner Mädchen, sowie bei eitriger Kolpitis in der Schwangerschaft; bei allen geschwürigen und jauchigen Prozessen in der Scheide und am Zervix: z. B. Dekubitalgeschwüre, stinkender Ausfluß bei Blasenscheidenfistel,

verjauchtem inoperablen Carcinoma uteri wie vaginae; bei einfacher Erosionsbildung und starkem Fluor; bei putreszierenden Entzündungen des Endometrium, besonders nach Fehlgeburt, sowie bei puerperalen Geschwüren. Verf. hat das H_2O_2 in der 1—3%igen und in stärkeren Konzentrationen angewandt, indem er dasselbe im Milchglas- oder Plattenspekulum einlaufen ließ oder mittelst einer mehrgrammigen Spritze einführte.

— Den **Einfluß des Kochsalzes auf die Magenverdauung** bespricht BÖNNIGER („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 2). Durch Kochsalz wird die Magensaftsekretion insofern beeinflußt, als dadurch die Azidität herabgesetzt wird. Während nach den an einem PAWLOWschen Fistelhund angestellten Versuchen die Aziditätswerte beim Hunde nicht wesentlich verändert wurden, konnte beim Menschen nach 7 *g* NaCl eine beträchtliche Herabsetzung der Azidität festgestellt werden. Es wurde ferner eine auf reichlichen NaCl-Gehalt des Magensaftes zurückzuführende Hemmung der Eiweißverdauung im Magen gefunden, ein Umstand, der den therapeutischen Wert des NaCl gegen Hyperazidität wesentlich beeinträchtigt.

Literarische Anzeigen.

Krankheiten und Ehe. Von **Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. Senator** und **Dr. S. Kaminer.** 3. Abteilung. München 1904, J. F. Lehmann.

Die vorliegende Abteilung enthält die Kapitel „Hautkrankheiten und Ehe" von R. LEDERMANN in Berlin, „Syphilis und Ehe" von dem nämlichen Autor, „Trippererkrankungen und Ehe" aus der Feder NEISSERs in Breslau, „Erkrankungen der tieferen Harnwege, physische Impotenz und Ehe" von C. POSNER in Berlin, „Frauenkrankheiten, Empfängnisunfähigkeit und Ehe" von L. BLUMREICH in Berlin, „Nervenkrankheiten und Ehe" berichtet von A. EULENBURG in Berlin, „Geisteskrankheiten und Ehe" von E. MENDEL in Berlin, „Perverse Sexualempfindung, psychische Impotenz und Ehe" von ALBERT MOLL in Berlin, „Alkoholismus, Morphinismus und Ehe" von A. und F. LEPPMANN in Berlin, „Ärztliches Berufsgeheimnis und Ehe" von S. PLACZEK in Berlin, „Die sozialpolitische Bedeutung der sanitären Verhältnisse in der Ehe" von RUDOLF EBERSTADT in Berlin. Die letzte Lieferung reiht sich ihren Vorläufern würdig an, denn auch sie kennzeichnet wahrhaft monographische Durcharbeitung der einzelnen Themen, lichtvolle Darstellung und durchwegs treffliche Diktion. Druck und Ausstattung sind vorzüglich. Ein überaus fleißig gearbeitetes Sachregister erhöht die Übersichtlichkeit des Werkes in dankenswerter Weise.

BR.

Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Von **Dr. Th. Ziehen**, Professor an der Universität Halle a. S. 2. Heft. Berlin 1904, Reuther & Reichard.

In erschöpfender Weise bringt uns der Autor die Geisteskrankheiten des Kindesalters, ihre Ätiologie, Symptomatik und ihren Verlauf. Eine neuere Bearbeitung des Themas war längst wünschenswert und Psychiater sowie Pädiater können mit gleicher Wärme das gelungene Buch, das hier vorliegt, begrüßen. Ein drittes (Schluß-) Heft soll bald folgen.

NEURATH.

Handbuch der Ohrenheilkunde für Ärzte und Studierende. Von **Dr. Wilhelm Kirchner**, Professor der Ohrenheilkunde und Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg. Siebente Auflage. Mit 70 Abbildungen in Holzschnitt. Leipzig 1904, S. Hirzel.

Das KIRCHNERsche Handbuch ist heute in den ärztlichen Kreisen derart wohlgekannt und beliebt, daß es weiterer Empfehlungen entraten kann. Überdies haben wir seine Vorzüge hervorzuheben so oft Gelegenheit gehabt, daß wir uns die Wiederholung ruhig ersparen dürfen. Von kleinen Anfängen ausgehend, hat es in gleichem Schritte mit der Wissenschaft, in deren Dienst es sich gestellt, stetig an Fülle und Umfang zugenommen. Und so begnügen wir uns diesmal, ihm auch für die Zukunft ein ununterbrochenes Wachsen und Gedeihen zu wünschen. Und bei der bewunderungswerten Arbeitslust seines Autors ist es uns nicht zweifelhaft, daß unserem Wunsche die Erfüllung zuteil werden wird.

EITELBERG.

Feuilleton.

Malthusianismus und Neomalthusianismus.

Von **Dr. Isidor Fischer**, Wien.

I.

Vor fast genau hundert Jahren — im Jahre 1803 — erschien die 2. Auflage eines Werkes — die erste war anonym erschienen —, welches rasch den nunmehr demaskierten Autor bekannt machen sollte, rascher als man es von einer Zeit denkt, in der es noch keine geschäftige Presse, keinen so innigen Kontakt im Geistesleben der verschiedenen Völker, so wie heute, gab. Heute nach einem Jahrhundert können wir es sagen, daß dieses Werk mit all seinen Fehlern und Irrtümern seinem Verfasser doch die Unsterblichkeit gesichert hat, daß man von MALTHUS und Malthusianismus sprechen wird, solange sich die Menschen mit Problemen beschäftigen werden, die ihre Existenz sowie ihre zukünftige Entwicklung aufs innigste berühren. Dieses Werk war der „Versuch über das Bevölkerungsgesetz" von THOMAS ROBERT MALTHUS. Ich werde später zeigen können, daß MALTHUS weder als Erster das Problem aufgeworfen hat, welches den Gegenstand seiner Untersuchung bildet, noch eine einwandfreie Lösung desselben gefunden hat, aber es wird stets sein Verdienst bleiben, in einer Zeit, in welcher die große Revolution zum ersten Male mit blutigem Ernst soziale Probleme vor Augen gestellt hatte, zuerst ausführlich, zusammenhängend, mit bewunderungswerter Hingabe und einem Nachdruck, aus welchem allerorts die tiefe Überzeugung herausklingt, das Studium der Bevölkerungszunahme und ihres Einflusses auf die menschliche Gesellschaft in Angriff genommen zu haben.

Das Problem der Volksvermehrung ist aber nicht nur für die Gesamtheit, für den Staat, es ist auch für jedes Einzelindividuum von einschneidender Bedeutung; aber die Schwierigkeiten, die es bietet, sind wohl hauptsächlich die Veranlassung, daß man ihm gerne aus dem Wege geht, nicht gerne darüber nachdenkt, und wenn man schon darüber spricht, sich gewöhnlich mit althergebrachten und abgeschmackten Phrasen und Schlagwörtern, mit zum Teile falschen, zum Teile ganz unbewiesenen Hinstellungen begnügt. C'est là une question, dont il ne faut pas parler et que chacun doit resoudre, comme il peut, sagt ein französischer Autor. Und wenn auch die einschlägigen Fragen bisher fast ausschließlich als Domäne der Nationalökonomie betrachtet wurden, so bieten sie doch auch für biologische und medizinische Erwägungen einen willkommenen Ausgangspunkt. Dies gilt für die Bevölkerungslehre ebenso wie für eine Reihe anderer volkswirtschaftlicher Probleme und in der Tat sehen wir, wie sich die Nationalökonomie unter reger Mitarbeiterschaft auch der Mediziner zu einer wahren Sozialwissenschaft umzugestalten anfängt. Und es vergeht ja für den Arzt kaum ein Tag, an welchem er nicht angejammert wird, was man um Himmelswillen tun könne, um nicht alle Jahre ein Kind zu bekommen, was die Verhältnisse nicht gestatten, und es vergeht fast ebenso kein Tag, an welchem er nicht in einer Proletarierfamilie — das Wort Proletarier kommt ja von proles, Nachkommenschaft — fünf bis sechs schmutzige, zerlumpte Kinder wie einen Haufen Ameisen übereinander kriechen sieht, während die heruntergekommene, greisenhaft aussehende, abgearbeitete Mutter mit dem Jüngsten in den Wochen liegt. Dem Arzte sind eben die Mehrzahl der sozialen Probleme viel näher gerückt, wie den meisten anderen Berufskategorien.

Im folgenden mögen keine langen volkswirtschaftlichen Erörterungen vorgebracht, mögen nicht alle Bevölkerungstheorien vorgeführt werden, die vor und nach MALTHUS aufgestellt wurden; es sollen nur die Grundlagen und die Entwicklung malthusianischer Ideen dargelegt werden, wobei insbesondere auf nationalökonomischer

Seite das Werk OPPENHEIMERS, auf neomalthusianischer Seite die neueste Schrift FERDYS eingehende Berücksichtigung erfahren müssen.

Die Lehrsätze, welche unter der Devise der MALTHUSschen Theorie sich über die ganze Welt verbreitet haben, wären in nuce zusammengefaßt folgende:

Die Bevölkerung hat die Tendenz, sich in geometrischer Progression, in Zahlenreihen von 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64 usw. zu vermehren.

Die Lebensmittel aber können sich in den gleichen Zeiträumen günstigen Falles nur in arithmetischer Progression vermehren, also in Reihen von 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 usw.

Da die Vermehrung der Bevölkerung aber von jener der Lebensmittel abhängig ist und nie über dieselben hinausgehen kann, so müssen wir nach den Faktoren suchen, welche es tatsächlich bewirken, daß die Bevölkerung sich überall auf gleichem Niveau mit den vorhandenen Subsistenzmitteln hält. Diese Hindernisse sind nach MALTHUS teils vorbeugende, preventive checks, teils zerstörende, positive checks. Zu den ersteren gehören moralische Enthaltsamkeit, späte Heiraten, künstliche Verhinderung der Empfängnis, welche letztere aber MALTHUS schon dem Laster beizählt, zu den letzteren Laster und Elend in ihren verschiedensten Erscheinungsformen (Krieg, Hungersnot, Epidemien, hohe Kindersterblichkeit, Kindesmord, Prostitution usw.).

Aus diesen Vordersätzen zieht MALTHUS schwerwiegende Schlüsse. Die stets über das Maß der Subsistenzmittel hinausstrebende Tendenz zur Bevölkerungsvermehrung ist also, wenn auch nicht ausschließlich, so doch eine der Hauptursachen, welche den Fortschritt des Menschengeschlechtes zum Glück gehemmt haben, auch unter der besten Regierungsform hemmen werden. Alle Systeme, welche die Menschen gleichzustellen trachten, würden nicht den Erfolg haben, die Menschen gleich glücklich, sondern bloß gleich unglücklich zu machen. Da alle präventiven Hindernisse der Volksvermehrung wegfielen, würde sich die Bevölkerung ungemein rasch vermehren, bis die destruktiven — das Laster und das Elend — sich in ihrer vollen Furchtbarkeit geltend machen. Alle Einrichtungen — schon in unserer heutigen Gesellschaft — wie Findelhäuser, Spitäler, Armenhäuser, Armenunterstützungen sind nur Prämien, dem Leichtsinn, der Faulheit, der Unenthaltsamkeit gesetzt. Da sich der Preis der menschlichen Arbeitskraft wie der aller Waren nach Angebot und Nachfrage richtet, so sieht MALTHUS das einzige Mittel, den Arbeitslohn dauernd zu heben, nur in der Enthaltsamkeit und insbesondere darin, daß man sich beim Heiraten von klugen Gewohnheiten leiten lasse.

Soweit MALTHUS, dessen Ideen in einem Band von fast 1000 Seiten niedergelegt sind, in allergedrängtester Kürze. Ich habe schon gesagt, daß MALTHUS keineswegs der Erste war, welcher den Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsvermehrung und wirtschaftlichen Zuständen in Betracht zog. Nicht wie Minerva aus dem Haupte des Jupiter, waren die in MALTHUS' Werk niedergelegten Gedanken ganz unvermittelt dem Kopfe des Autors entsprungen. Aber die praktischen Konsequenzen, die MALTHUS aus seinen Feststellungen zog, hatten zur Folge, daß er so rasch die Aufmerksamkeit aller Gebildeten erweckte. Ich glaube, daß kaum eine Lehre auf dem Gebiete der Geisteswissenschaften so viele überschwängliche Lobredner, so viele erbitterte Gegner gefunden hat, wie die Lehre unseres MALTHUS. Die einen behaupteten, daß MALTHUS nichts weniger für die Wissenschaft, deren Objekt Menschenglück ist, geleistet habe, als NEWTON für die Physik, SPINOZA für die Philosophie, während andere von MALTHUS' Lehre sagen, sie käme der Wahrheit gewissermaßen näher, wenn man sie geradezu auf den Kopf stellen würde. MANTEGAZZA rühmt von MALTHUS, daß er die Tugenden des Herzens mit der höchsten Begabung eines tiefen Denkers verbindet, und MARX nennt dessen Werk ein schülerhaft oberflächliches und pfäffisch vordeklamiertes Plagiat. Nationalökonomen mit Namen vom Klange eines MOHL, ROSCHER, WAGNER betrachten die Malthus-Lehre als ein κτῆμα εἰς ἀεί, einen Erwerb für die Ewigkeit, andere, wie in neuester Zeit FRANZ OPPENHEIMER, sprechen von ihr in den Ausdrücken schärfster Verurteilung. Und ist es ein Wunder, wenn speziell die Sozialisten dem grimmigsten Haß Ausdruck gaben gegen ein Werk, welches Stellen wie die folgende enthielt: Ein Mensch, welcher in eine bereits in Besitz genommene Welt hineingeboren wird, hat keinen Rechtsanspruch auf den mindesten Anteil an Nahrung, falls er nicht von seinen Eltern, an die er einen begründeten Anspruch besitzt, den Unterhalt empfängt und er hat tatsächlich da, wo er ist, nichts zu suchen. Am großen Gastmahl der Natur ist für ihn kein Gedeck frei. Sie ruft ihm zu: Schere dich hinweg! und sie selber wird ihren Befehl rasch vollziehen, wenn er nicht auf das Mitleid einiger von ihren Gästen spekuliert.

So wogte der Kampf für und gegen MALTHUS, als vor ungefähr drei Dezennien eine Bewegung erstand, welche auf MALTHUS aufbauend seine Lehre vollkommen akzeptierte, aber das von MALTHUS vorgeschlagene Mittel aufs heftigste bekämpfte, statt der moralischen Enthaltsamkeit — dem moral restraint des MALTHUS — die künstliche, bewußte Einschränkung der Volksvermehrung propagierte. In praxi war die Ausübung einer solchen sicherlich nicht neu und galt insbesondere Frankreich schon fast mehr als ein Jahrhundert als der klassische Boden dieser künstlichen Einschränkung, aber das theoretische Rüstzeug für die Propagierung dieser neuen Lehre, die sich als Neu- oder Neomalthusianismus bezeichnete, sowie deren Bestrebungen, die Methoden in sittlicher und hygienischer Beziehung auszugestalten, entstammen den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts; sie knüpfen an insbesondere an die Namen von CHARLES BRADLAUGH und ANNIE BESANT sowie an die Entstehung der „Malthusian League" in England (1877). Diese Liga gibt eine eigene Zeitschrift, den „Malthusian", heraus, sie gab Anstoß zur Bildung eines neomalthusianischen Bundes in Holland, der in sämtlichen Arbeiterzeitungen Hollands annonciert, daß er Arbeitern und Arbeiterfrauen unentgeltlich Unterweisung erteilen läßt, wie man seine Familie am besten klein erhält. Durch Anleitung in Sprechstunden bezweckt dieser holländische Bund die Verbreitung zweckmäßiger und unschädlicher Methoden des Präventivverkehres. Zahlen über die Frequenz dieser Sprechstunden vom Jahre 1895 gibt FERDY. In zehn größeren Städten Hollands, zweimal wöchentlich abgehalten, wurden die unentgeltlichen Sprechstunden von 1778, die für Bemittelte von 1662 Frauen aufgesucht (FERDY).

Wenn ich nun daran gehe, Malthusianismus und Neomalthusianismus einer nähern Würdigung und Kritik zu unterziehen, so handelt es sich zunächst darum, die Ausgangssätze von MALTHUS in eine hellere Beleuchtung zu rücken.

MALTHUS geht davon aus, daß sich im Tier- und Pflanzenreich eine fast unbegrenzte Vermehrungsfähigkeit findet, welche ihre Beschränkung nur dem Kampf ums Dasein verdankt. Wenn die ganze Erde, zitiert er nach FRANKLIN, von Pflanzen frei wäre, so könnte sie bald mit einer einzigen Gattung, z. B. Fenchel, bedeckt sein, und wäre sie von andern Bewohnern leer, so könnte sie in wenigen Menschenaltern von einer einzigen Nation, z. B. den Engländern, wieder angefüllt sein. Die Natur hat das Tier- und Pflanzenreich mit verschwenderischester und freigiebigster Hand mit Samen bedacht, aber sie war verhältnismäßig karg mit dem Raum und der Nahrung, sie zu erhalten. Für den Menschen stellt nun MALTHUS fest, daß die Bevölkerung die Tendenz habe, sich in einer geometrischen Progression zu vermehren. Als Zeitraum für die Verdopplung nimmt er im Durchschnitt einen solchen von 25 Jahren an; in den innern Ansiedlungen Amerikas, wo der Ackerbau die einzige Beschäftigung ist, lasterhafte Gewohnheiten und ungesunde Berufe wenig bekannt sind, fand man nach MALTHUS, daß sich die Bevölkerung schon in 15 Jahren verdoppelte und MALTHUS glaubt, daß selbst diese außerordentliche Zunahme vermutlich weit hinter der äußersten Vermehrungsfähigkeit zurückbleibe. Die Lebensmittel aber, sagt er weiter, können höchstens in arithmetischer Progression vermehrt werden. Er sagt, daß sich wohl für die ersten 25 Jahre bei der bestmöglichsten Anleitung und der größten Förderung der Landwirtschaft eine Verdopplung des Ertrages erwarten läßt; aber in den folgenden 25 Jahren eine Vervierfachung der Produktion anzunehmen, widerspräche all unseren Kenntnissen von den Eigenschaften des Bodens. Schon eine weitere Vermehrung des Ertrages um den im ersten Zeitraum gewonnenen Mehrertrag, also die arithmetische Progression, anzunehmen, wäre das Maximum, das der schwärmerischste Rechner aufstellen könnte. Ein einfaches Zahlenbeispiel möge die Folgen des Mißverhältnisses zwischen der arithmetischen und geometrischen Progression des MALTHUS illustrieren. Ein Land, das 10 Millionen Einwohner zählt, würde bei Wegfall aller Hemmnisse der Fortpflanzung

längstens in 25 Jahren auf 20 Millionen Einwohner gestiegen sein, und in dieser Zeit könnte sich unter bester Ausnutzung auch der Bodenertrag auf einen solchen für 20 Millionen erhöht haben. Aber nach weiteren 25, d. i. also nach 50 Jahren, würde die Bevölkerung 40 Millionen zählen, der Bodenertrag könnte sich im günstigsten Falle nur für weitere 10 Millionen vermehrt haben; das Manko an Nahrungsmitteln betrifft also nach 50 Jahren schon 10 Millionen Menschen, nach 75 Jahren — Bevölkerung 80 Millionen, Bodenertrag für 40 — sogar schon 40 Millionen Menschen.

Also wie im Tier- und Pflanzenreich ist es beim Menschen nach MALTHUS der Mangel an Raum und Nahrung, welcher die Vermehrungsfähigkeit in Schranken hält; sein Gesetz wäre somit nichts anderes als ein Spezialfall des für alle Organismen geltenden Naturgesetzes der Fortpflanzung.

Betrachten wir die Fortpflanzung zunächst von der biologischen Seite, so sehen wir, daß schon im Naturreich das Problem kein so einfaches ist. Würden alle Gattungen eine gleiche Lebensdauer und eine gleiche Widerstandskraft besitzen, dann wäre es tatsächlich nur eine Frage von Raum und Nahrung, wie MALTHUS meint. Indes kommen aber die beiden Faktoren, Lebensdauer und Widerstandskraft, bei der Vermehrungsfähigkeit ebenso in Betracht wie der Raum und die Nahrung. Würden sich die Mäuse so langsam vermehren wie die Menschen, so würden sie bald vernichtet worden sein, und würden die Rinder die Fruchtbarkeit der Mäuse besitzen, so müßten sie bald Hungers gestorben sein. Fruchtbarkeit einerseits, Ernährungsmöglichkeit, Lebensdauer und Widerstandskraft andrerseits müssen sich in der Natur eben das Gleichgewicht halten (MANTEGAZZA).

Noch komplizierter wird aber das Problem beim Menschen. Wir wissen, daß ein weibliches Einzelwesen in 30 Jahren der Geschlechtsreife zumindest jedes zweite Jahr ein Kind gebären kann — Selbststillen vorausgesetzt, während für die Zeugungsfähigkeit der männlichen Individuen die Natur reichlichst vorgesorgt hat. 60.000 Samenfäden sind in einem Kubikmillimeter menschlicher Samenflüssigkeit enthalten; die Regeneration des Spermas geht mit rapider Schnelligkeit vor sich und für die Zeit männlicher Zeugungsfähigkeit können wir das 18. Jahr zumindest als untere, das 60. Jahr als geringste obere Grenze ansehen. Es liegen aber auch freilich nicht vollkommen eindeutige Tatsachen vor, worauf ich zum Teile später noch zu sprechen komme, welche — abgesehen von den 10% steriler Ehen — die Fruchtbarkeit je nach Rasse, Klima, Zivilisation und Ernährung variabel erscheinen lassen. Dann ist der Mensch vom Tiere durch seine Vernunft ausgezeichnet, welche ihn im Kampfe mit der Natur, im Kampfe ums Dasein mit ganz andern und unerschöpflichen Hilfsmitteln ausgestattet hat.

Nach MALTHUS sind es überwiegend nur die zerstörenden Hemmnisse — alle in letzter Linie durch Ernährungsmangel bedingt —, welche dahin gewirkt haben, daß die Bevölkerungsvermehrung nie die durch die Lebensmittel gesteckten Grenzen für längere Zeit überschritten hat und je überschreiten wird. Seine Beweise hierfür, die er auf mehr wie 400 Seiten ausführt, können uns aber nicht als solche gelten, denn sie sind nichts anderes als Ableitungen aus dem angeführten Satze, sie könnten bestenfalls nur zeigen, daß Übervölkerung und daraus resultierender Nahrungsmangel im angedeuteten Sinne zu wirken imstande sind, keinesfalls aber die ausschließliche oder überhaupt in Betracht kommende Ursache gewesen sein müssen.

Ich will Ihnen das an einem Beispiel aus MALTHUS erläutern. Werfen wir einen Blick auf die unzivilisierten und halbzivilisierten Völker und Stämme, von denen wir gerade voraussetzen sollten, daß bei ihnen die Fortpflanzung möglichst ungestört von jenen Faktoren vor sich geht, die so häufig bei uns das wahre Bild der Bevölkerungszunahme trüben, so sehen wir bei diesen Völkern in der Tat sehr häufig Nahrungsmangel auftreten. Insbesondere wird dies bei Nomaden- und Jägervölkern der Fall sein. Kämpfe mit der Tierwelt, Kriege, bei welchen die maßloseste Vergeudung des Menschenlebens, Tötung aller Verwundeten, Tötung der Frauen und Kinder die Regel ist, Epidemien, Mißhandlungen der Frauen, welche häufig zu Fehlgeburten führen, der usuelle Kindesmord dezimieren aber fortwährend die Volkszahl. Dabei herrschen niedrige Kulturzustände, welche die Auswertung des Bodens unmöglich machen; geringe Entwicklung von Industrie und Gewerbetätigkeit werden es einem Anfänger nicht ermöglichen, soviel zu ersparen, um neuen Boden zu bearbeiten, ein Haus zu bauen, Vorräte und Gerätschaften anzuschaffen und so lange warten zu können, bis das Land einen entsprechenden Ertrag abwirft. Außerdem alle Formen schlechtester Regierung und Verwaltung von seiten der Häuptlinge und Stammesfürsten einerseits, der bevorzugten Kasten und Beamten andrerseits. Wir sehen also hier alle diese Zustände, welche ich nur mit Schlagworten streifen kann, als Gründe, welche es erklären, weshalb die Bevölkerung wohl nicht über ihre Subsistenzmittel hinauswächst, ja sogar Nahrungsmangel leiden kann — darin geben wir MALTHUS recht —, aber nicht die Übervölkerungstendenz, das Pressen der Bevölkerung gegen ihren Nahrungsspielraum, wie die modernen Nationalökonomen sagen würden, erscheint als Ursache dieser Zustände, sondern gerade umgekehrt, nur die fehlende Zunahme oder gar Abnahme der Volksmenge infolge all der angedeuteten Momente ist die Ursache des Nahrungsmangels. Wachsende Bevölkerung allein führt zur Verbesserung der Agrikultur, zur Hebung der Produktion und zur Hebung des gesamten Zivilisationsniveaus.

Versuchen wir weiter die Geltung des MALTHUSschen Gesetzes für die Vergangenheit zu prüfen und betrachten wir flüchtig die Verhältnisse bei den historischen Völkern, welche einstmals doch die Träger der Kultur und Zivilisation waren und von denen wir wissen, was uns hier von besonderem Interesse ist, daß bei ihnen eine ähnliche Übervölkerungsfurcht wie heute bei uns geherrscht hat. Das beweisen uns zahlreiche Belege aus PLATO und ARISTOTELES, welche zugleich die Maßnahmen illustrieren, welche die hervorragendsten Geister vorgeschlagen haben, die Zahl der Nachkommen einzuschränken. Das Heiratsalter der Männer wird hinauszuschieben getrachtet; das Alter der zeugenden Männer darf nach ARISTOTELES das 55. Jahr nicht übersteigen; bei einer Frau, welche die vorgeschriebene Anzahl von Kindern geboren hat, ist der Abortus herbeizuführen und ähnliche Dinge mehr. Und schon 3 Jahrhunderte nach ARISTOTELES sagt STRABO: „Ich will Epiros und die benachbarten Gegenden nicht beschreiben, weil diese Länder gänzlich verödet sind. Diese Entvölkerung, welche schon seit langer Zeit begann, greift täglich weiter um sich, so daß römische Soldaten in den verlassenen Häusern ihr Lager haben." Und PLUTARCH klagt: „Die Orakel sind verstummt, die Orte, wo sie sprachen, sind zerstört, kaum würde man in Griechenland jetzt 3000 waffenfähige Männer finden."

Auch in Rom bestand in den Zeiten des Aufschwunges kein Mangel an Menschenmateriale und die Sitte des Aussetzens der Kinder, die Bestimmung, daß der Vater aus freiem Willen entscheiden konnte, ob er das Kind, das ihm geboren wurde, aufziehen werde oder nicht, das jus vitae et necis, welches erst 318 n. Chr. förmlich abgeschafft wurde, sprechen wohl für den Überfluß an Menschen in einem Staate, der wie der Militärstaat Rom gewiß einen großen Bedarf an Soldaten erforderte. Und doch sehen wir bald die Entvölkerung folgen, gegen welche sich alle Gesetze als unwirksam erwiesen; ich nenne das jus trium liberorum, als Lex Papia Poppaea bekannt, welche strenge Strafbestimmungen gegen Ehelosigkeit traf, Belohnungen für die Verheirateten aussetzte, insbesondere aber diejenigen auszeichnete, welche drei oder mehr Kinder aufzuweisen hatten; ich verweise auf die Strafbestimmungen gegen den künstlichen Abortus; man schuf sogar ein besonderes Gesetz, welches den Gebrauch der spanischen Fliegen zu diesem Zwecke verbieten sollte, die Lex Cornelia.

Und in Griechenland und Rom war es aber auch nicht das Pressen gegen den Ernährungsspielraum, nicht der Mangel an Nahrungsmitteln, für welche speziell in Rom das große, weite Länder umfassende Gebiet des römischen Reiches zur Verfügung stand, von der Provinz Britannia angefangen bis nach Süden hinunter die weiten Gebiete Nordafrikas und Kleinasiens, welcher uns die rapide Volksabnahme erklären könnte; es waren einzig und allein die besonderen kulturellen und sozialen Verhältnisse, die zunehmende Konzentration des Besitzes, die großen Latifundien, die Scheidung in wenige Reiche und zahllose Arme, welche uns das Schicksal dieser Staaten verständlich machen. Und die wenigen Reichen wollten keine Kinder haben — nennt ja MENANDER die Ehe ein notwendiges Übel ἀναγκαῖον κακόν —, die andern vermochten sie nicht aufzuziehen.

Perverse Sitten bzw. Unsitten auf der einen Seite, die zerstörenden und vernichtenden Einflüsse auf der andern, mußten weite Gebiete entvölkern und sie den heranziehenden Barbaren als reife Frucht in den Schoß fallen lassen. Das sich verbreitende Christentum aber, welche die Askese predigte, alle weltlichen Dinge verpönen lehrte, tat das letzte zum Untergang des römischen Reiches (KAUTSKY).

Ähnlicher kultureller und sozialer Natur waren die Gründe, welche den Untergang anderer, einst mächtiger und blühender Reiche veranlaßten und die hier im einzelnen auszuführen mich wohl zuweit vom Hauptthema abschweifen ließe.

Kehren wir aber zu unseren Zeiten zurück, so finden wir auf dem jetzigen Gebiete Deutschlands, von welchem genauere statistische Angaben aus früherer Zeit als von Österreich vorliegen, 1816 zirka 25 Millionen Einwohner, im Jahre 1855 wurden 36, im Jahre 1900 werden $56^1/_2$ Millionen gezählt. In Wien haben z. B. im Jahre 1901 die Geburten 56.133, die Todesfälle 33.502 betragen, woraus ein Überschuß von fast 23.000 Menschen pro Jahr resultiert.

Angesichts solcher Zahlen erscheint die Frage plausibler, ob die MALTHUSsche Lehre, wenn nicht für die Vergangenheit, so doch für die Gegenwart Geltung beanspruchen darf, ob sie wenigstens nicht unsere sozialen Übel zu erklären geeignet sei. Nun lehrt uns zunächst die Statistik — und OPPENHEIMER verdanken wir den exakten Nachweis —, daß auch hier nicht nur von einem Nahrungsmangel nicht gesprochen werden kann, sondern daß eine ganz gesteigerte Binnenlandsproduktion pro Kopf der mittlerweile so stark gestiegenen Einwohnerschaft zu verzeichnen ist. Die Statistik zeigt ferner, daß das Gesetz des „abnehmenden Bodenertrages", welches die Grundlage der MALTHUSschen arithmetischen Progression bildet, durch die Fortschritte der agrikulturellen Technik nicht nur paralysiert, sondern weit überkompensiert wird.

Daß auch die Lebenshaltung der Arbeiter in aufsteigender Linie sich bewegt, wird heute selbst von den Sozialisten zugegeben und kann Ihnen als weiteres Illustrationsfaktum dienen.

Ich habe früher absichtlich von der Binnenlandsproduktion gesprochen, weil bei einem Industrieprodukte exportierenden, Naturprodukte importierenden Lande die wirtschaftlichen Verhältnisse komplizierter, für die Erhaltung einer großen Bevölkerung aber noch günstiger sind; denn deren Äcker liegen, um ein Bild NAUMANNS zu variieren, heute am La Plata, deren Schafe weiden in Australien, deren Rinder füllen die Steppen Zentral-Amerikas. Daß aber zwei Drittel unsrer Erde unbewohnt sind, ja selbst Europa keineswegs so vollständig bevölkert ist, als es sein könnte, sind ebenfalls sehr bekannte Tatsachen, ebenso die immense Fruchtbarkeit heute noch ganz vernachlässigter Gebiete; behauptet CAREY doch z. B., daß allein das einzige 360 Meilen lange Orinokotal Nahrungsmittel in solcher Menge zu liefern imstande sei, daß die ganze heutige Menschheit davon erhalten werden könnte.

Alle die angeführten Tatsachen müssen den Sozialreformer zu dem Schlusse drängen, daß es nicht wie bei MALTHUS der Mangel an Nahrung oder das Pressen gegen den Nahrungsspielraum sind, welche die heutigen sozialen Übelstände in letzter Linie bedingen, sondern die Ursache rein in wirtschaftlichen Verhältnissen zu suchen ist.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der deutschen med. Fachpresse".)

XVII.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

A. MARTIN: Die Rückenmarksanästhesie bei Gebärenden.

Nachdem entsprechend der Mitteilung von BIER-DÖNITZ die Narkose durch Kokain-Rückenmarksinjektion mit Beihilfe von Nebennierenpräparaten der ihr bis dahin anhaftenden Gefahren entkleidet worden, beabsichtigte Vortr., zunächst an physiologisch Gebärenden die Wirkung des Verfahrens festzustellen. Er hat 30 Gebärende mit Adrenalin und dann mit Kokain (in Dosen von 0·8—2 *g*) behandelt. Die Reaktion ist in allen Fällen positiv ausgefallen. Nur einmal war sie unvollständig, doch war auch hier die Empfindlichkeit in hohem Maße herabgesetzt. Die Dauer der Anästhesie schwankte zwischen $^1/_2$ Stunde und 3 Stunden. 25 Kinder wurden spontan geboren. 4mal wurde bei Indikationen, welche mit der Injektion nicht in Zusammenhang standen, die Zange angelegt. 2 Kinder mußten aus Querlagen gewendet werden, 1 Kind wurde in Steißlage geboren. Die Analgesie war zunächst eine vollkommene. Reichte sie aber nicht bis zur Beendigung der Geburt, so schienen die Schmerzen stärker zu sein als unter normalen Verhältnissen. Die Nachgeburtsperiode war in keinem Fall gestört, die Kinder hatten darunter nicht gelitten, auch das Wochenbett wurde nicht nachteilig beeinflußt. Unverkennbar war eine Verzögerung der Wirkung der austreibenden Kraft des Uterus. Die Frauen mußten zur Verarbeitung ihrer Wehen aufgefordert werden. Erstgebärende konnten nur unvollkommen und mit mehr Mühe als sonst den Kopf zum Durchschneiden bringen. Mehrgebärende gebaren mehrfach unter dem Einfluß heftiger Brechbewegungen, welche das Verfahren als eine lästige Nebenwirkung begleiten. Im übrigen waren bedenkliche Nebenwirkungen in diesen 30 Fällen ebensowenig zu beachten, wie bei den gynäkologischen Kranken, welche der Rückenmarksanästhesie unterzogen wurden. Die Operation des eingerissenen Dammes konnte in allen Fällen ohne Schmerzempfindung erledigt werden. Vortr. hat bei seinen Beobachtungen den Eindruck gewonnen, daß die Rückenmarksanästhesie mit Adrenalin und Kokain ohne Gefahr für Gebärende ausgeführt werden kann. Er wird nunmehr diese Art von Narkose auch bei pathologischen Geburten in der Klinik anwenden, soweit nicht eine dringende Veranlassung die Chloroformnarkose als die geeignetere erscheinen läßt.

DELIUS (Hannover): **Der Einfluß zerebraler Momente auf die Menstruation und die Behandlung von Menstruationsstörungen durch hypnotische Suggestion.**

Nachdem ausgeführt worden, daß psychische Einflüsse imstande sind, den Eintritt und Verlauf der Menstruation zu beeinflussen, wird an 10 Fällen von funktionellen Menstruationsstörungen gezeigt, daß man durch hypnotische Suggestion die Beschwerden der Menstruation, selbst in den schwersten Fällen mildern, die zu starke und zu lange dauernde Regel weniger blutig gestalten und nach Belieben abkürzen kann, ferner daß selbst langjährige Amenorrhöen auf diesem Wege aufzuheben sind und der Eintritt der Regel willkürlich bestimmt werden kann. Die meisten Menstruationsstörungen, die keine oder keine wesentlichen Befunde an den Genitalien aufwiesen, seien als Teilerscheinungen allgemeiner Neurosen, im wesentlichen der Hysterie und Neurasthenie aufzufassen und wie diese auf abnorme Erregbarkeitsverhältnisse der Großhirnrinde zurückzuführen. Zur Bekämpfung dieser letzteren sei gerade die Psychotherapie, und zwar besonders in der Form der Suggestion in der Hypnose, die ungleich wirksamer sei als die Wachsuggestion, ein ausgezeichnetes Mittel.

JUNG: Anatomische Untersuchungen über den Nervenapparat der weiblichen Genitalien.

Vortr. berichtet über Untersuchungen, die er an Beckenorganen neugeborner Mädchen mit Hilfe der mikroskopischen Serienschnittmethode angestellt hat, um die Verbreitung des Nervenapparates zu erklären. Er kommt zu dem Resultat, daß die Zahl und Ausbreitung der Nerven und Ganglien viel größer ist, als bisher angenommen wurde, u. zw. besonders in der Scheide, wo dichtes Netzwerk bis auf den Beckenboden hinabreicht. Bei der Geburt treten also mit dem Hinabrücken des vorausgehenden Teiles immer mehr nervöse Apparate in Tätigkeit, die Wehen mehr und mehr verstärkend. Ferner wird nachgewiesen, daß REINS Versuche, nach denen Konzeption und Geburt nach Durchtrennung sämtlicher Nervenbahnen zum Uterus zu beobachten seien, anatomisch unhaltbar sind, da es unmöglich ist, am lebenden Tier alle Nervenbahnen experimentell auszuschalten.

H. W. Freund sah auch die größte Anhäufung von Ganglienzellen an derselben Stelle wie JUNG. In der Schwangerschaft sah FREUND sehr große Vermehrung der Zellen. Den Einfluß auf die Geburt infolge Reizung der Ganglien neben der Scheide bezweifelt FREUND, da die Geburt auch eintritt, wenn der Kopf noch ganz hoch steht.

SCHENK: Über Streptokokken im Lochialsekret und über Versuche, dieselben zu differenzieren.

SCHENK hat in Gemeinschaft mit SCHEIB Streptokokkenstämme aus normalem Lochialsekret in morphologischer, tinktorieller, kultureller Hinsicht sowie in bezug auf Agglutination untersucht. Es kamen im ganzen 16 Streptokokkenstämme zur Untersuchung. Es ergab sich,

daß sich zwischen den aus normalen Uteruslochien stammenden Streptokokken und dem Streptococcus pyogenes in morphologischer, tinktorieller und kultureller Beziehung keine Unterschiede fanden; daß es sich also um artgleiche Stämme handelt. Zur Erklärung, warum diese Streptokokkenanfälle keine Temperatursteigerung bewirken, könnten Befunde herangezogen werden, nach denen diese Keime erst am 8.—9. Tage nach der Geburt in das Uteruskavum zu gelangen scheinen. Man könnte wohl denken, daß die Streptokokken in der granulierenden Schleimhaut keine günstigen Existenzbedingungen vorfinden.

FRANQUÉ (Prag): **Über pathologische Hinterscheitelbeineinstellung nebst einem Beitrag zum normalen Geburtsmechanismus.**

Vortr. unterscheidet als „pathologische Hinterscheitelbeineinstellung" die Fixation des Kopfes mit der Pfeilnaht an der Schamfuge gegenüber der „physiologischen H.", der häufigen und belanglosen, vorübergehenden Einstellung der Pfeilnaht des beweglichen Kopfes an der Symphyse vor dem Blasensprunge. Er wendet sich gegen die von SCHATZ versuchte Erklärung der pathologischen H., die von einer nach des Vortr. Ansicht ebenfalls unrichtigen Erklärung der normalen Einstellung der Pfeilnaht in der Mitte oder hinteren Hälfte des Beckens ausgeht. SCHATZ erklärt letztere aus einer nach vorn konvexen Krümmung des Uterus und der Kindesachse infolge der Einwirkung der Bauchpresse, welche den Fundus uteri während der Wehe nach hinten pressen soll. Vortr. konnte an Diagrammen, die durch Auflegen biegsamer Bleistäbe auf das Abdomen der Kreißenden gewonnen sind, nachweisen, daß eine solche Rückwärtspressung des Fundus uteri nicht stattfindet. Die Umhebelung des kindlichen Kopfes mit der Pfeilnaht in oder hinter die Mitte des Beckeneingangs findet vielmehr durch vermehrte Anteflexion des Uterus statt, wie aus den Diagrammen des Vortr. ersichtlich ist, und zwar in der Norm vor dem Einsetzen der Preßwehen, in der Eröffnungsperiode. Die Umhebelung bleibt aus und es kann zur Ausbildung einer pathologischen Hinterscheitelbeineinstellung kommen, wenn der Kopf seine normale Beweglichkeit eingebüßt hat, ehe durch die Wehentätigkeit der ersten Geburtsperiode der erwähnte normale Mechanismus sich vollzogen hat, entweder weil bei rechtzeitigem Blasensprung der Kopf zu lange eine abnorme Beweglichkeit beibehalten hat oder weil die Blase vorzeitig gesprungen ist, was sich unter 144 brauchbaren Geburtsgeschichten 79mal notiert fand. Demonstration eines Uterus, bei welchem eine spontane, komplette Uterusruptur bei Hinterscheitelbeineinstellung an der hinteren gedehnten Wand in Gestalt einer kaum 7 *mm* langen Fissur entstand, sowie des dazu gehörigen Beckens, eines NAEGELEschen Beckens, an dem nicht nur die aplastische, sondern auch die normale Seite des Kreuzbeins vollständig mit dem Darmbein synostosiert ist.

Standesfragen.

Honorar-Schmerzen.

An das Präsidium der Wiener Ärztekammer hat kürzlich ein Wiener Advokat ein Schreiben gerichtet, in welchem der Jurist die Frage der Fälligkeit des ärztlichen Honorars, d. i. den Zeitpunkt der Bezahlung desselben, bespricht. Er reproduziert die drei üblichen Entlohnungsformen — Jahrespauschale, sofortige Honorierung der Einzelleistung und nachträgliche Bezahlung der ärztlichen Tätigkeit — und beschäftigt sich naturgemäß ausschließlich mit der dritten, häufigsten Form der Entlohnung. Hier passiert dem Herrn Einsender sofort ein kleiner Lapsus. Seine Behauptung nämlich, die Höhe des Honorars könne nach dem heutigen Gesetze nicht vereinbart werden, ist nur teilweise richtig. Wohl steht es dem Arzte nach § 879, Punkt 3 des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches nicht zu, sich von dem Kranken „für die Übernahme einer Kur eine bestimmte Belohnung zu bedingen", da ein solcher „Vertrag" ungültig ist; die Höhe der Entlohnung für die Einzelleistung, eine Tag- oder Nachtvisite, eine Ordination, einen operativen Eingriff, kann jedoch ohneweiters festgesetzt werden und wird auch sehr oft übereinkömmlich fixiert. Es geschieht dies erfahrungsgemäß nicht selten seitens des Publikums, hie und da auch wohl a priori seitens des Arztes. An der Peripherie Wiens, in kleineren Städten und auf dem Lande sind dem Publikum die Preise, die jeder einzelne der beschäftigteren Ärzte zu verlangen pflegt, wohlbekannt, so daß ein Zweifel über den Kostenpunkt bei Herbeiholung eines dieser Ärzte kaum auftauchen kann. In großen Städten ist die Möglichkeit einer Vereinbarung des Honorars vor Beginn der Behandlung ohneweiters gegeben.

Die Frage der Fälligkeit des ärztlichen Honorars ist in der Tat eine offene. Wohl hat sich im allgemeinen der Usus eingebürgert, daß die Ärzte in Österreich-Ungarn am Jahresschluß, in Deutschland zu Weihnachten, ihre Liquidationen den Klienten übersenden; eine gesetzliche Regelung der Fälligkeit des Honorars besteht nicht. Es ist auch die Notwendigkeit einer solchen speziellen Regelung nicht einzusehen. Der Verfasser der zitierten Eingabe verweist ja selbst darauf, daß der ärztliche Honoraranspruch gesetzlich wie jede Lohnforderung zu behandeln und daher „sogleich nach vollbrachter Arbeit" fällig ist. Solange die Entlohnung des Arztes für seine Tätigkeit als Berater und Helfer mit dem Ausdruck „Honorar" bezeichnet wird, solange wird eine Änderung in den bestehenden Usancen kaum erfolgen. Daß der vom Juristen empfohlene Modus der Festsetzung der Fälligkeit ärztlicher Rechnungen durch die Kammern als Zusatzbestimmung zu den Minimaltarifen hier Wandel schaffen wird, möchten wir sehr bezweifeln. Sie wird auf das Publikum voraussichtlich denselben Eindruck machen, wie diese Tarife selbst. Immerhin könnte ein Beschluß der Kammer, welcher den Ärzten des Sprengels empfiehlt, ihre Liquitationen etwa zweimal jährlich, am 30. Juni und 31. Dezember, zu versenden — ein Beschluß, dessen Zitierung auf den Rechnungsblanketten die halbjährige Liquidierung erklären würde —, von Vorteil sein. Freilich müßten die Ärzte diesen Usus auch ausnahmslos akzeptieren.

Man betrachte ärztlicherseits den wohlverdienten Entgelt für die geistige und körperliche Leistung des Arztes nicht als Ehrensold, man erröte nicht bei Feststellung der ärztlichen Forderung, man geniere sich nicht, säumige Zahler zu mahnen und im äußersten Notfalle zu klagen, auf die Gefahr hin, die „üble Meinung" der Juristen — den Herrn Präsidenten des Obersten Gerichtshofes Exzellenz STEINBACH an der Spitze — hervorzurufen, der in seiner Schrift „Erwerb und Beruf" schlecht auf jene Ärzte zu sprechen ist, welche die Gerichte häufig mit Honorarklagen in Anspruch nehmen, und stelle sich auch hier auf die gleiche Stufe mit den Kollegen von der juristischen und staatswissenschaftlichen Fakultät, deren kameradschaftliche Solidarität mit den Ärzten der Einsender jenes Schreibens in dankenswerter Weise hervorhebt. Man gewöhne das Publikum an prompte Bezahlung der ärztlichen Rechnungen, denn auch der Arzt, dessen frühere Privilegien von der nivellierenden Steuerpolitik rasiert worden sind, hat das volle Recht auf baldige Entlohnung. Die Ärzte werden deshalb noch immer nicht den Vorwurf verdienen, ihren Beruf lediglich vom Erwerbstandpunkte aus zu betrachten.

Notizen.

Wien, 18. Februar 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prof. LANG einen Mann mit Carcinoderma pigmentosum vor. Die Hautveränderung besteht aus bräunlichen, kleinen, dermatomykosisähnlichen Effloreszenzen und Geschwüren mit mikroskopisch karzinomartigem Gefüge. Die prognostisch dubiose Affektion scheint durch Röntgen- und Radiumbestrahlung in therapeutisch günstiger Weise beeinflußt zu werden. — Hierauf demonstrierte Dr. N. SWOBODA an zwei Kindern die Spontanheilung von Angiomen. — Dr. SIMON erstattete eine vorläufige Mitteilung über Versuche, die er im Laboratorium v. BASCHs mit Doz. KATZ über die Wirkung des salzsauren Extraktes der Dünndarmschleimhaut auf den Kreislauf und das Pankreas ausgeführt hat. Der Extrakt wirkt blutdruckherabsetzend, auf die Bauchspeicheldrüse sekretionsverstärkend ein. — Prim. SCHNITZLER demonstrierte ein anatomisches Präparat, einen Oberschenkel, in welchen ein Drainrohr eingeheilt ist; dasselbe war vor 12 Jahren zur Drainage einer Phlegmone eingelegt worden und seither, ohne Beschwerden zu verursachen, in der Muskulatur verblieben. Bei der wegen seniler Gangrän vorgenommenen Amputation ist es dann zufällig gefunden worden. — Dr. M. HAUDEK demonstrierte eine Methode der Herstellung eines Gipsbettes. Vortr. ver-

wendet nämlich statt der üblichen Gipsbinden große, mit Gips imprägnierte Gazestücke. Hofr. Prof. WEINLECHNER warnte vor zu langer Immobilisierung der Kinder im Gipsbette, HAUDEK erwiderte, daß gerade das Gipsbett dem von WEINLECHNER betonten Gesichtspunkte am besten Rechnung trägt. — Dr. FAVARGER führte einen bereits vor mehreren Jahren demonstrierten Mann vor, dessen geradezu kolossale elephantiastische Veränderungen am linken Beine v. EISELSBERG mit trefflichem kosmetischen Erfolge operativ behandelt hat. — Schließlich hielt Prof. HERZFELD den angekündigten Vortrag: „Zur Erklärung des Geburtsmechanismus" und erläuterte den letzteren an der Hand der von Prof. SELLHEIM geistvoll konstruierten Phantome und Apparate, welche die Ursachen der inneren Rotation des kindlichen Kopfes und der Schultern während der Geburt auf streng physiologischer Grundlage demonstrieren. Die innere Rotation entsteht nach SELLHEIM durch die Wirkung des Flexions- resp. Deflexionsbestrebens und die je nach der Richtung verschiedene Biegsamkeit der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte (am größten am Halse nach rückwärts, im Brustabschnitte nach den Seiten, im Lendenabschnitte hüftwärts). Der kindliche Körper dreht sich, von der Uterusmuskulatur nach außen getrieben, bei der Geburt so um seine Höhenachse, daß der den Knickungswinkel der Beckenachse passierende Wirbelsäulenabschnitt jedesmal im Sinne seiner größten Flexibilität, also die Halswirbelsäule nach rückwärts, die Brustwirbelsäule nach der Seite, gekrümmt wird.

(Universitätsnachrichten.) Geh. Rat EHRLICH ist unter Belassung in seiner Stellung als Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. zum ordentlichen Honorarprofessor in Göttingen ernannt worden. — Eine Büste des Anatomen KARL GEGENBAUR wird im Heidelberger anatomischen Institute zur Aufstellung gelangen. — Geh. Med.-Rat Professor PONFICK in Breslau hat eine Berufung als Direktor des pathologischen Instituts in Bonn erhalten und abgelehnt.

(Personalien.) Der Regimentsarzt des Ruhestandes und Krankenhaus-Chefarzt in Leutschau Dr. ARTUR POLNISCH hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten. — Hofrat EISELT in Prag hat am 12. d. M. sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert.

(Der XV. Österreichische Ärztevereinstag) findet am 25. März 1905, vormittags 9 Uhr, in Wien im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Ärzte, IX., Frankgasse 8, statt. Die Tagesordnung enthält unter anderem einen Antrag auf Änderung der Statuten des Witwen- und Waisen-Unterstützungs-Institutes, ferner ein Referat über das von der Regierung ausgearbeitete Programm betreffend die Krankenversicherung (freie Arztwahl). Die dem österreichischen Ärztevereinsverbande angehörigen Vereine werden ersucht, ihre Delegierten und Delegierten-Stellvertreter zum Ärztevereinstage nach § 5 der Statuten des Ärztevereinsverbandes zu wählen und sie dem Geschäftsausschusse bekannt zu geben.

(Wiener med. Doktorenkollegium.) In den wissenschaftlichen Versammlungen vom 6. und 13. Februar sprachen Doz. Dr. R. KIENBÖCK über radiologische Diagnose der Lungentuberkulose und Dr. HUGO FREY über die Diagnose und Chirurgie des otogenen Hirnabszesses. Beide Vorträge werden in dieser Wochenschrift zur Publikation gelangen.

(Neuwahlen in den Wiener ärztlichen Bezirksvereinen.) Vorläufig sind folgende Wahlresultate bekannt: Verein der Ärzte im I. Bezirk: Obmann: Prof. KÖNIGSTEIN, Stellvertreter: Prof. FINGER. Ärztlicher Verein des II. Bezirkes: Obmann: Doktor LERCH, Stellvertreter: DDr. STEINBERGER und WEIS. Ärztlicher Verein der südwestlichen Bezirke: Obmann: Dr OBHLIDAL, Stellvertreter: Dr. LAUFER. Ärztlicher Verein des VIII. Bezirkes: Obmann: Dr. SKORSCHEBAN, Stellvertreter: Dr. KRAUS. Ärztlicher Verein im IX. Bezirke: Obmann: Doz. HAMMERSCHLAG, Stellvertreter: DDr. KÜCHLER und THENEN. Ärztlicher Verein im X. Bezirke: Obmann: Dr. KOCH, Stellvertreter: DDr. PUPINI und LICHTENSTEIN, Margaretener Ärzteverein: Obmann: Dr. BOROSS, Stellvertreter: Dr. A. KAPL.

(Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.) Der zweite Diskussionsabend über das Thema: „Inwieferne ist beim Vorhandensein einer Neurose oder Psychose künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft medizinisch indiziert und juristisch gestattet?" findet Mittwoch den 21. Februar 1905 statt (Referent Professor Dr. H. GROSS [Prag]). Zeit 7 Uhr abends. Ort: Saal der Gesellschaft der Ärzte. Zutritt haben Vereinsmitglieder, praktische Ärzte und Juristen.

(Die Hilfskassen in Österreich.) Einem Berichte des Ministeriums des Innern über die Gebarung und die Statistik dieser Kassen im Jahre 1902 entnehmen wir unter anderem folgendes: Im Berichtsjahre sind 30 Kassen zugewachsen, die Zahl derselben auf 166 erhöhend, darunter 67 Meisterkrankenkassen. Von diesen letzteren hatten 47 die obligatorische Versicherung zum ausschließlichen Zweck, 154 bezweckten ausschließlich oder neben anderen Versicherungszweigen die Gewährung von Krankenunterstützungen. Unter diesen 154 sind allein 47 Meisterkrankenkassen zu finden. Die Zahl der auf Krankenunterstützung versicherten Mitglieder betrug 84.599. Mit Ende des Berichtsjahres erreichte das gesamte Vermögen aller registrierten Hilfskassen den Betrag von 3,741.839 Kronen.

(Zur Frage der Verstaatlichung der Ärzte in der Schweiz.) Unsere Leser erinnern sich noch an die Mitteilung unseres Blattes über eine Bewegung in der Schweiz, die auf eine Verstaatlichung der Ärzte hinzielte. Dies sollte in der Weise erreicht werden, daß man von jedem Bürger eine Abgabe erhob, aus deren Erträgnisse den Ärzten fixe Bezüge bezahlt werden sollten. Wie nicht anders zu erwarten, haben sich die Ärzte gegen eine solche Verstaatlichung ausgesprochen, die ihrer Ansicht nach dem Verluste der freien Arztwahl und des Vertrauens des Kranken gleichkäme. Trotzdem sollte in Zürich angeblich der Anfang mit einer derartigen Beamtung gemacht werden und eine diesbezügliche, auch von uns gebrachte Notiz ist in vielen deutschen Tagesblättern bestätigt worden. Dieselbe ist jedoch, wie wir mit Rücksicht auf unsere Kollegen in der Schweiz mit Genugtuung konstatieren können, aus einer unzuverlässigen Information hervorgegangen, und in der Schweiz bleibt, vorläufig wenigstens, neben anderen Ständen auch der ärztliche frei.

(Frauenstudien und Universität.) Eine statistische Übersicht in den „Hochschulnachr." lehrt unter anderem, daß die deutschen Universitäten in bezug auf das Frauenstudium noch immer verschiedener, zum Teil recht antiquierter Anschauung sind. Während nämlich z. B. Baden, Bayern und Württemberg den Frauen eine fast uneingeschränkte Immatrikulationsfreiheit gewähren, läßt sie Preußen nur zum gastweisen Besuche der Universitätsvorlesungen zu; Sachsen läßt Frauen nur dann als Hörer zu, wenn sie die gleiche Vorbildung wie die männlichen Studierenden aufzuweisen vermögen, desgleichen Thüringen, und Hessen nimmt Frauen nur als Hospitantinnen auf.

(Statistik.) Vom 6. bis inklusive 11. Februar 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8359 Personen behandelt. Hiervon wurden 1801 entlassen, 194 sind gestorben (9·7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 101, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 131, Scharlach 53, Masern 297, Keuchhusten 20, Rotlauf 48, Wochenbettfieber 7, Röteln 8, Mumps 22, Influenza 23, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 820 Personen gestorben (— 19 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Olmütz der Stabsarzt d. R. Dr. V. PODHAJSKI, 68 Jahre alt; in Budapest der Chefarzt des Bades Vihnye Dr. STEPHAN BOLEMANN, als balneologischer Schriftsteller bekannt, im Alter von 67 Jahren; in Lissabon der Professor der Anatomie Dr. SERRANO.

Aufklärung über die Giftigkeit des Lysols. Die nachstehende Warnung in bezug auf den Gebrauch von Lysol bringt ein Runderlaß des preußischen Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 23. November 1904 an sämtliche Regierungspräsidenten.

Seit dem Jahre 1898 sind wiederholte Fälle zur Kenntnis der Behörden gelangt, in welchen durch den Gebrauch von Lysol Schädigungen und Unglücksfälle vorgekommen sind. Außer den auf Verwechslung und unvorsichtiger Aufbewahrung des Lysols beruhenden Vergiftungen sind seit dem genannten Jahre 2 Morde, 11 Selbstmorde und 8 Selbstmordversuche durch Lysol herbeigeführt.

Mit Rücksicht hierauf ersuche ich Ew. Hochwohlgeboren ergebenst, die Bevölkerung durch Bekanntmachungen oder in sonst zweckentsprechender Weise auf die mit dem Gebrauche von Lysol verknüpften Gefahren aufmerksam zu machen und durch die Ortspolizeibehörden insbesondere die Hebammen, welche sich dieses Desinfektionsmittels mit Vorliebe zu bedienen pflegen, sowie die Heilgehilfen und Desinfektoren anzuweisen, daß sie in jedem Gebrauchsfalle die Beteiligten über die giftigen Eigenschaften des Lysols und der gleichartigen

Kreosol-Seifenlösung aufklären und vor unvorsichtigem Gebrauche oder Aufbewahrung warnen.

Bis zum 31. Dezember 1905 sehe ich weiterem gefälligen Berichte entgegen, falls bis dahin wieder Vergiftungen durch Lysol vorgekommen sein sollten; andernfalls erwarte ich eine Fehlanzeige.

Auf Grund dieses Erlasses hat in diesen Tagen unter anderem das Berliner Polizeipräsidium eine entsprechende Veröffentlichung ergehen lassen.

Unter Bezugnahme auf den Runderlaß des Herrn Ministers der Medizinalangelegenheiten, über den wir neulich berichteten, in welchem derselbe die Regierungspräsidenten anwies, die Bevölkerung auf die mit dem Gebrauche von Lysol verknüpften Gefahren aufmerksam zu machen, halten wir es für angemessen, darauf hinzuweisen, daß im Gegensatz zu dem Lysol das Formaldehydpräparat Lysoform in den gebräuchlichen Lösungen in jeglicher Anwendungsweise ungefährlich ist, wie viele in der medizinischen Fachpresse veröffentlichten wissenschaftliche Arbeiten bestätigen. Die Geruchlosigkeit der Lysoformlösungen und seine Eigenschaft, üble Gerüche zu beseitigen, ist ebenfalls ein Vorzug dieses Desinfektionsmittels.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Waldvogel, Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 1·60.

L. Hermann, Jahresbericht üb. d. Fortschritte der Physiologie. Bd. 12, 1903. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 16·—.

A. Steffen, Die multiplen Geschwülste im Kindesalter. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 8·—.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 20. Februar 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Assistent Dr. Erwin Stransky: Über Dementia praecox.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 23. Februar 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik Nothnagel.

I. Demonstrationen. — II. Dr. von Stenitzer: Über Trypanosomen (mit Demonstrationen). — III. Diskussion zum Vortrage von Dr. Rud. Kaufmann: Über Magenchemismus und Magenatonie. (Zum Worte gemeldet: Doz. Dr. Strasser, Dr. Zweig, Doz. Dr. Holzknecht, Dr. Spiro, Dr. Weinberger, Doz. Dr. A. Schiff.)

Demonstrationen können bei dieser Sitzung nur in beschränkter Anzahl zugelassen werden.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das Februar-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Beitrag zur mechanischen und balneotherapeutischen Behandlung der chronischen Herzkrankheiten."** Von kaiserl. Rat **Dr. Leopold Fellner** in Wien-Franzensbad. — Ferner liegt der gesamten Auflage ein Prospekt der chemischen Fabrik **Kalle & Ko., Akt.-Ges.** in **Biebrich a. Rh.** über **„Orexin, ein echtes Stomachikum"** bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.







XLVI. Jahrgang. | Wien, den 26. Februar 1905. | Nr. 9.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an **Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von
Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien (Vorstand Prof. Dr. E. Finger).

Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit zystischen Erweiterungen in der Genitoperineal-rhaphe.

Von **Dr. Ernest Spitzer**, Sekundararzt.

Róna teilte in seiner Arbeit: „Die Gonorrhöe der paraurethralen Gänge“ vom anatomischen Standpunkt aus die präputialen und paraurethralen Gänge in folgende sechs Gruppen ein:

1. Feine Ausführungsgänge an den Lippenrändern der Urethra.
2. Blindgänge bei Hypospadie.
3. Präputiale Paraurethralgänge.
4. Paraurethralgänge im Frenulum.
5. Gänge am Dorsum penis.
6. Paraurethralgänge an der Unterfläche des Penis entlang der Rhaphe.

Gänge der ersten vier Gruppen kommen relativ häufig vor, werden meist zur Zeit einer akquirierten Gonorrhöe mitinfiziert und sind von Ehrmann, Fabry, Oedmansson, Paschkis, Prezzoli u. a. eingehend untersucht worden; die unter 5 und 6 angeführten kommen viel seltener vor.

Die Gänge, die, am Dorsum penis gelegen, vom Sulcus coronarius bis zur Symphyse reichen, sind von Lejars und Englisch näher beschrieben und werden durch imkomplette Verwachsung der nach oben offenen Spalte der beiden Corpora cavernosa penis entstanden erklärt. Eine gonorrhoische Infektion dieser Gänge wurde bisher nicht beobachtet. Unter die Gruppe 6 fällt der von mir näher untersuchte Gang, der in bezug auf Größe, Verbindung mit zystischen Erweiterungen histologischen Befund und Deutung einiges Interesse bietet,

Krankengeschichte: Pr.-Nr. 30.227, vorgestellt in der Wiener dermatologischen Gesellschaft. A. E. erkrankte vor 3 Jahren zum ersten Male an Gonorrhöe, die nach dreimonatlicher Behandlung zwar keinen Ausfluß mehr, aber noch Fäden im Urin hinterließ. Im August 1903 machte Patient seiner Gonorrhöe wegen abermals eine vierwöchentliche Spitalsbehandlung durch. Im Oktober 1903 kam Patient mit Exanthem. maculos. am Stamme und gruppierten lentikulären Effloreszenzen am Skrotum auf unsere Klinik und wurde mit Einreibungen und lokal mit grauem Pflaster sowie Labarraqueverband auf den Hodensack behandelt. Gegen Ende der Inunktionskur bemerkte Pat. einige kleine Blasen am Hoden und sah aus einer kleinen Öffnung an der Unterseite des Penis teils spontan, teils auf Druck einige Tropfen einer milchigen Flüssigkeit austreten. Patient, der bisher weder die Blasen, noch die kleine Öffnung bemerkt hatte, spürte seit letzterer Zeit in der Umgebung der Öffnung Brennen.

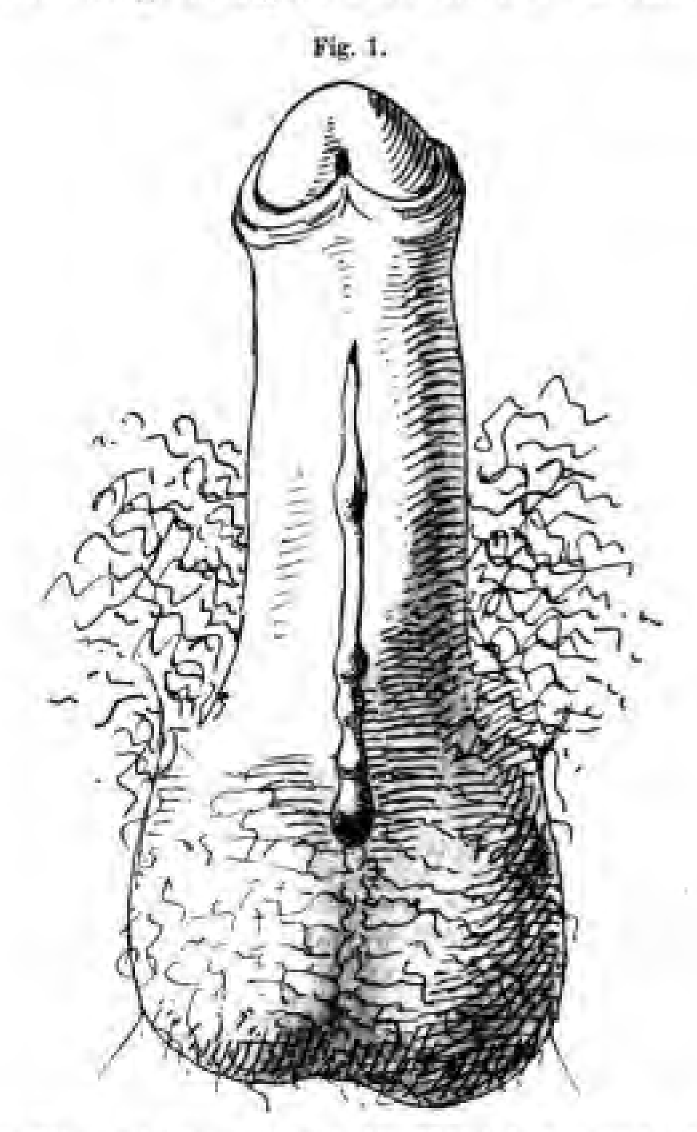
Die nähere Besichtigung gab folgenden Befund: Aus der Urethra ist kein Sekret exprimierbar. Die im Urin flottierenden Fäden weisen Leukozyten und Epithelien, aber keine Gonokokken auf. Das Orificium urethrae ist hypospadäisch verlagert. $1\frac{1}{2}$ *cm* hinter dem Orificium urethrae findet sich, in der Rhaphe penis gelegen, eine feingeschlitzte Öffnung, die von scharfen geröteten Rändern umgeben ist. Von dieser aus zieht immer gerade in der Rhaphe ein federkieldicker, leicht gewundener Strang, dicht unter der Haut, der sich 3 *cm* hinter seinem Beginn zu einer erbsengroßen Blase erweitert und in seinem weiteren Verlauf mit kleineren rosenkranzartigen Auftreibungen besetzt anfühlt. Der Gang, der sich bis auf die Rhaphe



scroti erstreckt, mißt 8 *cm* und ist soweit mit einer feinen Roßhaarborste zu sondieren, wobei die Sonde sich leicht in den Ausbuchtungen verfängt. Die Haut über den zystischen Erweiterungen ist blaß und verdünnt.

Die Blasen entleeren auf Druck vorne aus der Mündung des Ganges eine milchige Flüssigkeit und füllen sich im Verlaufe eines

Fig. 1.



bis zweier Tage wieder prall mit der Flüssigkeit, welche dann auch spontan austritt.

Betreffs definitiver Heilung wurde der Gang in seiner Länge exzidiert und die Wunde durch Naht geschlossen. Gänzliche Heilung.

Der Gang wurde nach Härtung in Alkohol in Stückchen von 1 und 2 *cm* zerlegt. Nach Einbettung in Paraffin wurden Längs- und Querschnitte verfertigt. Färbung mit Hämal-Eosin, Borax-Methylenblau, Thyonin und Gram.

Makroskopisch sieht man an den Präparaten einen Strang mit spaltförmigem Lumen, der sich stellenweise zu Blasen erweitert. Die mikroskopischen Bilder zeigen einen verschiedenen Befund.

Gegen das Lumen des Ganges zu finden sich auf große Strecken 1—2 Lagen keulen- und flügelförmiger, senkrecht gestellter Zellen, die an einzelnen Partien in ein mehrfach geschichtetes Pflasterepithel übergehen. Die Epithelschicht ist reichlich von Rundzellen durchsetzt, ebenso das periphere, zirkulär angeordnete Bindegewebe, so daß an manchen Stellen die Grenze zwischen Epidermis und Korium dadurch verwischt ist. Nirgends konnten zwischen den Zellen Gonokokken nachgewiesen werden. Subepithelial sind die Blutgefäße erweitert und auf große Strecken von Rundzellinfiltration eingescheidet.

Querschnitte durch eine Blase zeigen auf einer Serie von Bildern dem Lumen zu eine Lage von 1—2schichtigem zylindrischen keulenförmigen Basalepithel über einer gut ausgebildeten Papillarschicht. Dieses Epithel wächst an 2 Stellen, nämlich an der der Urethra zunächst gelegenen und derselben gegenüber an der der äußeren Haut zunächst gelegenen zu einem in das Innere des Lumen vorspringenden Hügel von vielfach geschichtetem Plattenepithel bis zu 10 Zellagen aus.

Längsschnitte durch eine Reihe von Blasen bieten wieder folgenden Befund. Die das Lumen begrenzende Schicht zeigt alle Charaktere der Epidermis. Zu innerst eine dicke, intensiv gefärbte kernlose Hornschicht, darunter eine Körnerschicht, darunter das Rete Malpighii aus 5—7 Zellreihen bestehend, zu unterst gegen das papillare Bindegewebe eine Basalschicht von Zylinderzellen.

Das Lumen des Ganges und der Erweiterungen ist ausgefüllt von einem blaßgefärbten, körnigen Gerinnsel, von zu Haufen liegenden Rundzellen, teilweise mit fragmentierten Kernen und einzelnen nur undeutlich konturierten abgestoßenen Epithelien. Gonokokken oder andere Mikroorganismen konnten weder im Schnitt noch im ausgedrückten Sekret gefunden werden.

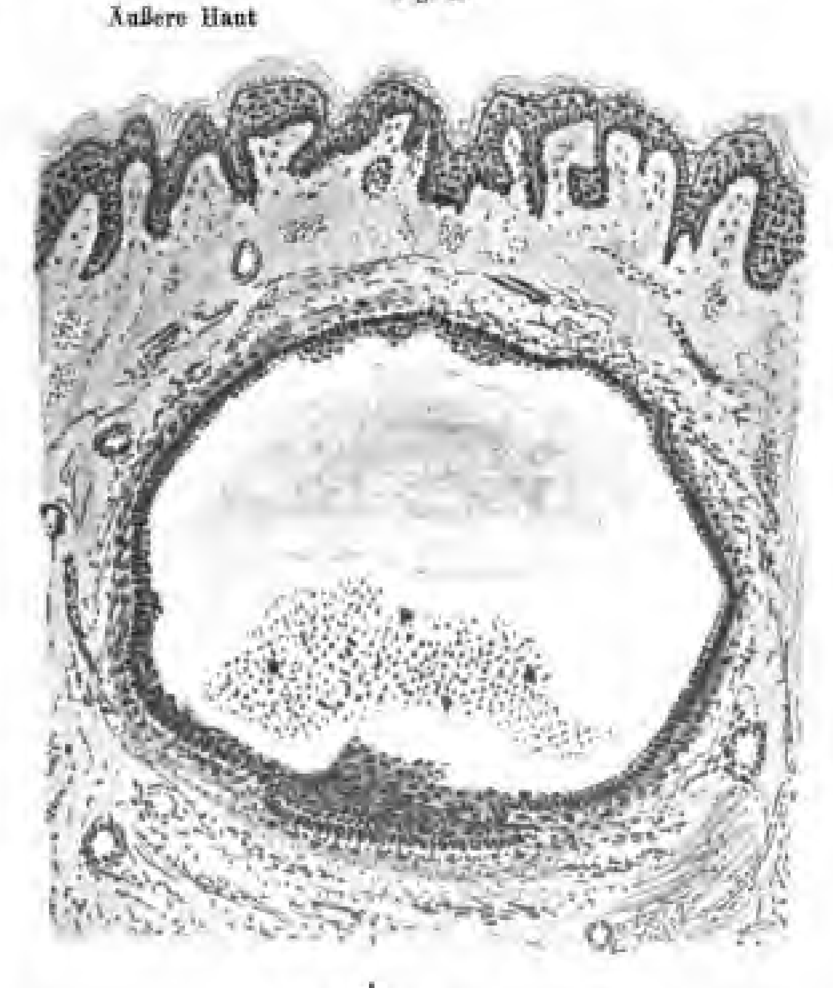
TOUTON war der Erste, der die gonorrhoisch erkrankten Präputial- und Paraurethralgänge genau mikroskopisch untersuchte. Er beschreibt einen 1 *cm* langen Gang, links von der Rhaphe penis gelegen, und hält ihn aus einer Talgdrüse mit Ausführungsgang entstanden, in welcher das sezernierende Epithel infolge des krankhaften Prozesses durch Pflasterepithel ersetzt ist.

JADASSOHN beschreibt einen hinter dem Frenulum, neben der Rhaphe gelegenen Gang von $1^1/_2$ *cm* Länge. Er fand keine Anhaltspunkte für die drüsige Natur dieser Art von Gängen und hält sie durch entwicklungsgeschichtliche Anomalie entstanden.

FINGER, PICK und LANG beschreiben gleichfalls an der Unterfläche des Penis gelegene Gänge, meist neben der Rhaphe, ohne sich für eine bestimmte Entstehungsweise auszusprechen.

RÓNA beschreibt einen an der Unterseite des Penis gelegenen, 2 *cm* langen, schräg über die Medianlinie ziehenden Gang und einen in der Rhaphe gelegenen, 2 *cm* langen, vor dem Angulus penoscrotalis, welch letzterer mit dem von mir beschriebenen am meisten Ähnlichkeit hat. In diesen Gängen

Fig. 2.



geht die Epidermis bald nach dem Orifizium in Schleimhaut über, wobei keine Talgdrüsen und kein Stratum corneum existieren.

EHRMANN demonstrierte in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1903 einen Mann, bei dem in der Rhaphe penis und praeputii 3 hintereinander gelegene, blind endigende, härtlich infiltrierte Gänge bestanden.

RÓNA und EHRMANN hatten zuerst eine klare Deutung der an der Unterseite der Penis gelegenen Gänge gegeben.

In der embryonal angelegten Urethralrinne bildet sich eine Längsfalte, die beim Schlusse der Urethralrinne zu einem Hohlgange wird und je nach der Lage der Falte ins Frenulum, in oder neben die Rhaphe penis, zu liegen kommt.

Was nun den vorliegenden Fall betrifft, so halte ich an der Entstehung des Ganges durch Entwicklungsanomalie zur Zeit der Verlötung der Urethralrinne fest, glaube aber, daß der Gang nicht aus der Urethralrinne selbst entstanden ist, sondern durch Hemmung bei der Verklebung der an die Urethralrinne anstoßenden äußeren Haut.

Dafür spricht nun einmal der genau geradlinig an die Rhaphe penis et scroti gebundene Verlauf, die nahe unter der äußeren Haut befindliche Lagerung des Ganges, die bedeutende Länge, vor allem aber die in mehreren zystischen Erweiterungen des Ganges noch vorhandene Auskleidung mit einem Epithel, das den typischen Bau der Epidermis zeigt, nämlich eine basale zylinderähnliche Zellenschicht, mehrere Lagen von Retezellen und darüber ein mächtig ausgebildetes Stratum corneum.

Fig. 3.



Die eigentümliche Mischung von zylinderförmigem Epithel mit mehrfach geschichtetem Pflasterepithel in den Hohlräumen läßt bezüglich der Entstehungsart verschiedene Deutung aufkommen, welches Epithel nämlich das Primäre und welches das Sekundäre sei, oder ob beide gleichzeitig entstanden seien. Bekanntlich kann sich ein Schleimhautepithel unter längerdauerndem schädigenden Einfluß allmählich in ein mehrfach geschichtetes Plattenepithel umwandeln. So sehen wir manchmal an der Stelle eines zirkumskripten Entzündungsherdes in der Urethra später ein derbes Schwielengewebe, das von Pflasterepithel bedeckt ist.

Im vorliegenden Falle hat nun der Patient seit 3 Jahren eine Gonorrhöe, die nie gänzlich abheilte. Wenn er auch das Bestehen des paraurethralen Ganges erst jetzt bemerkte, so wäre es doch möglich, daß er seinerzeit unbewußt gleichzeitig mit der Urethritis eine Paraurethritis durchgemacht hat. Der Gang könnte ursprünglich ein der Urethra analoges Epithel besessen haben, das durch die langdauernde gonorrhoische Erkrankung stellenweise in ein geschichtetes Pflasterepithel umgewandelt wurde.

Doch stimmt das vorgefundene einreihige Epithel nicht mit dem Zylinderepithel der Urethra überein. Die einreihige Zellschicht läßt unter dem Mikroskope durch ihre zackig palisadenförmige Gestaltung deutlich erkennen, daß hier eine darüberliegende Schicht abgestoßen wurde. Ich glaube, daß der Gang ursprünglich durchwegs von geschichtetem Pflasterepithel mit einer Hornschicht bekleidet war, wie man es an manchen Stellen noch vollkommen erhalten findet. An diesen normalen Stellen ist auch keine subepitheliale Infiltration zu finden. In der Nachbarschaft von solchen normalen Stellen sieht man wieder oft eine mit Eiterzellen stark infiltrierte Bindegewebsschicht. Das Epithel darüber beginnt sich aufzulockern, zu quellen, stoßt sich in den obersten Schichten ab, bis man auf manchen Strecken nur mehr die Keimschicht bloßgelegt sieht. Für die Entstehung von der äußeren Haut sprechen, wie ich nochmals hervorhebe, die stark ausgebildete Papillarschicht und eine gut ausgebildete Keratohyalinschicht.

Der Patient wird also den Gang angeboren gehabt haben. Das widerstandsfeste Epithel mit einer Hornlage wird denselben so lange vor einer Gonokokkeninfektion bewahrt haben. Erst beim letzten Spitalsaufenthalt hat sich der Gang entzündet, vielleicht durch Reizung oder Verunreinigung infolge des Gebrauches von grauem Pflaster, das Patient wegen nässender Papeln am Hodensacke appliziert bekam.

Ähnliche zystische Erweiterungen im Verlaufe eines paraurethralen Ganges wurden von Balzer und Souplet, von Thöle und zuletzt in einer zusammenfassenden Arbeit von Wechselmann beschrieben. Thöle fand eine solche Zyste an der der Urethra zugewandten Partie mit Zylinderepithel, an der der äußeren Haut benachbarten mit geschichtetem Plattenepithel ausgekleidet. Dies erklärt sich aus der Entstehungsart. Im 4. Monate schließt sich zuerst die Urethra, dann wächst die Rhaphe nach außen aus. Die zwischen Urethra und Rhaphe gelegenen Zellen werden de norma resorbiert. Doch können sie persistieren und zur Bekleidung eines paraurethralen Ganges oder einer Zyste dienen. Vielleicht sind auch so die von mir auf einem Bild gefundenen, ins Lumen vorspringenden Epithelhügel zu erklären, die in der Richtung der ursprünglichen Zellverklebung liegen.

Fasse ich kurz zusammen, so fand ich im vorliegenden Falle einen bei gleichzeitig bestehender Gonorrhöe gonorrhoisch nicht erkrankten Paraurethralgang mit zystischen Erweiterungen in der Genitoperinealrhaphe, der sein Entstehen einer Hemmungsbildung bei der Verwachsung der embryonal angelegten Urethralrinne verdankt.

Literatur: Balzer und Souplet, Suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé median du penis et du scrotum. Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph., 1893. — Englisch, Über doppelte Harnröhre. „Zentralbl. f. Harn- u. Sexualorg.“, 1895. — Finger, Zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Prozesses. Verhandl. d. deutschen dermat. Gesellsch., 1894. — Jadassohn, Über die Gonorrhöe der paraurethralen und präputialen Gänge. „Deutsche med. Wochenschr.“, 1890. — Lang, Über gonorrhoische Paraurethritis. „Wiener klin. Wochenschr.“, 1891. — Lejars, Des canneaux accessoires de l'urethra. „Annal. de malad. des org. urin.“, 1888. — Pick, Fall von Folliculitis praeputial. Verhandl. der deutschen dermat. Gesellsch., Wien 1894. — Róna, Die Genese der paraurethralen Gänge. „Archiv f. Dermat. u. Syph.“, 1897. — Touton, Über Folliculitis praeputialis et paraurethral. gonorrhoica. „Archiv f. Dermat. u. Syph.“, 1889. — Wechselmann, Über Dermoidzysten und paraurethrale Gänge der Genitoperinealrhaphe. 1903.

Die Darmtyphusepidemie in Teschen.

Von **Stabsarzt Dr. P. Starý**, Teschen.

Der Sommer des Jahres 1904 wird wegen seiner außerordentlichen und anhaltenden Hitze und wegen des Mangels an Niederschlägen nicht nur den Meteorologen und den Nationalökonomen, sondern auch den Ärzten, namentlich den Hygienikern und Epidemiologen, gewiß denkwürdig bleiben. Von vielen Seiten liest und hört man von Darmtyphusepidemien, für welche rein lokale Veranlassungen meist keine genügende

Aufklärung bieten, und mit Ungestüm drängt sich die Frage auf: Warum auf einmal und an so vielen voneinander unabhängigen Orten?

Die alte, längst bekannte Erfahrung, daß auf heiße Sommer mit anhaltender Dürre vielfach Darmtyphusepidemien folgen, ist neuerlich bestätigt worden und läßt einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Erscheinungen vermuten. Nicht der rein meteorologische Einfluß, nicht der Grundwasserstand an und für sich, nicht die Verschleppung des Keimes durch die Luft, auch nicht der bloße Verkehr mit Kranken oder sonstige längst begrabene Theorien sind imstande, die Sachlage aufzuhellen. Nur die Infektiosität des Trinkwassers allein ist es, welche eine größere Epidemie bewirkt; diese Tatsache ist durch die Teschner Epidemie wieder einmal glänzend und geradezu klassisch bewiesen worden. Durch Kontakt kann natürlich dann die Infektion weiter propagiert werden. Aber in welchem Zusammenhange steht die Dürre mit der Infektion des Trinkwassers? Warum werden alte Infektionsherde bei Mangel an Niederschlägen wieder rebellisch? Sind es wirklich jedesmal nur die „Unregelmäßigkeiten" in der Wasserabgabe, ein Riß im Filter, Einleitung oder Eindringen offener Wasserläufe in eine Wasserleitung, Durchlässigkeit infizierter Senkgruben, Vornahme von Erdbewegungen, Abgrabungen, Beunruhigungen des Erdbodens überhaupt, schadhafte Brunnenfassungen und dergleichen noch andere, bei Typhusepidemien emsig gesuchte und meist auch gefundene Mängel, welche die Epidemie bewirken? Wie häufig werden doch solche Sünden begangen und geduldet, ohne daß deshalb eine Epidemie ausbricht! Oder spielt da nebst diesen noch ein anderer, unbeachteter Faktor mit? Kann uns da das schöne Wort, „die Disposition", vielleicht aus der Verlegenheit helfen?

Der gesuchte unbekannte Faktor muß doch ziemlich allgemeiner und nicht bloß lokaler und individueller Natur sein!

Nun, wie steht es bei längerer Dürre mit dem Grundwasser? Ist der so verketzerte Grundwasserstand so völlig belanglos? Hat man nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, da man den Grundwasserstand als indifferent erklärte, weil eine haltlose Theorie damit verknüpft war? Ist es nicht diskutierbar, daß bei eingetretener Dürre die Durchlässigkeit des Erdbodens eine bedeutend größere wird und durch Sickerung und Senkung der Abwässer aus oberflächlichen im Boden gelegenen Infektionsherden die Keime in die bei Dürre tiefer gelegenen Wasseradern und Grundwasserschichten gelangen? Zum mindesten leichter dahin gelangen als bei durchfeuchtetem Boden und höherem Grundwasserstande? Bilden sich bei Dürre nicht Risse und Spalten im Erdboden, die seine natürliche, filtrierende Reinigungstätigkeit auf mehrere Meter Tiefe beeinträchtigen? Ist weiters die langsamere Bewegung des Wassers, sein Stehen und seine Stauung, wie sie bei Wassermangel vorkommt, nicht von größtem Einfluß auf die Vermehrung der Keime? Und seine durch Sommerhitze gewiß erhöhte Temperatur, da nur ganz tiefe Brunnen und Quellen auch im Sommer eine konstant tiefe Temperatur haben. Treten nicht alle diese Zustände bei lange anhaltender Dürre ein?

Diese Fragen müssen dem Studium der Hygieniker von Beruf überlassen bleiben und die neuen „alten Erfahrungen" dieses Jahres werden unsere Kenntnisse in dieser Beziehung jedenfalls namhaft bereichern. Das schablonenhafte Suchen und Finden eines Sündenbockes oder nur Sündenböckleins für jede einzelne Lokalepidemie wird nicht genügen, sondern einer tieferen Erkenntnis der allgemeiner wirkenden Ursachen Platz machen müssen, um dann wirklich wertvolle prophylaktische Früchte zu zeitigen.

Ich meine die hygienische Zernierung aller Typhusherde (Häuser, Ansiedlungen) bei eintretender Dürre, die Überwachung ihrer Wasserspenden, deren bakteriologische Untersuchung zum mindesten auf Bacterium coli, Sperrung und Assanierung derselben, Unterlassung von Kanalisationen bei Dürre u. dgl.

Die ruhige Stadt Teschen wurde Mitte August v. J. durch das plötzliche Auftreten vielfacher fieberhafter Erkrankungen überrascht. Bei Zivil und Militär häuften sich Fälle mit hohem Fieber, bei denen vorerst außer Meteorismus, Bronchitis, Obstipation, in manchen Fällen auch Herpes labialis, keine sonst verdächtigen Symptome vorkamen.

Beim Zivil kam der erste Erkrankungsfall am 7. August, beim Militär am 6. August vor. Manche dieser Kranken genasen in wenigen Tagen, bei anderen jedoch blieb das Fieber konstant hoch, es stellte sich Roseola und Milztumor ein und die GRUBER-WIDALsche Reaktion ergab Darmtyphus. Als am 11. und 12. August je ein weiterer verdächtiger Fall hinzukam, entnahm ich am 12., 14. und 16. August der bisher so unbescholtenen städtischen Wasserleitung Wasserproben und legte Plattenkulturen an. Das Resultat war betreffs Typhus- und Kolibazillen negativ bei rund 250 Keimen von Wasserbakterien mit ziemlich vielen verflüssigenden Kolonien. Nach Rücksprache mit dem Herrn k. k. Bezirksarzte am 13. August und dessen Umfrage bei den Herren Kollegen vom Zivile sowie nach Besichtigung einiger in die Zivilkrankenhäuser abgegebener Fälle war es unzweifelhaft, daß eine Typhusepidemie im Anzuge sei. In den nächsten Tagen gab es in der ganzen Stadt fiebernde Kranke. Man konnte hierbei keinen lokalen Herd ausfindig machen, sondern an allen Ecken und Enden der Stadt kamen Typhusfälle vor. Nur das Gefangenhaus, dessen Sträflinge, mehr als 200 an der Zahl, kein städtisches Leitungswasser, sondern eigenes Brunnenwasser trinken, blieb verschont. Ebenso das daneben liegende Kloster der Borromäerinnen mit eigenem Brunnen, dann die etwas später (am 13.) in die Stadt von auswärts gekommenen Truppenteile (3 Bataillone), die bald unter strengster Bewachung nur gekochtes Wasser zu trinken bekamen, blieben intakt. Das plötzliche, über die ganze Stadt explosionsartig förmlich zerspritzte Auftreten der Krankheit, wobei sich die Fälle entsprechend der Bevölkerungsdichte und dem Wasserleitungsnetze verteilten, bei völligem Freibleiben der Objekte mit anderer Wasserversorgung, weiters der Umstand, daß bei einem am 9. August von Teschen nach Krakau abmarschierten, bis dahin gesundem Bataillon binnen einiger Tage ebenfalls Typhusfälle auftraten, weiters daß Leute, die aus vollkommen gesunden Orten nach Teschen kamen und hier Wasser tranken, nach einigen Tagen an Typhus erkrankten, beweist, daß die Infektion lediglich in der Beschaffenheit des Trinkwassers der Leitung gelegen sein mußte. Die Teschner Epidemie ist geradezu ein Schulbeispiel von Infektion durch eine Wasserleitung.

Die Stadt Teschen hat im Jahre 1894 mit dem enormen Kostenaufwande von 800.000 K ein anscheinend allen modernen hygienischen Anforderungen entsprechendes Wasserwerk errichtet, das im Laufe der folgenden Jahre nach Bedürfnis und Maßgabe der verfügbaren Geldmittel weiter ausgestaltet wurde. Da bei den gegebenen geologischen und hydrographischen Verhältnissen in der Nähe der Stadt keine genügende einwandfreie Wassermenge, einheitlich als Trink- und Nutzwasser verwendbar, zu beschaffen war, entschloß man sich, das Grundwasser aus der Gegend von Oldrzichowitz, etwa 12 *km* südlich von Teschen, am Nordabhange der Beskiden, und zwar aus dem Niederschlagsgebiete des Tyrratales zuzuleiten. Zu diesem Zwecke wurden zunächst zwei Sickerleitungen, die sogenannte obere und untere Oldrzichowitzer Sickerleitung, angelegt. Dieselben bestehen aus mehrfach verzweigten, in den Anfangsteilen an der Oberseite gelochten Steingutröhren, die mit Schotter und Beton verdeckt sind. Später wurden noch im oberen Tyrratale und am Nordhange des Berges Jaworowy mehrere Quellen gefaßt. Zur Sammlung dieser Wasserspenden besteht das sogenannte Wasserschloß, aus dem eine Gravitationsleitung in das in Teschen befindliche Hochreservoir führt.

Die Ergiebigkeit der gesamten Anlage ist maximal 36 Sekundenliter, in der diesjährigen Dürre ist sie auf 8 bis 11 Sekundenliter gesunken, ein Quantum, das bei dem beispiellos wasserverschwenderischen Gebaren der Einwohnerschaft unmöglich den Bedarf decken konnte.

Bei dem unteren von der Gemeinde aufgeforsteten Sickerleitungsgebiete befinden sich fast gar keine, bei und über dem Quellsammelgebiete der oberen Sickerleitung dagegen sind zahlreiche Ansiedlungen vorhanden, in denen seit 1901 einzelne Darmtyphusfälle vorgekommen sind, weshalb die Bezirkshauptmannschaft schon damals die Sperrung der oberen Sickerleitung anordnete.

In der letzten Zeit, und zwar vom Dezember 1903 bis Juni 1904, kamen daselbst neuerlich Typhusfälle vor.

Als im verflossenen Sommer die Niederschlagsmenge eine ungewohnt niedrige blieb, verringerte sich die Ergiebigkeit der Wasserleitung derart, daß die Stadt im Falle eines Brandes wegen Wassermangels leicht das Opfer einer Katastrophe hätte werden können. Aus diesem Grunde wurde die bisher gesperrte und verbotene obere Sickerleitung wieder geöffnet und dann weiter oben bei der Walke „Haltof" der Mühlbacharm der Tyrra, eines scheinbar harmlosen, meist klaren Gebirgsbaches, an dem jedoch Ansiedlungen sind, mittelst eines Rohres in den nahen Wasserschacht des Leitungsstranges eingelassen. Der infolge der Dürre durchlässige Boden und der niedrige Grundwasserstand verschuldeten es, daß die Keime in die Sickerleitung gelangten.

Leider hat man nicht daran gedacht, die Bevölkerung von dem Geschehenen zu informieren und sie zu warnen, und so wurde das Gemisch aus Bachwasser und aus typhusverseuchtem Gebiete gesammeltem Sickerwasser in Teschen ahnungslos als „Hochquellenwasser" getrunken.

Im ganzen erkrankten von der Zivilbevölkerung in der Stadt Teschen (18.500 Einwohner) 148 Personen an Darmtyphus, vom Militär 68, und zwar 42 vom Heere, 26 von der Landwehr. Hierzu kommen 20 Fälle bei einem nach Krakau abmarschierten Bataillone und 1 Fall in Olmütz (Reservist aus Teschen), weiters 41 Fälle aus der Umgebung, die sich in Teschen infiziert haben. Somit ergibt die ganze Epidemiegruppe 278 Fälle, das ist bei rund 20.000 Kopfzahl = 18·90‰ Morbidität. Hiervon starben aus der Stadt 7, aus der Umgebung 3, vom Militär in Teschen 1, in Krakau 1; zusammen 12 Personen = 43·16‰ Mortalität.

Die größte Intensität der Erkrankung bestand zwischen dem 15. und 20. August (16—22 täglich). Die Epidemie nahm auch rasch ab, dank der Behebung der rasch erkannten Ursache und den energischen, von den Behörden mit außerordentlichem Eifer und schöner Einmütigkeit mit vollstem Erfolge getroffenen Maßnahmen. Gegen Ende des Monats August wurde die Anzahl der Fälle immer geringer. Im Laufe des Monats September hat das Auftreten der Seuche den epidemischen Charakter verloren und ist sporadisch geworden. Die spärlichen Fälle waren durch Kontaktinfektion leicht erklärlich. Die Abwehr- und Tilgungsmaßnahmen waren namentlich folgende: Abkochen sämtlichen Trinkwassers bei Beaufsichtigung der Durchführung, namentlich in öffentlichen Lokalen durch ambulante Sanitätskommissionen, energisches Abstellen sanitärer Mängel in allen Häusern und Wohngebäuden der Stadt, Einstellung von öffentlichen Unterhaltungen, Zusammenkünften, Prozessionen, des Schulbesuches (Verschiebung), Drängen auf Abgabe der Kranken in die Heilanstalten, durchgreifende öffentliche und private Desinfektion, Belehrung der Bevölkerung etc.

Die Sanitätskommissionen haben ihre schwere und undankbare Aufgabe mit aller Energie und Strenge, aber auch mit Takt glänzend gelöst und verdient namentlich die überaus energische, unermüdliche, erfolgreiche Tätigkeit der politischen Behörde die vollste Anerkennung und Bewunderung. Zum Lobe der Bevölkerung sei erwähnt, daß man in allen Schichten meist mit Verständnis und großer Bereitwilligkeit dem Wirken der Sanitätsorgane entgegengekommen ist.

Zur Sanierung der kausalen Momente wurde natürlich die obere Sickerleitung und die Einleitung des Bachwassers bei „Haltof" bleibend abgestellt, hierauf wurden nach eingetretenen Niederschlägen ausgiebige Spülungen des gesamten Leitungsnetzes vorgenommen. Die nach diesen Spülungen vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen des Leitungswassers ergaben bei Abwesenheit pathogener Keime nur mehr rund 50 Kolonien im Kubikzentimeter. Um auch betreffs der notwendigen Menge gesichert zu sein, hat die Gemeinde die Fortsetzung des Leitungsstranges in jungfräuliches Terrain zum Oberlaufe des Tyrrabaches und die Anlage eines Filters daselbst projektiert und zum Teil schon durchgeführt. Das Zweckmäßigste wäre allerdings eine Talsperre. Sollten in Zukunft dennoch weitere Fälle vorkommen, würde ich für die Kasernen die Anlage Berkefeldscher Filter, die sich in Prag bei richtiger Behandlung glänzend bewährt haben, beantragen.

Was den klinischen Charakter der Erkrankungen anbelangt, so konnte man bei den 42 Fällen (hierunter 1 Offizier), die im Truppenspitale zu Teschen zur Behandlung kamen, verschiedene, zum Teil von anderen Epidemien abweichende Beobachtungen machen. So begannen sehr viele Fälle mit Schüttelfrost und plötzlichem, sehr hohem Fieber. Bei den täglichen ärztlichen Untersuchungen sämtlicher gesunden Mannschaft, wie sie bei deren Kontumazierung vorgenommen wurden, war es ausgeschlossen, daß der Beginn der Erkrankung unbemerkt geblieben wäre. In vielen Fällen fehlten alle Prodromalerscheinungen und die Erkrankung setzte sofort mit plötzlicher Temperatursteigerung ein. Sehr starke, meist auf die ganze Lunge ausgebreitete Bronchitiden, anfangs ohne Auswurf, mit quälendem Husten, nach einigen Tagen mit eitrigschleimigem, staphylokokkenhaltigem Sputum waren häufige Begleiterscheinungen des Krankheitsbeginnes. Ebenso häufig war Obstipation, welche bei manchen Fällen auch während der ganzen Krankheitsdauer anhielt und durch Klysmen und öftere Darreichung von Kalomel bekämpft werden mußte.

Bei vielen Fällen kam Herpes labialis vor, manchmal massenhaft um den ganzen Mund herum. Das Krankheitsbild war in einzelnen Fällen, namentlich anfangs, von den bronchitischen Erscheinungen derart beherrscht, daß erst der eingetretene Milztumor, die Roseola und Gruber-Widal die Diagnose bestätigten.

Der Milztumor stellte sich in der Regel ziemlich spät, meist gegen Ende der ersten Woche ein, nachdem hoher Zwerchfellstand und Meteorismus, fast immer auch sehr deutliches Ileozökalgurren vorangegangen waren. Dafür war dann die Milzschwellung, besonders bei schweren und rezidivierenden Fällen eine sehr bedeutende, nach vorne die vordere Axillarlinie überschreitend, nach unten auch bis 3 Finger breit über den Rippenbogen leicht und deutlich tastbar. Die Roseola war fast immer sehr deutlich ausgeprägt, manchmal außerordentlich reichlich, auch bei Fällen, die abortiv verliefen und in kurzer Zeit zur Genesung führten. Manchmal war ein Ausschlag leicht papulösen Charakters zu bemerken, auch kamen gürtelartig von dem einen Rippenbogen zum andern verlaufende pustulöse Effloreszenzen vor. Auch Miliaria crystallina kam nach dem Abfalle der Temperatur vor. An manchen Stellen war hierbei das Stratum corneum der Epidermis glasartig und trocken, stellenweise abgehoben und sich schälend, darunter sah man zahlreiche wasserhelle Tröpfchen; es gelang leicht, besonders nach dem Bade, größere Stücke (wie nach Scharlach) abzulösen, worauf die Schweißtröpfchen offen zutage lagen und abgewischt werden konnten.

Etwa ein Drittel der Fälle war sehr schwer. Hohe kontinuierliche Fiebertemperaturen, wochenlange Delirien mit schwer benommenem Sensorium, starke Darmblutungen mit beginnendem Kollaps, vorübergehende Taubheit, Mittelohrentzündungen, Abszesse am Processus mastoideus kamen vor,



dagegen keine einzige Venenthrombose; ich habe auch ansonsten nur von zwei Fällen bei dieser Epidemie gehört.

Eine eigene, auch bei vielen Fällen im Zivil häufig vorgekommene Erscheinung war das rezidivenartige Verhalten des Fiebers. Bei unzweifelhaften, durch klinische Symptome und WIDAL sichergestellten Fällen zeigte sich nach etwa einer oder auch in der zweiten Woche (in einzelnen Fällen nach dem völligen Ablaufe) ein mehr oder minder rascher Temperaturabfall und Euphorie. Aber nach 3—8 Tagen vollkommenen Wohlbefindens, ohne jede äußere Veranlassung, ohne jeden Diätfehler, bei derselben ausschließlichen Milchdiät und Bettruhe, stieg plötzlich, oft von Schüttelfrost begleitet, die Temperatur wieder über 39° und hielt so entweder nur einige Tage an, um bei rasch zunehmenden Morgenremissionen binnen 4—8 Tagen abzusinken, oder sie blieb wieder kontinuierlich längere Zeit hoch wie in der zweiten Woche. Solche Rezidiven kamen auch zweimal, dreimal, bei einem Fall sogar viermal vor, wobei sie allerdings immer nur wenige Tage anhielten.

Betreffs der Inkubationsdauer ist bei zwei Fällen, die von auswärts aus völlig typhusfreien Orten zugereist kamen, konstatiert, daß bei dem einen schon am dritten Tage nach seiner Ankunft (nach 36 Stunden, 15. August abends gekommen, 17. August früh krank), beim andern am vierten Tage die Erkrankung mit hohem Fieber einsetzte, somit die Inkubationsdauer auch eine ungewöhnlich kurze war.

In der Therapie hielten wir uns im allgemeinen an die bisherigen erfahrungsmäßig bewährten Mittel. Namentlich schien die absolute körperliche und geistige Ruhe bei ausschließlicher Milchdiät den Kranken am besten zuzusagen. Kalte Einpackungen, kühlende Umschläge, viel Kognak, Tee, wenig Antipyretika oder gar keine, Mundpflege, Hautpflege bei möglichst geringer Belästigung des Kranken — das in der Hauptsache. Vom Kognak, namentlich wenn er von allem Anfang und ziemlich reichlich gegeben wurde, habe ich die beste Meinung, es schien mir, als ob so mancher Fall dadurch abortiven Verlauf genommen hätte. Weniger wurden allgemeine kalte Bäder angewendet, da wir ohne dieselben ebenso gute oder vielmehr bessere Erfolge erzielten. Wenn auch die Temperaturherabsetzung und die erfrischende Wirkung des kalten Bades unleugbar und bestechend ist, schien es mir doch, daß dadurch die Kräfte des Kranken auf die Dauer zu sehr in Anspruch genommen wurden. Dagegen haben wir das jetzt so perhorreszierte Kalomel gegen Ende der Epidemie doch bei einigen frischen Fällen gegeben und ich kann sagen, mit sehr gutem Erfolge. Natürlich ist dabei genau zu beachten, wie es der Patient verträgt. Zwei Fälle, die unter schweren Symptomen einsetzten, verliefen rasch und milde.

In vier Fällen haben wir das Typhusserum, welches uns Herr Professor Dr. BUJWID aus Krakau freundlich zur Verfügung stellte, versucht. Bei drei hievon war der Einfluß insofern ein günstiger, als die Temperatur mehr oder weniger rasch abfiel, reichliche Schweißsekretion eintrat und die Fälle leicht verliefen. Beim vierten Falle, der ein Rezidiv war, konnte ein bemerkbarer Einfluß auf die Temperatur nicht konstatiert werden. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Ähnliche Erfahrungen wurden mit diesem Serum auch von anderen Ärzten gemacht. Dekubitus haben wir, unbedeutende Rötungen abgerechnet, fast gar nicht gehabt. Nach meinen Erfahrungen sind reichliche Einreibungen von Fetten (Vaselin, Zinksalbe etc.) bei gleichzeitiger Verwendung von Luftpölstern ersprießlicher als spirituöse Waschungen (Franzbranntwein etc.), da durch sie die Haut geschmeidig und widerstandsfähig bleibt, indessen sie durch spirituöse Mittel ihres Fettgehaltes beraubt, trocken und spröde wird.

Zum Schlusse möchte ich, auch auf das Risiko hin, vielleicht Widerspruch zu finden oder nichts Neues zu sagen, meine bescheidenen Erfahrungen aus der Teschener Epidemie in folgenden Sätzen zusammenfassen: Niederschlagarme Sommer begünstigen das Auftreten von Darmtyphus wegen der größeren Durchlässigkeit des Erdbodens. Das Einlassen offener Wasserläufe in eine Wasserleitung sowie das Wiedereröffnen von Leitungssträngen, in denen das Wasser längere Zeit gestanden hatte, ist absolut verwerflich und höchst gefährlich. Bei der Anlage von Wasserwerken ist kein Opfer zu scheuen, um eine unter allen Umständen hinreichende gleichmäßige Wassermenge zu sichern. Also Talsperren, Filter — kein Drosseln, Sparen, sondern — mehr Wasser!

Bei einer Typhusepidemie muß den auch bloß einigermaßen verdächtigen und unausgebildeten Fällen prophylaktisch, also betreffs sofortiger Isolierung, Desinfektion, Darreichung von Kognak etc., dieselbe volle Aufmerksamkeit gewidmet werden wie den klinisch ausgesprochenen Fällen, um die Seuche mit Erfolg zu bekämpfen.

Die Inkubationsdauer des Darmtyphus kann auch bedeutend kürzer sein als 7 Tage (36 Stunden). Herpes labialis schließt das Vorhandensein von Abdominaltyphus nicht aus.

Bei Kranken mit minder kräftiger Herztätigkeit wende man keine kühlenden Vollbäder, sondern nur Einpackungen und Umschläge an. Die hierzu verwendeten Tücher etc. müssen oft ausgekocht oder mit Dampf desinfiziert werden.

Referate.

AXEL JÖRGENSEN (Kopenhagen): **Die Schwankungen der agglutinierenden Wirkung des Blutes bei Typhus.**

Die Resultate seiner Untersuchungen faßt Verf. in folgende Thesen zusammen („Nord. med. Ark.", 1904, Nr. 37): Zum Messen des Agglutinins ist die makroskopische Methode der mikroskopischen absolut vorzuziehen. Durch das von JÖRGENSEN und MADSEN angegebene Verfahren läßt sich der Agglutiningehalt verschiedener Flüssigkeiten so genau ermessen, daß die Fehler 9% nicht überschreiten und in der Regel bedeutend kleiner sind. Nach einer einzelnen Injektion von Kulturen von B. typhi — bzw. B. coli und V. cholerae — auf Kaninchen und Ziegen findet eine Entwicklung von Agglutinin statt, welche sich durch eine Kurve von ähnlicher regelmäßiger Gestalt darstellen läßt, wie sie für andere Antistoffe geltend ist. Die Kurve zerfällt in drei Abschnitte. Die Größe und die Gestalt der Schwankungen sind — bei gleichen Umständen — in wesentlichem Grade von der Individualität des Organismus abhängig. Täglich wiederholte Injektionen kleiner Mengen der betreffenden Kultur werden eine ähnliche Kurve ergeben. Wenn die Injektionen alle drei Tage wiederholt werden, kommt eine Agglutininentwicklung zustande, welche sich durch eine Kurve darstellen läßt, die von mehreren aufeinander folgenden Einzelschwankungen zusammengesetzt ist. Jede einzelne Schwankung könnte vielleicht von einer der betreffenden Injektionen veranlaßt sein. Wenn während der zweiten Phase der nach einer Injektion von B. typhi- oder coli-Kulturen stattfindenden Agglutininentwicklung eine zweite Injektion derselben Kultur oder der eines anderen Mikroben (B. coli oder typhi) gegeben wird, dann findet nach dieser letzten Injektion eine relativ geringe Agglutininentwicklung statt. Im Blute von Typhuspatienten findet eine Agglutininentwicklung statt, die sich durch Kurven darstellen läßt, welche den bei den Tierexperimenten, besonders nach täglichen Injektionen, gewonnenen Kurven außerordentlich ähnlich sind. Die Schwankungen der Agglutininmengen lassen sich beim Typhus abdom. nicht als prognostisches Hilfsmittel benutzen. Der Nachweis einer Schwankung der agglutinierenden Fähigkeit des Blutes ist für die Diagnose des Ileotyphus von weit größerer Bedeutung als der Nachweis eines bestimmten Agglutiningehaltes. B.

GEORG KÜHNEMANN (Spandau): **Neuere klinische Erfahrungen über Ruhr.**

Verf. empfiehlt folgende Behandlungsmethode der akuten Ruhr („Deutsche Med.-Ztg.", 1904, Nr. 35): In den ersten beiden Krankheitstagen erhalten die Patienten täglich dreimal einen Eßlöffel Rizinusöl. Für die weitere Behandlung ist am zweckmäßigsten das Tannigen (dreimal täglich 1 *g*) als ein mildes adstringierendes Mittel,

welches den Magen gar nicht belästigt und Appetit und Nahrungsaufnahme nicht beeinträchtigt. Von ausgiebiger Verwendung der Opiate ist im allgemeinen Abstand zu nehmen, da sie, längere Zeit hindurch verabfolgt, leicht Meteorismus erzeugen und die Herzkraft nicht günstig beeinflussen. Von sonstigen, für die spätere Behandlung sehr geeigneten Mitteln seien noch genannt das Bismut. subnitricum (3—4mal täglich 1 *g*), welches sich besonders für den Übergang in die Rekonvaleszenz oder bei gleichzeitigen Magensaftaffektionen zur Verwendung eignet; die Mucilago Salep als vortreffliches einhüllendes, reizmilderndes und zugleich nährendes Mittel. In denjenigen schweren Fällen, wo bei hochgradigem Schwund des Fett- und Muskelgewebes sich das Sinken der Herzkraft durch fadenförmigen Puls und zunehmende Cyanose ankündigt, muß als einziges, vortrefflich wirkendes Mittel die subkutane Kochsalzinfusion angewendet werden. Treten schwere Magenerscheinungen, anhaltendes Erbrechen, quälender Singultus hinzu, so gibt man die zugeführte flüssige Nahrung (Haferschleim, Milch) in gekühltem Zustande, vereinzelt auch Eispillen. Als ein gutes Mittel gegen hartnäckiges Erbrechen bewährt sich die Jod-Jodkalilösung (Tinct. jodi 0·3, Kal. jodat. 5·0, Aq. dest. 120·0, dreimal täglich ein Eßlöffel). Bei jedem Ruhrkranken ist auf dauernde Warmhaltung des Leibes ein besonderer Wert zu legen. Eine Applikation von Eis auf das Abdomen etwa bei stärkeren Schmerzen in der linken Unterbauchgegend oder andere Lokalisation desselben ist zu widerraten, da die Kälte die Schmerzen regelmäßig erhöht und die Darmerscheinungen verschlimmert. Daß eine sorgfältige Auswahl der Diät von ausschlaggebender Bedeutung ist, bedarf kaum der Erwähnung. Am besten wird reine Suppendiät vertragen; unübertroffen ist vor allem die mildernde Wirkung des Gerstenschleims. Wird Milch vertragen, was leider nicht immer der Fall ist, so ist sie als eines der wichtigsten, diätetischen Hilfsmittel bei der Ruhrbehandlung zu empfehlen. In der ersten Woche beschränke man sich im allgemeinen auf die genannte Diät und lasse erst in der zweiten Woche einige Änderungen eintreten, vorausgesetzt, daß die Darmerscheinungen bereits nachgelassen haben. Es ist nunmehr Milchsago, eventuell mit Eiweiß oder Tapioka in Suppe oder Bouillon, dünner Milchreis, ein weichgekochtes Ei, ungesüßter Kakao oder Racahout zu gestatten, auch dürfen den Suppen, der Fleischbrühe, der Milch, dem Kakao Zusätze von Somatose gemacht werden, jedoch immer nur teelöffelweise zu einer Portion und auf nicht zu lange Zeit. Als Getränk empfiehlt sich das Eiweißwasser (das Weiße eines Hühnereies in 200 *g* abgekochten frischen Wassers mit wenig Zucker gelöst). Diese flüssige Kost ist beizubehalten, bis die Stühle andauernd fäkulent geworden und mindestens 8 Tage lang normale Stühle entleert sind. G.

H. ROSEMANN (Berlin): **Über den Wert des Lysoform als Antiseptikum.**

Das von STRASSMANN, SIMONS, BELLEI, SYMANSKI, VERTUN, ENGELS, NAGELSCHMIDT, SEYDEWITZ u. a. vielfach erprobte Präparat kann nach seiner bakteriziden Kraft beurteilt als ein durchaus brauchbares Antiseptikum bezeichnet werden, ja, es entspricht in seiner Verbindung mit Alkohol selbst den strengsten Anforderungen in bezug auf bakterizide Kraft („Allg. med. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 28). Auch in bezug auf Ungiftigkeit und Ätzfreiheit entspricht das Lysoform allen Anforderungen, die man an ein gutes Antiseptikum stellen muß. Als großer Übelstand wird bei den Karbol- und Kresolpräparaten der penetrante und langhaftende Geruch empfunden, welcher auch ihre desodorierende Wirkung beeinträchtigt. Als bestes Desodorans galt bisher das Creolin; aus den Versuchen von GEISSENDÖRFER aber ergibt sich, daß Lysoform als Desodorans Bacillol und Lysol erheblich übertrifft und dem Creolin mehr als ebenbürtig ist. Zieht man nun in Betracht, daß Creolin nach seiner Anwendung ebenso wie Lysol und Bacillol einen langhaftenden penetranten Geruch hinterläßt, Lysoform dagegen kurze Zeit nach seiner Anwendung die desodorierten Teile geruchfrei macht, so ist auch damit zweifellos seine Überlegenheit als Desodorans bewiesen. Es wird daher sowohl in der Human- wie in der Veterinärmedizin für diese Zwecke empfohlen, und es hat sich zur Desodoration von Armen und Händen nach Abnahme von faulenden Nachgeburten, Mastdarmexplorationen bei gewissen Verdauungskrankheiten mit auffällig penetrant riechendem Kot, Sektionen etc. glänzend bewährt. Es ist bedauerlich, daß ein Antiseptikum wie das Lysoform, von dem seit Jahren feststeht, daß seine Desinfektionskraft sich in der Praxis voll bewährt hat und das in bezug auf Ungiftigkeit, Ätzfreiheit, Desodorationskraft und Geruchsfreiheit von keinem der bekannten Antiseptika erreicht wird, heute noch nicht für die allgemeine Anwendung in der Hebammenpraxis zugelassen ist. Dies muß befremdend wirken gegenüber der Tatsache, daß die Kresolpräparate in bezug auf Desinfektionswert ebenfalls nicht den theoretischen Forderungen entsprechen, daß dieselben durch ihre Giftigkeit eine unkontrollierbare Zahl von Gesundheitsschädigungen herbeigeführt haben und noch täglich herbeiführen. G.

POLANSKI (Warschau): **Zur Kasuistik des Diabetes insipidus im Kindesalter.**

Ein 2 Jahre altes Kind zeigt seit $1^1/_2$—2 Wochen starken Durst und uriniert übermäßig häufig. Das Kind bietet den höchsten Grad von Abmagerung dar. Bis zur gegenwärtigen Erkrankung hat es an Durchfällen gelitten, welche aber auf Kalomel oder Tannalbin leicht zurückgingen. Appetit fehlt vollständig. Der Harn selbst ist vollständig klar, durchsichtig und enthält weder Eiweiß noch Zucker; der Vater des Kindes ist vollständig gesund, die Mutter syphilitisch; Geisteskrankheiten sollen in der Familie nicht vorkommen sein („Prakt. Wratsch", 1904, Nr. 45). Verf. ist bezüglich der Ätiologie der Ansicht, daß der Diabetes insipidus im vorstehenden Falle mit der Syphilis der Mutter in ätiologischem Zusammenhang gebracht werden müsse. Diese Schlußfolgerung ist um so wahrscheinlicher, als ein Zusammenhang zwischen Diabetes insipidus mit allgemeinen Ernährungsstörungen in der Ätiologie des Diabetes insipidus eine zweifellose Rolle spielt. Bezüglich der Therapie macht Verf. folgende Angaben: Zunächst wurde eine antiluetische Kur eingeleitet, jedoch ohne Erfolg. Desgleichen ist die Verordnung von Opium und Antipyrin ohne Erfolg geblieben; hingegen hat sich die Hinzufügung von Eisensomatose zur Nahrung als zweckmäßig erwiesen. Unter gleichzeitiger Anwendung von warmen Solbädern machte die Besserung langsam Fortschritte. Die Erscheinungen von gesteigertem Durst und enorm frequenter Miktion verschwanden, das Kind bekam Appetit, erholte sich rasch und ist derzeit vollkommen gesund. L.

O. LEŠER (Prag): **Über Kombination von Herzfehlern mit der Epilepsie.**

Verf. bestreitet die Existenz der sogenannten „Epilepsie d'origine cardiaque" und erklärt die Kombination beider Krankheiten für eine zufällige. Von dieser Kombination aber ist jene der sogenannten Epilepsiae tardae mit einer Herzerkrankung auf arteriosklerotischer Basis streng abzuscheiden, obwohl es sich auch hier nicht um eine „Herzepilepsie" handelt, sondern öfters, wenn nicht immer, um „Epilepsie auf arteriosklerotischer Basis" („Sbornik klinický", Bd. 5, H. 5). STOCK.

P. G. UNNA (Hamburg): **Die X-Zellen des spitzen Kondyloms.**

Bei aus anderen Gründen vorgenommenen Untersuchungen fand UNNA im spitzen Kondylom eigentümliche Zellen, die sich durch eine besondere Ähnlichkeit mit gewissen einzelligen Parasiten auszeichnen, was für den Autor auch Veranlassung war, sie als bisher unbekannte Parasiten der spitzen Warzen zu demonstrieren. Bei weiterem Studium dieser Zellen schien es doch wiederum, als handle es sich um besonders gefärbte Leukozyten; dafür hätte sowohl die freie Lagerung in den interepithelialen Saftspalten als auch die Vielgestaltigkeit der äußeren Form, die nur als Ausdruck der amöboiden Bewegungsfähigkeit anzusehen ist, gesprochen. Andrerseits waren gegenüber den Leukozyten Unterschiede in der Färbung des Protoplasmas, in der Form, Größe und Anordnung der Kerne und endlich auch in der Dimension der ganzen Zelle unverkennbar. Sicherlich ist ein sehr wichtiger Unterschied wohl der, daß die Leukozyten sich eigentlich nur ausnahmsweise im Kondylom finden, ja, es scheint die Annahme

gerechtfertigt, daß es zu Leukozytenansammlungen nur dann kommt, wenn äußere Bedingungen das veranlassende Moment abgeben, so insbesondere die Behandlung. Die sogenannten X-Zellen hingegen fanden sich in sämtlichen 31 untersuchten Fällen vor, sind also konstant nachzuweisen, und schließlich gelang es dem Autor („Monatshefte f. prakt. Dermat.", 38, 1), Übergangsformen von den Stachelzellen zu den X-Zellen aufzufinden. Dieser Übergang finde so statt, daß der Faserapparat allmählich atrophiere, gleichzeitig werde der Kern durch umfangreiche, kernkörperhaltige Massen ersetzt, gehe eine „nukleoloide" Degeneration ein. Doch handle es sich nicht um abgestorbene Degenerationsprodukte der Stachelzellen, sondern den, wie erwähnt, veränderten Zellen komme die Eigenschaft der selbständigen Wanderung in der Stachelzellenschicht zu. DEUTSCH.

CLAUDITZ (Berlin): **Typhus und Pflanzen.**

Es wurde bereits von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, daß die auf Rieselfeldern gezogenen Gemüse als Infektionsträger dienen können. CLAUDITZ hat in künstlich mit Typhusbakterien infizierter Erde Gemüse angepflanzt und das Schicksal dieser Bakterien verfolgt. Als Resultat dieser Untersuchungen („Hygienische Rundschau", 1904, Nr. 18) ergab sich, daß die Bakterien nur an der Außenwand der Pflanzen haften blieben, aber so fest, daß sie durch einfaches Spülen nicht zu entfernen waren, daß also Gemüse der mit Typhusbakterien gedüngten Felder resp. Rieselfelder als Infektionsträger dienen können. A.

ERNST (Köln): **Zur Verhütung der Blennorrhoea neonatorum nach CREDÉ.**

Die Reizerscheinungen nach dem Gebrauch der 2%iger Höllensteinlösung haben ERNST dazu geführt, es zuerst mit $1\frac{1}{2}$%iger, dann mit 1%iger Lösung zu versuchen und es wurde bei 1111 Geburten kein Fall von Blennorrhöe beobachtet („Zentralbl. f. Gynäk.", 1904, Nr. 41). Wenn man bedenkt, daß noch immer 30% aller Erblindeten ihr Unglück der Blennorrhöe verdanken, so meint ERNST, daß es dringend zu wünschen wäre, daß gesetzlich alle Hebammen gezwungen würden, Einträufelungen zu machen. Man könne den Hebammen ruhig eine 1%ige Höllensteinlösung in die Hand geben; nur müsse man ihnen einschärfen, die Lösung gut aufzuheben und, wenn zwei Drittel des Inhaltes der Flasche aufgebraucht sind, das letzte Drittel wegzugießen. (Ref. gebraucht schon seit Jahren nur 1%ige Lösungen und würde auch in der Freigebung der Instillation an die Hebammen kein Unglück sehen.) FISCHER.

B. NIEDERLE (Kladno): **Luxatio femoris subglenoidalis s. infracotyloidea.**

Auf Grund mehrerer veröffentlichter und eines direkt beobachteten Falles unterscheidet Verf. zwei Abarten von subglenoidaler Luxation des Femurs: 1. Eine sehr seltene Form, wo der Kopf des Femurs direkt unter den Pfannenrand hinuntergleitet; der Schenkel ist gebeugt, das Glied ohne jede Abweichung von der medianen Linie, um ca. 2 *cm* verlängert. 2. Eine andere Form, wo der Kopf unter den Pfannenrand und etwas einwärts herunter steigt, ohne das ovale Loch zu berühren; der Schenkel ist gebeugt, das Glied abduziert und etwas auswärts gerollt, keine Verlängerung. Diese subglenoidale Luxation muß als eine von den übrigen Hüftluxationen selbständige Kategorie aufgefaßt werden und sie darf mit der Luxatio ischio-pubica nicht verwechselt werden. Die Reposition gelingt fast immer durch Fraktion in der Richtung des fixierten Gliedes. („Sbornik klinický", Bd. 5, H. 6.) STOCK.

GOERLICH (Tübingen): **Über die Dauerresultate der Saphena-Unterbindung bei der Behandlung der Varizen.**

Von mehreren Seiten wurden in den letzten Jahren Rezidive mitgeteilt, die einige Jahre nach der TRENDELENBURGschen Operation aufgetreten sind. Die Ursache des Rezidivs lag entweder in einer Erweiterung der bei der Operation nicht unterbundenen Kollateralvenen oder, wie in einigen Fällen sicher nachgewiesen werden konnte in Regeneration des durchschnittenen Venenstammes. Behufs Konstatierung der Erfolge, die an der Klinik v. BRUNS' mit der Unterbindung der Saphena erzielt wurden, hat Verf. die 108 operierten Fälle entweder selbst nachuntersucht oder von den Patienten schriftliche Erkundigungen eingezogen. Die Nachuntersuchungen ergaben, daß in vielen Fällen die Verbindung der bei der Operation getrennten Venenstücke wieder hergestellt wurde, also objektiv keine Heilung zu konstatieren war (BRUNSsche Beitr. zur klin. Chir., Bd. 44, H. 2). Trotzdem waren aber in einem großen Teil der Fälle die subjektiven Beschwerden entweder ganz verschwunden oder bedeutend geringer als vor der Operation. Da aber die Behebung der Beschwerden doch schließlich das Endziel einer jeden Operation ist, wird man die TRENDELENBURGsche Operation auch für die Zukunft auszuführen berechtigt sein, und dies um so eher, als der Eingriff ein sehr leichter ist und im Falle eines Rezidivs ohne jede Gefahr wiederholt werden kann. Gegen die Regeneration der Saphena wird man sich am besten schützen, wenn man statt der gewöhnlichen Unterbindung die Resektion eines Stückes aus der Vene nach vorheriger doppelter Unterbindung vornimmt. ERDHEIM.

JOSUÉ und **HALBRON** (Paris): **Das Verhalten der weißen Blutkörperchen bei Tuberkulose.**

Die Verff. verfügen über ein Beobachtungsmaterial von 8 Fällen. Dreimal fanden sie eine Vermehrung aller Arten von weißen Blutkörperchen; zweimal waren bloß die polynukleären Leukozyten vermehrt. In den drei anderen Fällen betraf die Vermehrung nur die großen einkernigen Leukozyten („La semaine médicale", 1903, Nr. 44). Irgend ein Zusammenhang dieser Erscheinungen mit dem Fieber konnte nicht eruiert werden. Doch scheint eine Beziehung zwischen diesem Verhalten der Leukozyten und dem Eindringen der KOCHschen Bazillen in das Blut zu bestehen. J. ST.

ERNST SCHMIDT (St. Johann a. S.): **Studie über die Skoliose.**

Verf. kommt in seiner Studie über die Skoliose („Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie", 1905, Bd. 3, H. 1) zu folgenden Schlußsätzen: Auf der Höhe einer seitlichen Wirbelsäulenverkrümmung liegt der obere und untere Scheitelwirbel. Die Scheitelhöhe selbst liegt in der beide Scheitelwirbel verbindenden Intervertebralscheibe, in welche die Knickung des vorderen Längsbandes fällt. Die innige Bandverbindung beider Scheitelwirbel führt zu einer Ausgleichsbestrebung ihrer entgegengesetzten Richtungstendenz, die als Richtungsdivergenz und Höhendifferenz unterschieden werden kann. Der obere Scheitelwirbel vollführt hierbei eine Drehbewegung, die als Torsionsbewegung bezeichnet werden muß. Eine zweite Torsionsbewegung entsteht bei zunehmender Skoliosierung durch die winkelige Knickung von Wirbelkörper und Bogen. Diese Torsionsbewegung ist namentlich für den unteren Scheitelwirbel von Bedeutung. Bei beiden Torsionsbewegungen dient die konkavseitige Gelenkverbindung als Hypomochlion. Die Torsionen bedingen ihrerseits eine Stellungsänderung der einzelnen Teile der beiden Scheitelwirbel, die im Sinne des Uhrzeigers von der konvexen nach der konkaven Seite hin erfolgt. Weiterhin bedingen sie die spiralige Drehung der Körperkortikalis, die Verbreiterung der konkavseitigen Wirbelkörperhälfte sowie die nach der konkaven Seite hin offene Winkelstellung der Körper- und Bogenmittellinie und die Reklination. Die Ausgleichsbestrebung der beiden Scheitelwirbel tritt in gleicher Weise sowohl bei vertikaler als auch bei horizontal gestellter Wirbelsäule ein. Demgemäß finden sich die typischen Umformungen völlig analog bei menschlichen wie tierischen Skoliosen. Jede Skoliose ist eine funktionelle Anpassung der seitlich abgewichenen Wirbelsäule. Prädisponierende Momente kommen nur für den Grad der Skoliosierung oder als Ursachen der seitlichen Verbiegung einer Wirbelsäule, nicht aber für die Skoliose an sich in Betracht. Therapeutisch erscheint die operative Entfernung des Dornfortsatzes des oberen Scheitelwirbels von praktischer Bedeutung, da auf solche Weise die stärkste Torsionsbewegung mit ihren verunstaltenden Folgewirkungen unmöglich gemacht wird. GRÜNBAUM.

Kleine Mitteilungen.

— Die **chirurgische Behandlung des akuten Darmverschlusses** erörtert BARKER („Lancet", 17. September 1904): Der Magen wird gründlich gespült, dann wird $^1/_2$ Liter einer $5^0/_0$igen Lösung von Glukose subkutan injiziert. Der Operationssaal sei warm, der Kranke wird außerdem warm eingepackt. Am besten ist es, keine Antiseptika zu gebrauchen, sondern strenge Asepsis zu wählen. Wenn möglich, operiere man unter Lokalanästhesie; bei Kindern und nervösen Personen kann man Chloroform verwenden. Nach Eröffnung der Bauchhöhle suche man in der rechten Bauchseite nach einer leeren Darmschlinge und verfolge dieselbe bis zum Hindernis. Alle Manipulationen mache man womöglich in der Bauchhöhle. Ein Auspacken der Därme ist nach Möglichkeit zu vermeiden. Ist der stark geblähte Darm im Wege, so entleere man ihn durch einen oder mehrere kleine Einschnitte. Nur in den allerschwersten, d. h. eigentlich aussichtslosen Fällen legt Verf. einen künstlichen After an; ist der abgeklemmte oder sonst obstruierte Darm stark geschädigt, so reseziert er ihn sofort. Er vermeidet auf diese Weise einerseits die Möglichkeit der Perforation und vor allem entfernt er mit einem Schlage den in dem geschädigten Darmabschnitte liegenden fauligen Inhalt aus dem Körper. Nach ausgedehnten Resektionen tritt auffallend wenig Shock auf; die Diarrhöen sind gering. Während der Nachbehandlung gibt BARKER Wismut als Darmantiseptikum, 0·75 *g* 3mal täglich. Man beginne bald mit der Ernährung per os und lasse die Kranken möglichst bald im Bette aufsetzen.

— Das **Antipyretikum** „Maretin" hat KAUPE vielfach verwendet („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 27). Meist gab er das Maretin 3—4 Stunden vor dem zu erwartenden Beginn der Temperatursteigerungen, wechselte aber gelegentlich mit der Zeit der Darreichung, um zu prüfen, ob die Wirkung vielleicht schon nach kürzerer Zeit eintrete. Dabei war dann die Wirkung bei $^1/_2$ *g* fast stets eine sichere, bei 0·3 *g* dagegen nur eine beschränkte, während 0·2 oder 0·25 *g* kaum eine oder eine nur sehr unbedeutende Herabsetzung der Körperwärme hervorriefen. In mehreren Fällen konnte man die Wirksamkeit des neuen Mittels durch zweimalige Darreichung von je $^1/_2$ *g* erhöhen, die Verf. dann mit Zwischenpausen von mehreren etwa 4—5 Stunden gab. Die Herabminderung der Temperaturen nach Maretindarreichung war oft eine ganz enorme. Das Medikament ist fast geschmacklos und frei von schädigenden Nebenwirkungen.

— Den Wert des **Gichtmittels** Citarin hat FERTIG an sich selbst erprobt („Deutsche Praxis", 1904, Nr. 12). Er litt seit einigen Jahren an Gichtknoten der Endgelenke beider Zeige- und Mittelfinger. Die Verdickungen waren schmerzhaft, sehr hinderlich bei der Bewegung, maßen im Durchschnitt 1·8 *cm*, die Haut darüber war gespannt und glänzend. Verschiedene Badekuren, warme Handbäder etc. brachten keine Besserung und so entschloß sich Verf. zu einer Kur mit Citarin. Er nahm im ganzen 52 *g*, 4 *g* täglich, ohne besondere Diät einzuhalten. Der Erfolg war geradezu verblüffend, die Gelenke wurden täglich freier, die höckerigen Auftreibungen verschwanden beinahe vollständig und nur noch ganz flache, rötliche, hanfkornartige Gebilde sind zurückgeblieben. Irgend eine unangenehme Erscheinung wurde während der Kur nicht wahrgenommen, sondern nur die angenehme der besseren Verdauung.

— Über den **Einfluß des Seeklimas und der Seebäder auf den Stoffwechsel des Menschen** haben A. LOEWY und F. MÜLLER Untersuchungen angestellt (PFLÜGERs Archiv, Bd. 103). Verff. fanden, daß das Seeklima imstande ist, den Stoffwechsel anzuregen, so wie wir es bisher nur vom Höhenklima wissen. Bei einer Versuchsperson trat eine Steigerung von $12^0/_0$ ein, die jedoch nach einigen Tagen des Aufenthaltes schwand. Bei einer zweiten betrug die Steigerung zirka $7^0/_0$, blieb aber während der ganzen 12tägigen Versuchsdauer bestehen. Eine dritte, weibliche Person zeigte keine Steigerung des Stoffumsatzes. Bemerkenswert ist, daß von den beiden ersten Personen die eine auch eine Steigerung des Stoffwechsels im Höhenklima aufwies, die zweite nicht. Die Beeinflußbarkeit für See- und Höhenklima ist also individuell verschieden und es ist von vornherein nicht zu sagen, wessen Stoffwechsel durch das eine oder durch das andere oder durch beide angeregt wird. Auch der wirksame Klimafaktor ist noch nicht sicher. Auch die Seebäder hatten einen sie überdauernden Effekt. Bis zu mehr als einer Stunde nach dem Bade war bei allen drei Personen der Gaswechsel erhöht, um dann wieder normal zu werden.

— In einem Fall puerperaler Sepsis, der unter Auftreten eines scharlachähnlichen Exanthems zu einem fast hoffnungslosen Zustand mit 39·9° und 160 Puls geführt hatte, sowie in drei weiteren Puerperalfällen und bei einer beiderseitigen eitrigen Salpingitis hat DAWYDOFF mit der Anwendung des **Ungt. Credé** schöne Resultate erzielt („Russk. Wratsch", 1904, Nr. 49). In dem erstzitierten Falle begann er mit 4mal täglich 3 *g* Ungt. Credé und ging nach einer Woche herunter auf 6·0 pro die. Er sieht in diesem Präparat ein „mächtiges Antitoxin gegen die im Blut kreisenden Toxine" bei septischer Infektion und hält es für ein bis zu einem gewissen Grad zuverlässiges Mittel zu ihrer Bekämpfung gerade in den Fällen, wo neuerdings der Gynäkologe die Totalexstirpation des Uterus für indiziert hält. Eine günstige Wirkung sah er von Einreibungen von Ungt. Credé auch bei beginnender Mastitis, die er glaubt durch Massage und Anwendung der Salbe kupieren zu können.

— Den **antiseptischen Wert des Dymal** bespricht FIORE („Rass. San. d. Roma", II, Nr. 7). Das Dymal ist ein salizylsaures Didym mit der chemischen Formel: $Di_2(C_6H_4OH.COO)_6$ und bildet ein feines, rosaweißes Pulver ohne Geruch, das nicht zusammenballt und sich mit einem Pinsel gut aufstreuen läßt. Es ist weder giftig noch reizend, vermindert in vorzüglicher Weise die Sekretion und beseitigt den schlechten, von eitrigen und brandigen Prozessen herrührenden Geruch. In eingehenden Untersuchungen konnte Verf. konstatieren, daß dem Dymal tatsächlich eine antiseptische Wirkung zukommt, ohne daß sein Gebrauch von den Unannehmlichkeiten begleitet wäre, die man bei den in gleichen Fällen verwendeten Wundmitteln beobachtet. Wenn man dann in Betracht zieht, daß das Dymal billiger als alle anderen ähnlichen Mittel ist, so wird man demselben in der Praxis zweifellos gern den Vorzug geben. Ähnlich äußert sich auch BARBERÀ („Rev. Val. d. Scienc. Med.", 1904, Nr. 49) über Dymal.

— Aus den Erfahrungen von SIMON über **Eucain** („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 29) geht hervor: Eucain ist im Vergleich mit Kokain bei gleicher Konzentration der Lösungen als fast ungefährlich zu bezeichnen. Eine isosmotische, erwärmte Eucainlösung anästhesiert ebenso gut wie eine gleichprozentige Kokainlösung. Adrenalin verstärkt die Eucainanästhesie und ist frei von unangenehmen Nebenwirkungen bei subkutaner Injektion und in Konzentrationen von 1 : 20.000 an. Ob Eucain oder Kokain verwendet wird, ist für die Wirkung irrelevant. Wo anwendbar, ist die OBERSTsche Methode (mit $1^0/_0$igem Beta-Eucain) der einfachen Eucaininfiltration und auch dem Eucain-Adrenalin vorzuziehen.

— Behufs **Wiederausdehnung der Lunge** nach der durch Rippenresektion vorgenommenen Entleerung eines Pleuraempyems empfiehlt HOFMANN („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 47) folgendes Verfahren: Nachdem das ganze Exsudat entleert und alle Reste durch Spülen oder Austupfen entfernt sind, wird unter Vermeidung jeglicher Drainage der Thorakotomiewunde in einfacher Weise ein dicker aseptischer Verband in mehreren Schichten angelegt, damit man in den nächsten Tagen die äußersten durchtränkten Schichten abnehmen und erneuern kann, ohne daß dabei die Wunde freigelegt zu werden braucht. Unter sorgfältiger Kontrolle des Patienten bezüglich Puls und Temperatur bleibt dieser Verband mehrere Tage liegen. In den ersten Tagen nach der Operation leitet sich die Wiederentfaltung der Lunge ein. Je nach der Stärke der Sekretion wird der Verband am 3.—5. Tage entfernt und zwei eben in den Pleuraraum reichende nicht sehr starke Gummidrains werden eingelegt. Man hat es jetzt mit einer kleinen, aber völlig abgeschlossenen Abszeßhöhle zu tun, welche über kurz oder lang unter entsprechender Behandlung völlig ausheilt.

— Das **Isarol**, Ichthyodin, dem Ammonium sulfoichthyolicum der Pharmacopoea helvetica vollkommen entsprechend, ist nach HOSSLIN (Inaug.-Diss.) eine braunrote, dickflüssige Lösung von brenzlichem Geruch und in Wasser klar löslich. Das mit Schwefelsäure behandelte Produkt des Ichthyolrohöls läßt sich in eine Anzahl von Stoffen zerlegen, die sich durch physikalische Eigenschaften und

Verhalten gegen chemische Reagenzien voneinander unterscheiden. Die chemische Konstitution des Ichthyodin läßt sich ebensowenig feststellen wie diejenige des Ichthyols. Therapeutisch sind diese Stoffe unter sich und dem Gesamtgemisch alle gleichwertig. Letzteres, das Ichthyodin mixtum, ist ein dem Ichthyol ähnliches Produkt, das konstantere Zusammensetzung und größere Reinheit zeigt.

— Das **Resorptionsvermögen der intakten Haut** hat M. GUNDOROW untersucht („Arch. f. Derm. u. Syph.", Bd. 71, H. 1). Verf. verwendete zu seinen Versuchen ausschließlich Salben aus Schweinefett, Vaselin und Lanolin, denen die auf ihre Resorbierbarkeit zu prüfenden Substanzen einverleibt wurden. Es zeigte sich, daß von der intakten Haut allein die Salizylsäure und das (nur bei Hunden untersuchte) amorphe, deutsche Akonitin aufgenommen wurden, wobei es sich als ziemlich gleichgültig erwies, ob man die Salbe ordentlich in die Haut verrieb oder sie nur einfach aufstrich. Von anderen Stoffen wurden bei Hunden noch Strychnin, französisches Akonitin, Apomorphin, Curare, Lithium, beim Menschen Bromlithium und Kokain geprüft; keiner von ihnen wurde aus Salben, und zwar aus Lanolinsalben ebensowenig wie aus den anderen resorbiert, auch nicht, wenn ihnen flüchtige Flüssigkeiten (Alkohol, Äther, Chloroform) oder die resorbierbare Salizylsäure beigemischt wurden. Nur das Kokain schien bei Zusatz von Salizylsäure einige Male in geringer Menge aufgenommen zu werden. Verf. schließt aus seinen Beobachtungen, daß die Frage nach dem Resorptionsvermögen der Haut durch solche Versuche nicht im allgemeinen, sondern immer nur für den einzelnen Stoff gelöst werden könne; vermutlich kommen bei diesen Vorgängen auch nicht physikalisch-chemische Gesetze allein in Betracht, sondern daneben biologische Eigenschaften der Hornzellen, vermöge deren sie — ähnlich den resorbierenden Elementen des Darmkanals — gewisse Substanzen durchlassen, andere zurückhalten.

— Die **Protargoltherapie der Urethritis** wird in der Weise gehandhabt, daß einmal täglich vom Arzte mit 4%iger Lösung eine prolongierte Injektion von 10 Minuten Dauer appliziert wird und daß der Patient selbst noch zu Hause zweimal täglich mit einer ½%igen Protargollösung sich hintereinander je 3 Einspritzungen (à 3 Minuten Dauer) macht. Die Injektionstechnik ist natürlich von Wichtigkeit (MÖLLER, „Arch. f. Dermat. u. Syph.", 1904, Nr. 2 u. 3). Aus Tabellen des Verf. geht folgendes hervor: Unter insgesamt 262 abortiv behandelten Gonorrhöefällen wurde der beabsichtigte Zweck in 173 erreicht, die binnen einer Woche definitiv gonokokkenfrei waren. Aus einem Vergleich der beiden Abortivmethoden geht hervor, daß Protargol ein besseres Resultat gewährt (68% Geheilte) als übermangansaures Kali (56·5% Geheilte).

Literarische Anzeigen.

Praktische Anleitung zur Organisation von Fürsorgestellen für Lungenkranke und deren Familien. Für Ärzte, Kommunalbehörden, Organe der Privatwohltätigkeit und Arbeitgeber. Von **Stabsarzt Dr. Stuertz.** Mit einem Vorwort von **Prof. Dr. Friedrich Kraus.** Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

Noch bis vor kurzer Zeit erblickte man in der Errichtung möglichst zahlreicher Lungenheilstätten das wirksamste Mittel gegen die Tuberkulose; doch bald erkannte man, daß durch die Lungenheilstätten zwar dem einzelnen, kranken Individuum gute Dienste erwiesen werden, daß dadurch aber der Kampf gegen die Volksseuche wenig gefördert werde. Aus dieser Erkenntnis hat sich in den letzten Jahren — besonders nach französischem Muster — eine wohl organisierte Fürsorgetätigkeit entwickelt, die nicht nur die Heilung heilbarer Kranker anstrebt, sondern besonders darauf Wert legt, prophylaktische Maßregeln zu ergreifen, Neuinfektionen durch Beseitigung des schädlichen Einflusses unheilbarer Kranker zu verhüten und die hygienischen Verhältnisse disponierter Menschen zu bessern. Verf. hat sich in dankenswerter Weise der Mühe unterzogen, das gesamte, auf die Organisation von Fürsorgestellen für Tuberkulöse und deren Familien im In- und Auslande sich beziehende Material zusammenzustellen und es auf diese Weise den vielen Interessenten ermöglicht, sich mühelos über den gegenwärtigen Stand dieser Frage zu orientieren. A.

Masern, Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie. Bild und Behandlung. „Merkworte" für Studierende und Praktiker. Von **Dr. Otto Soltmann.** Leipzig 1904, Georg Thieme.

In gedrängtester Kürze und mit außerordentlicher Prägnanz wird Symptomatik und Therapie der Krankheiten dargestellt. Besonders der Behandlung widmet SOLTMANN eine dankenswert ausführliche Besprechung. Der Telegraphenstil der Merkworte gestattet auf 16 Seiten (inklusive 2 Tabellen) alles Wissenswerte und Nützliche unterzubringen. NEURATH.

Feuilleton.

Malthusianismus und Neomalthusianismus.

Von **Dr. Isidor Fischer,** Wien.

II.

Blicken wir nun weiter in die Zukunft, so erscheint uns die Verknüpfung, welche MALTHUS zwischen Bevölkerungsvermehrung und Subsistenzmitteln gesucht hat, wohl am verständlichsten. Hier, sagen wir uns, muß es einmal eine Grenze geben, welche die heute stets im Wachsen begriffene Bevölkerung der Erde findet. In der Tat betrachten heute die meisten Nationalökonomen die Malthus-Lehre ganz entgegen ihrer ursprünglichen Fassung als ein Problem der Zukunft, für welche Anschauungen OPPENHEIMER die treffende Bezeichnung des „prophetischen Malthusianismus" geprägt hat. Und selbst ein Sozialdemokrat wie KAUTSKY hat freilich unter dem lebhaftesten Protest seiner Parteigenossen sich von der Furcht vor der Zukunft mitreißen lassen, von der Furcht der Überbevölkerung, die er in nicht weiter Ferne kommen sieht.

Gäbe es dieser Furcht gegenüber zunächst schon den Einwand, daß die Erde heute nach 7000 Jahren kaum noch zu einem Drittel in dichterem Maße bevölkert ist, so sind die Zahlen, welche uns diesbezüglich von den Gelehrten vorgerechnet werden, auch nicht beunruhigend.

Der englische Geograph RAVENSTEIN schätzt zwar die mögliche Bevölkerung der Erde auf zirka 6000 Millionen und bei einem Zuwachs von 8% pro Dekade wäre nach ihm diese Zahl im Jahre 2072 erreicht. Aber schon nach FIRKS würde die Bevölkerung 9272 Millionen erreichen können und der Zuwachs höchstens 5% pro Dekade betragen, dadurch der Termin schon hinausgeschoben werden. Nach OPPENHEIMER aber wird die Erde unter vollster Ausnutzung aller Fortschritte, unter Hinzurechnung der heute als Steppen und Wüsten fast ertraglosen Ländereien und unter Einrechnung dessen, was die Flüsse und Seen bei wirtschaftlich-produktiver Ausnutzung und was die Ozeane an Nahrungsmitteln liefern können, stark über 200.000 Millionen Menschen zu ernähren imstande sein.

Alle diese Zahlenangaben kranken aber an zwei Fehlern: erstens, daß man sich bezüglich des Vermehrungskoeffizienten nur auf die Beobachtungen und Ergebnisse der letzten Jahrzehnte bezieht und zweitens, daß die Fortschritte der Technik geradezu unberechenbar sind.

Der erste Punkt involviert den Vorwurf, daß für eine Zukunftsberechnung ganz willkürliche Zahlen herangezogen wurden, denn einerseits könnten wir im Hinblick auf die vergangenen Jahrtausende sagen, daß die Vermehrung viel zu hoch genommen wurde, da die letzten Jahrzehnte doch nur eine vorübergehende Steigerung bedeuten könnten, andrerseits wieder dürfen wir nicht den Anspruch machen, daß statistische Angaben, welche den Verhältnissen unserer heutigen Kultur und unserer heutigen sozialen Gestaltung entspringen, auch für andere soziale Formen zutreffen müßten. Dürfen wir doch voraussetzen, daß die fortschreitende Zivilisation der Vermehrungsfähigkeit als solcher immer geringere Schranken setzt, daß die Hygiene, deren Einfluß auf die Herabsetzung der Sterbeziffer schon heute fast im Beginne ihrer Leistungen deutlich erkennbar wird, daß die zunehmende

soziale Gerechtigkeit und Fürsorge, daß die wachsende ethische Vervollkommnung alle Hemmnisse, Epidemien, Verbrechen, Kriege usw. in Wegfall bringen muß. Da wären die Zahlen dann sicherlich zu niedrig bemessen.

Die Utopisten der Bevölkerungslehre, wie ich sie nennen möchte, treten nun hier in die Fußstapfen der von ihnen so geschmähten Harmonieapostel, indem sie einen selbsttätigen Regulator andeuten, der mit der Zunahme der Zivilisation, eventuell mit einer Änderung der Ernährung in Zukunft eine Herabsetzung der Fruchtbarkeit bewirken könnte. Es geschieht dies freilich höchst behutsam. Sie verweisen auf die geringe Fruchtbarkeit der größten und hochstehenden Tiere, des Elefanten, Löwen, Kameles, ferner auf jene Tiere, bei denen die Fruchtbarkeit im domestizierten Zustand abnimmt, auf die Tatsache, daß die Angehörigen der höhern Berufe durchschnittlich weniger Kinder besäßen und dies nicht bloß Präventivmaßregeln zuzuschreiben sei, auf das häufige Aussterben alter Adelsgeschlechter usw. Man könnte eine Reihe gerade entgegengesetzter Angaben anführen, wie die vermehrte Fruchtbarkeit in der Domestikation, die bei unseren Haustieren zu beobachten ist, die wachsende Zahl der Apanagen, über die erst jüngst in unserem Parlamente geklagt wurde, die große Fruchtbarkeit der Juden, die doch gewiß dabei schon viel ausgehalten haben; begnügen wir uns aber bezüglich der zu erwartenden Fruchtbarkeit des Übermenschen mit einem Worte, welches den gegenwärtigen Stand dieser Fragen am kürzesten und präzisesten resümiert, mit dem Worte: ignoramus.

Nachdem wir uns so von der Ungültigkeit des MALTHUSschen Bevölkerungsgesetzes für die Vergangenheit und Gegenwart überzeugt haben und bezüglich der Zukunft auf ganz vage Kombinationen angewiesen sind, müssen wir dennoch von den Hindernissen sprechen, welche nach MALTHUS bisher die — sit venia verbo — wohltätige Wirkung hatten, daß die Bevölkerungszunahme ihre Grenzen nicht überschritten habe. Die fortschreitende Gesittung wird immer mehr an der Ausmerzung derselben arbeiten müssen, so wie wir bereits heute die im Altertum geübte Abtreibung der Leibesfrucht, den gesetzlich gestatteten Kindesmord, die Aussetzung der überschüssigen und kranken Neugebornen überwunden haben.

Auch MALTHUS ist ehrlich durchdrungen von dem hohen Fortschritt, den der Wegfall der zerstörenden Hindernisse, der Wegfall von Laster und Elend dem Glück der Menschen bringen würde, und darum bleibt für ihn, der die Notwendigkeit der Einschränkung aus seinem Gesetze folgern zu müssen glaubt, nur die moralische Enthaltsamkeit, da er die Verhinderung der Empfängnis ohne moralische Enthaltsamkeit ja zu den Lastern rechnet. Diese moralische Enthaltsamkeit ist zu betätigen durch späte Heiraten, wodurch 1. die Zahl der Kinder eingeschränkt, 2. die Befruchtungsfähigkeit der Frau schon als solche herabgesetzt wird, ferner durch Keuschheit bis zu diesem Zeitpunkte. Daß MALTHUS' Werk in eben diesen Vorschlag ausklingt, ist heute viel zu wenig bekannt, wo die Mehrzahl der Gebildeten den Namen MALTHUS wohl kennt, selbst von der geometrischen und arithmetischen Progression spricht, der die Lehre von MALTHUS aber dennoch nicht viel anderes zu bedeuten scheint, als was geschäftstüchtige Fabrikanten unter der Devise von Malthusartikeln und Malthusspezialitäten anzukündigen pflegen (FERDY).

Dieser Vorschlag von MALTHUS aber, seine Forderung moralischer Enthaltsamkeit ist es, welcher seinem Werk zum Unterschiede von seinen Vorgängern und Nachfolgern die Bedeutung verleiht, welche es nicht nur für die Geschichte der Volkswirtschaftslehre, sondern auch für die Geschichte der Sexualpsychologie stets besitzen wird. Und wenn ich nun in die Erörterung der diesbezüglichen Fragen eingehe, nachdem ich im Vorangegangenen schon die Unhaltbarkeit der Voraussetzungen von MALTHUS darzulegen bemüht war, so geschieht dies erstens darum, weil an diesem Punkte die Entwicklung des Neomalthusianismus einsetzt, zweitens weil wir es mit demselben — ich verweise auf die Verhältnisse Frankreichs — schon als einer unsere Volksvermehrung wesentlich beeinflussenden Tatsache zu tun haben, drittens weil die Berechtigung zur künstlichen Prävention unter gewissen Einzelbedingungen doch noch der Erwägung bedarf. An den Begriff des moral restraint, der moralischen Enthaltsamkeit, knüpfen sich ferner die großen Fragen an nach der Bedeutung des Geschlechtstriebes für unsere ganze Gesittung, für die körperliche und geistige Gesundheit der Menschen, bloß hier liegt für viele sonst wohlwollende Beurteiler der Malthus-Lehre der wunde Punkt, ihre Härte und Brutalität, da sie die Alternative zwischen Hunger und Liebe stellt.

Zwei Beispiele, welche, wenig bekannt, nach mancher Richtung hin von Interesse sind, mögen diese Wirkung der MALTHUSschen Lehre schon auf die Zeitgenossen illustrieren.

1827 erschien in Halle ein Buch: Von der Überbevölkerung in Mitteleuropa und deren Folgen auf die Staaten und ihre Zivilisation von C. A. WEINHOLD, welcher vorschlägt, „daß nur solchen Individuen ein Menschenwesen zu erzeugen erlaubt sein könne, von welchen nachzuweisen ist, daß sie es bis zu gewissen Jahren eigener Arbeitsfähigkeit zweckmäßig ernähren und erziehen können. Ich schlage demnach, sagt WEINHOLD, als eine allgemeine und dringend notwendige Maßregel eine Art von unauflöslicher Infibulation mit Verlötung und metallischer Versiegelung vor, welche nicht anders als nur gewaltsam geöffnet werden kann, ganz geeignet, den Zeugungsakt bis zum Eintritt in die Ehe zu verhindern. Sie werde vom 14. Lebensjahre an und so fort bis zum Eintritt in die Ehe bei solchen Individuen angewendet, welche erweisbar nicht soviel Vermögen besitzen, um die außerehelich erzeugten Wesen bis zur gesetzmäßigen Selbständigkeit ernähren und erziehen zu können. Sie verbleibe denen zeitlebens, welche niemals in die Lage kommen, eine Familie ernähren und erhalten zu können".

Im Jahre 1838, 4 Jahre nach dem Tode des MALTHUS, machte ein etwas modifizierter MALTHUS, „MARCUS" nannte er sich, den gemütvollen Vorschlag, die überzähligen neugebornen Kinder der Arbeiter gleich nach der Geburt durch Asphyxie mittelst Kohlenoxydgas zu ersticken. Die Chartisten veranstalteten einen Nachdruck der Arbeit des MARCUS, betitelten sie The book of murder und sagten in der Vorrede: Da habt ihr nun die Lehre des MALTHUS in ihrer scheußlichen Nacktheit; da seht, ein Eingeweihter deutet euch den geheimen Sinn (zit. nach FERDY).

Was den Vorschlag von MALTHUS zunächst gehässig zu machen geeignet war, war der Umstand, daß es nicht der gesellschaftliche Nährungszustand ist, welcher jedem Paar den Grad der moralischen Enthaltsamheit vorschreibt, sondern hierfür nur der jeweilige private Vermögensstand maßgebend ist, was zur absoluten Einschränkung für die einen, zum schrankenlosen Genuß für die andern führen müßte. Selbst die moralische Enthaltsamkeit hätte also auch nur dann einen Sinn, wenn zugleich eine gerechtere Verteilung der Eigentumsverhältnisse Platz greifen würde. Ob nicht auch in einem sozialistischen Gleichheitsstaat wenigstens die Zahl der erlaubten Kinder geregelt sein müßte, damit sich der einzelne nicht beschwere, warum er länger und härter zu arbeiten habe, wenn es dem bösen Nachbar gefalle, gleich ein Dutzend neuer Bürger in die Welt zu setzen, wurde hingegen auch schon von antisozialistischer Seite erörtert.

Der Haupteinwand aber, der MALTHUS zu machen ist, liegt in der völligen Verkennung des menschlichen Trieblebens. Vom Geschlechtstrieb sagt schon der buddhistische Spruch: Er ist schärfer als der Haken, womit man die wilden Elefanten zähmt, heißer denn lodernde Flamme; er ist wie ein Pfeil, der in den Sinn des Menschen sich hineinbohrt. Und MARTIN LUTHER sagt: Wer den Naturtrieb wehren will, was tut er anderes, denn er will wehren, daß Natur nicht Natur sei, daß Feuer nicht brenne, Wasser nicht netze, der Mensch nicht esse, noch trinke, noch schlafe.

Wären die Übel der geschlechtlichen Enthaltsamkeit — soferne sie überhaupt durchführbar ist — nicht größer als die Übel, welche sie vermeiden will? Unnatürliche Laster, Perversitäten aller Art, gewisse Schädigungen der Gesundheit müßten die Folgen sein. „Eine Gesellschaft, in der alle Männer und Frauen ihre geschlechtlichen Begierden bis zu einem Alter von mehr als 30 Jahren oder gänzlich zurückdrängen müßten, würde der Schauplatz eines so entsetzlichen Zwanges, einer solchen Abwesenheit von Männlichkeit und Natur sein, daß kaum ein einziges normales Individuum gefunden würde."

Der Neomalthusianismus will nun prinzipiell zwei Dinge auseinanderhalten, die vielleicht funktionell zusammengehörend für uns doch zwei verschiedene geworden sind: Die Befriedigung des Ge-

schlechtstriebes und die Erzeugung eines neuen Menschen. Die erstere entspricht dem normalen Bedürfnis des gesunden Menschen, die letztere sei eine verantwortliche Tat, von der FERDY sagt, daß sie auf gleiche Stufe mit der Vernichtung eines Menschen, mit dem Mord zu setzen sei. Darum los, fährt er fort, aus den Banden eines blinden Instinktes, die verantwortlichste Tat sei zugleich die freieste. Der Neomalthusianismus will so auch den Armen die Freuden der Liebe und die Wohltaten der Ehe vermitteln, ohne ihnen die unerschwinglichen Lasten derselben aufzubürden. Er will kulturelle und hygienische Zwecke verfolgen, sowohl mit Bezug auf die Mutter, welche von den vielen Gefahren der zahlreichen Geburten und Fehlgeburten befreit werde, als mit Bezug auf die Nachkommenschaft selbst, für welche dann eine vermehrte körperliche und geistige Pflege gewährleistet ist. Der Neomalthusianismus ferner, welcher nicht die Einschränkung der Kinderzahl als solche im Auge habe oder sie zu selbstsüchtigen Zwecken (Schönheitserhaltung der Frau, Zusammenhaltung des Vermögens, Genußsucht) propagiere, sondern sie nur für jene Fälle intendiere, welche die Aufziehung einer gesunden Nachkommenschaft und deren weitere Erziehungsmöglichkeit unwahrscheinlich machen, basiere nur auf altruistischen Prinzipien und speziell FERDY hat eingehend seine ethische Bedeutung zu erweisen gesucht. Die Neomalthusianisten stützen sich hierbei auf die bekannten Nachweise der Statistik, daß später und erschwerter Eheschluß das Anwachsen der unehelichen Geburten begünstige, die Prostitution fördere, zur Verbreitung der Gonorrhöe und Syphilis beitrage usw. So hat MALTHUS jetzt gerade in den Neomalthusianisten seine erbittertsten Gegner gefunden, die auf ihn alle Lauge des Spottes gegossen haben. Seine eigene Ehe sogar, die er mit 38 Jahren mit seiner 27 Jahre alten Braut schloß und aus der in 30jährigem Zusammenleben 3 Kinder entsprossen, hat FERDY als solche hingestellt, die heute geradezu als Prototyp einer neomalthusianischen Ehe zu betrachten und von der es schwer zu glauben wäre, daß gerade hier lediglich der Zufall sein Spiel getrieben habe.

Wenn ich Ihnen hier in flüchtigen Strichen die Entwicklung neomalthusianischer Ideen gezeichnet habe, darf ich nicht verschweigen, daß dem Neomalthusianismus derzeit zwei mächtige Gegner gegenüberstehen — die Kirchen der verschiedenen Bekenntnisse und der Staat. Die jüdische Religion und das auf ihr aufbauende Christentum berufen sich auf die Worte der Bibel: Seid fruchtbar und mehret euch und füllet die Erde, berufen sich auf die bekannte Erzählung von Onan, den ein geistvoller französischer Causeur den großen Nationalökonomen der Hebräer genannt hat. Thomas v. Aquino, dessen Weisheit wieder mit hellsten Strahlen leuchtet — ich erinnere nur an die Enzyklika Leo XIII. und an die jüngst erfolgte Gründung einer eigenen thomasischen Hochschule —, erklärt das Leben selbst des mit den schwersten angeborenen Gebrechen Behafteten für besser, als das Niegeborensein. Uxor viro leproso tenetur reddere debitum . . et quamvis proles generetur infirma, tamen melius est ei sic esse quam penitus non esse (zit. nach FERDY). Aber auch die andern Religionsbekenntnisse weisen ähnliche Vorschriften auf. Nach Zoroaster sind es verdienstvolle Handlungen, einen Baum zu pflanzen, ein Feld zu bebauen, Kinder zu zeugen.

Menu, der indische Gesetzgeber, sagt: In wessen Haus eine Tochter die Menses bekommt, ohne verheiratet zu sein, dessen Väter sinken zur Hölle, befänden sie sich auch ihrer Vorzüge halber im Himmel. Und Indien ist das Land der Hungersnöte, der Kinderehe, welche die schwersten Körperverletzungen mit sich bringt, das Land des Kindesmordes und des künstlichen Abortus. Ich könnte diese Beispiele noch reichlich vermehren. Daß die Religionen, bei deren Entstehung und Entwicklung innere und äußere Politik, Recht und Sittlichkeit ineinander flossen, deren Stifter zugleich die Führer waren, zur Erstarkung der Macht ihrer Gläubigen und Volksgenossen dieses Bevölkerungsprinzip vertraten, darf man ihnen gewiß nicht übel nehmen. Ist dies ja auch im alten Testament an vielen Stellen mehr minder deutlich ausgesprochen! Einen eigentümlichen Gegensatz hierzu bildet nur die Verherrlichung der Askese, sowohl im Katholizismus, wie in der indischen Religion. Daß die Abschaffung des Zölibates der Geistlichen durch die Reformation ihren Grund in der Anschauung von der Unsittlichkeit desselben hatte, ist eine bekannte Tatsache.

Die Anschauungen der weltlichen Häupter über Bevölkerungstheorien charakterisiere ich wohl am kürzesten durch die Anführung der Worte Friedrichs des Großen in einem Briefe an Voltaire: Je regarde les hommes comme une horde des cerfs dans le parc d'un grandseigneur et qui n'ont d'autre fonction que de peupler et remplir l'enclos, eben jenes Friedrich, der über das Schlachtfeld von Roßbach reitend das Wort des großen Condé variiert: Eine Nacht in Berlin ersetzt das alles. Wie der Staat aber auch gegenteilige Ansichten zu unterdrücken versucht, lesen wir an vielen Stellen der Geschichte des Neomalthusianismus. Kirchman, Vizepräsident des Appellationsgerichtes zu Ratibor, wird 1866 seines Amtes entsetzt und aller Pensionsansprüche für verlustig erklärt, weil er in einem Berliner Arbeiterverein auf Übervölkerungssymptome hinweist und die neomalthusianische Richtung als Gegenmittel empfiehlt. CHARLES BRADLAUGH und ANNIE BESANT, welche ein neomalthusianisches Werk von KNOWLTON übersetzt hatten, werden 1877 vor der höchsten Instanz, dem High Court of Justice Queen's Bench Division, zu 6 Monaten Gefängnis und 200 £ verurteilt; außerdem sollte jeder von beiden mit einem Schuldschein über 500 und einer baren Kaution von 200 £ dem Gerichte für ferneres Wohlverhalten während zweier Jahre haften. 1887 wird Dr. ALBUTT — ich folge den historischen Daten FERDYs — wegen eines ähnlichen Werkes von dem General-Medizinal-Kollegium Englands aus der Liste der Ärzte gestrichen. Im Jahre 1891 wird im dänischen Odelsthings in einer Art Lex Heinze die Anleitung zur Anwendung von Präventivmitteln mit einem Strafparagraph bedacht. FERDYs eigene Erlebnisse mit deutschen Tribunalen, die 42 Anklagen, welche Spohr — der Verleger einer Reihe deutscher neomalthusianischer Schriften — in den Jahren 1892—1896 über sich ergehen lassen mußte, sind weitere drastische Illustrationen. Schließlich entzieht sich 1902 IDA CRADDOCK, die Verfasserin des Buches „Right marital living", durch Selbstmord der drohenden Verurteilung durch die New-Yorker Richter.

Nichtsdestoweniger weisen die Neomalthusianer auf ihre Erfolge hin. Von Frankreich, dessen diesbezügliche Verhältnisse allbekannt sind, abgesehen, wird die Herabsetzung der Geburtenfrequenz der Mitglieder der Hearts of oak-Hilfskasse in England (1902 über $^1/_4$ Million Mitglieder) von 350 auf 285, die Herabsetzung der speziellen ehelichen Geburtenfrequenz in Preußens Stadtgemeinden von 295 auf 250 (1880—1900), der Berliner sogar von 307 auf 172 schon als Resultat der neomalthusianischen Propaganda bezeichnet.

Die Einwände, welche — von den religiösen Vorschriften abgesehen — gegen die künstliche Behinderung der Empfängnis erhoben wurden, sollen nun gewürdigt werden. Man hat ihr zunächst den Vorwurf gemacht, daß sie die Unsittlichkeit befördere, die Würde der Frau verletze. Sind die Prostitution und die mannigfachen Perversitäten, die große Zahl unehelicher Geburten — die Resultate der erschwerten oder hinausgeschobenen Heiraten — nicht bei weitem unsittlicher? wenden die Neomalthusianer ein. Gibt es etwas, was nicht nur die Frauenwürde, sondern die Menschenwürde überhaupt mehr in den Kot zu zerren geeignet sei, als die Prostitution. Und was das Verlangen der Keuschheit betrifft, lassen sie mich das Wort SPENCERs anführen, der alles, was weit über das Maß des Notwendigen oder Möglichen hinausgeht, für nicht sittlich hält. Die künstliche Verhinderung der Empfängnis sei des weiteren unnatürlich. Unnatürlich ist so vieles in unserer heutigen Tracht, Ernährung, in unseren Genüssen (z. B. das Rauchen und Trinken). Unnatürlich wäre es, sagte einer der Richter im Prozeß gegen Collins, den Verleger der ANNIE BESANT, den Massen die Notwendigkeit später Heirat zu predigen und eines zölibatären Lebens während des Frühlings der Leidenschaft. Den Schrei der Menschennatur, der in der Stimme ihres mächtigsten Instinktes ertönt, zu unterdrücken versuchen, das heißt wahrlich gegen die Natur gerade angehen wollen. Die künstliche Behinderung der Empfängnis entziehe, sagt auch schon MALTHUS, dem Fleiß den notwendigen Sporn, befördere die Trägheit und Faulheit der Menschen. Ein Blick auf das neomalthusianische Frankreich zeigt uns aber keineswegs eine geringere Beteiligung desselben auf allen Gebieten menschlichen Könnens und Wissens; auf der andern Seite sehen wir sehr häufig, wie der Vater einer großen Proletarierfamilie ins Wirtshaus zu wandern und dem Trunk sich zu ergeben anfängt, nur um das häusliche Kleinkinderelend los zu werden. Nicht

selten zieht eben dieser die halbwüchsigen Kinder so rasch wie möglich zur Fabriksarbeit heran, läßt sich dann von ihnen nicht nur im Haushalt mithelfen, sondern bald ganz erhalten, anstatt durch die Sorge für sie zu vermehrtem Fleiß angespornt zu werden. Bezüglich des Vorwurfs der Gesundheitsschädigung ist zu bemerken, daß viele Methoden der heutigen vorsichtigen ehelichen Befriedigung gewiß größere Nachteile, als die heute empfohlenen neomalthusianischen Mittel bedeuten. Ich stehe aber nicht an, abgesehen von der mangelnden absoluten Sicherheit, auch sie nicht als vollkommen unschädlich zu bezeichnen. Aber die fortwährende Inbetriebsetzung der Gebärmaschine mit allen Gefahren, die der Frau während der Schwangerschaft, während der Geburt und während des Wochenbettes drohen und mit all den konsekutiven Veränderungen, die daraus dem weiblichen Organismus erwachsen und für die es keine restitutio ad integrum gibt, ist gewiß nicht minder schädlich.

Ich finde, daß ich mich fast unbewußt zu einer Apologetik des Neomalthusianismus verleiten ließ und der Leser wird mich für einen sonderbaren Neomalthusianer ansehen, der zwar die Grundlage des Neomalthusianismus — das Bevölkerungsgesetz von MALTHUS — leugnet, die künstliche Prävention aber zu verteidigen sucht. Ich glaube jedoch, daß dies nur ein scheinbarer Widerspruch ist. Ich fürchte in der Tat keine Überbevölkerung, wie sie uns MALTHUS als Naturgesetz hingestellt hat und der Neomalthusianismus als Schreckgespenst der Zukunft ausmalt, ich leugne in der Tat, daß das MALTHUSsche Zweigespann, Laster und Elend, dem Nahrungsmangel seinen Ursprung verdankt; nichtsdestoweniger betrachte ich eine zu bestimmten Zwecke dienende künstliche Einschränkung unserer natürlichen Vermehrungsfähigkeit unter den gegebenen kulturellen und sozialen Verhältnissen für notwendig. Dieser Zweck ist die Fürsorge für die nachfolgende Generation, aber nicht im Sinne einer materiellen Sicherstellung derselben — wer kann für eine solche überhaupt einstehen —, sondern im Sinne der Schaffung einer gesunden, körperlich und geistig gesunden Deszendenz. Wenn das zwanzigste Jahrhundert das Jahrhundert des Kindes werden soll, dann genügt es nicht, sich liebevoll mit dem bereits geborenen Kinde zu befassen; schon für das werdende Leben vorzusorgen, wird dann unsere heilige Pflicht sein. Eine solche Prävention wird nicht das Gespenst einer Entvölkerung heraufzubeschwören brauchen, der Wegfall der großen Kindersterblichkeit, die Verlängerung unserer individuellen Lebensdauer durch eine immer mehr sinkende Sterbeziffer, würden schon — abgesehen von der Elimination der anderen Wachstumshemmnisse bei fortschreitender Kultur — die Wirkung der notwendigen Einschränkung paralysieren oder gar überkompensieren. Würde sich ja auch bei einer Zuwachsrate von nur 0·5% die heutige Bevölkerung der Erde in 1000 Jahren schon verhundertfachen. So glaube ich sicher, daß schon die ärztlichen Indikationen für die Verhütung der Schwangerschaft eine bedeutende Erweiterung erfahren werden, wenn unsere Kenntnisse über Vererbung, Entstehung von Mißbildungen, Idiotie usw. tiefere Erkenntnis finden werden. Schon heute treten wir gegen die Verheiratung tuberkulöser und syphilitischer Personen auf. Diese Indikationen werden weiter hinausgesteckt werden müssen oder wir werden — vielleicht in humanerer Weise, als wenn wir die betreffenden Personen der Wohltaten der Ehe berauben — wenigstens bei einer Reihe von Anomalien der Eltern die Empfängnis verhüten müssen. Hierher gehören die hereditär mit Geisteskrankheiten belasteten Personen, die schwer nervösen Individuen, Alkoholiker usw., bei denen wir eine kranke Deszendenz befürchten müssen. So fand man z. B. bei den Kindern von Taubstummen Blindheit 14mal, Idiotie 43mal häufiger, wie bei Kindern anderer Eltern, und schon GRAHAM BELL, der das Anwachsen der Taubstummen in den Vereinigten Staaten von 1870—1880 von 10.000 auf 34.000 feststellt, schreibt dies den philanthropischen Bestrebungen zu, welche sich nicht damit begnügen, die Taubstummen zu erziehen und erwerbsfähig zu machen, sondern auch die Heiraten unter ihnen fördern, was eine spezielle Aufgabe der Lady patrons sein soll. Aufklärung, Verbreitung von Kenntnissen werden hier Wandel schaffen müssen.

Inwieweit soziale Indikationen auch das ärztliche Handeln beeinflussen können und dürfen, ist heute wohl noch eine strittige Frage. Jedenfalls könnte eine Rücksichtnahme auf solche soziale Verhältnisse im Sinne einer Verhütung der Empfängnis viele kriminelle Fruchtabtreibungen mit tödlichen Ausgängen verhüten. Auf der andern Seite wird uns eine bescheidenere Lebensführung, eine Einschränkung unserer egoistischen Antriebe, ein liebevolleres Versenken in das Familienleben in den Stand setzen, unsere individuelle Kinderzahl zu vergrößern, uns so in den Stand setzen, wie ZOLA es in dem hohen Lied der Fruchtbarkeit, seiner „Fécondité" gezeigt hat, immer weitere Gebiete der Kultur und Zivilisation zu erobern. So würden wir durch Qualität ersetzen, was an Quantität abgehen sollte. Daß die notwendige Einschränkung sich aber sowohl in physischer, wie psychischer Beziehung unschädlich gestalten muß, diese heute vielleicht noch nicht völlig gelöste Aufgabe angeregt zu haben, wird stets das Verdienst der modernen malthusianischen Bewegung sein. Der Staat wird es aber durch eine vernünftige Gesetzgebung immer in der Hand haben, den Gefahren, welche ängstliche Gemüter von der neomalthusianischen Bewegung fürchten, entgegenzuarbeiten, freilich nicht durch Heiratsprämien und Junggesellensteuer, Gesetze, die zu jeder Zeit ihre Wirkung versagt haben, sondern durch Schaffung entsprechender Existenzbedingungen; denn die Wahrheit hat die Geschichte jederzeit gelehrt, daß dort, wo die Möglichkeit einer behaglichen Existenz zweier Menschen gegeben ist, stets auch eine Ehe geschlossen wird, oder wie BUFFON sagt, à coté d'un pain il naît un homme.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen
der
76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der deutschen med. Fachpresse".)

XVIII.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

POLANO (Würzburg): Der Antitoxinübergang von der Mutter auf das Kind, ein Beitrag zur Physiologie der Plazenta.

Die Frage, ob Antitoxine von der Mutter auf das Kind intrauterin übertragen werden, ist praktisch (Immunisierung der Frucht durch die Mutter) und theoretisch wichtig. Die v. BEHRINGsche Schule verneint auf Grund von Tierexperimenten und theoretischen Überlegungen den Antitoxinübergang von der Mutter auf das Kind unter normalen Verhältnissen. Vortragender berichtet über die Ergebnisse experimenteller Versuche, die er im Laufe des letzten Jahres an Schwangeren angestellt hat. Nach Besprechung der einschlägigen Vorstellungen und der angewandten Technik teilt er als Gesamtresultat seiner Untersuchungen mit: „Beim Menschen findet im Gegensatz zu der bisherigen Annahme regelmäßig sowohl bei aktiver wie auch bei passiver Immunisierung der Antitoxinübertritt von der Mutter auf das Kind durch die Plazenta statt. Diese Tatsache beweist, daß bei der Beurteilung der physiologischen Funktion der lebenden Plazentarzellen (Synzytium) eine rein mechanisch-physikalische Betrachtungsweise völlig unzulänglich erscheint. Dem Synzytium müssen wir notgedrungen einen äußerst komplizierten Chemismus zusprechen, wie seine bereits festgestellten sekretorischen (histolytischen) und auch selektiven Fähigkeiten (Antitoxine) beweisen. Letztere Funktion ist bei den verschiedenen Zellen des fötalen Zellstaates völlig verschieden. Alles dieses beweist, daß die lebende Zelle sich nicht an die einfachen physikalischen Gesetze bindet, daß vielmehr die verschiedene chemische Zusammensetzung des Protoplasmas der verschiedenen Körperzellen das Ausschlaggebende darstellt.

SCHENK: Vergleichende Untersuchungen des Blutes.

Über das Vorkommen und Häufigkeit von Isoagglutination des Blutserums sowie über die Ursachen dieses interessanten Phänomens sind die Ansichten der einzelnen Autoren noch geteilt. ASCOLI nahm an, daß die Isoagglutination des Blutserums von kranken Individuen auf Resorptionsvorgänge zurückzuführen ist, nachdem es ihm gelungen war, durch subkutane Injektion von artgleichem Blut bei einem Teile seiner Versuchstiere Isoagglutinine im Serum hervorzurufen. Von anderen Autoren hingegen wird dem Blutzerfall im klinischen Sinne jede Bedeutung für das Entstehen von Isoagglutininen abgesprochen. Durch die Untersuchungen von HALBAN u. a. und von ASCOLI selbst ist es erwiesen, daß Isoagglutinine bei normalen gesunden Individuen in jedem



Lebensalter anzutreffen sind. In einer früheren Arbeit hat SCHENK die Ansicht geäußert, daß die Isoagglutination des Serums bei normalen Fällen selten anzutreffen ist und daß in den meisten positiven Fällen infektiöse und konstitutionelle Erkrankungen aus früherer Zeit vorliegen müssen. Die Isoagglutinine bei Neugebornen sind von HALBAN als angeboren aufgefaßt worden, bei gesunden älteren Kindern und Erwachsenen müssen sie ebenfalls als angeboren betrachtet werden, solange keine andere Ursache für ihr Auftreten gefunden werden kann. Daß aber Resorptionsvorgänge, und zwar die Resorption von Gewebselementen bei der Involution des Uterus im Wochenbett, trotzdem eine Rolle spielen, konnte SCHENK durch nachfolgende Befunde beweisen. Es wurde systematisch in der Weise vorgegangen, daß die Isoagglutination bei einer Anzahl von Fällen im Beginne des Wochenbettes und dann am 10.—12. Tage geprüft wurde. Sodann wurde als Testobjekt ausschließlich das Blut von Graviden verwendet. Es ergab sich, daß die Resorption von Gewebselementen im Wochenbette eine deutliche Zunahme der Isoagglutinine bewirkte, besonders bei Fällen, deren Sera schon vorher stärker waren. Die Resorption scheint nach 3 Wochen beendet zu sein, da nach dieser Zeit in bezug auf die Isoagglutinine der Status quo ante wieder hergestellt ist. Es konnte in Übereinstimmung mit LANDSTEINER und RICHTER festgestellt werden, daß ähnliche Schwankungen des Isoagglutiningehaltes außerhalb des Wochenbettes nicht vorkommen.

RICHARD FREUND (Halle): **Weitere Beiträge zur Biologie der Schwangerschaft.**

FREUND hat die LIEPMANNschen Versuche nachgeprüft: Gewinnung von spezifischem Serum durch intraabdominale Injektion von menschlicher Plazenta bei Kaninchen. Die LIEPMANNschen Befunde wurden bestätigt, gleichzeitig aber auch auf die Schwierigkeit, spezifisches Serum zu erhalten, hingewiesen. Ferner konnte FREUND ebenso wie KAWASOYE durch das Antiplazentarserum präzipitable Substanzen im Urin Gravider in den allermeisten Fällen nachweisen. Die in seltenen Fällen auch im Urin Nichtschwangerer auftretende minimale Trübung ist durch die niemals absolute Spezifität des Serums (Mitinjektion von Stroma, etwas Blut etc.) zu erklären. In 2 Fällen von Eklampsie fand FREUND das mütterliche Serum bedeutend stärker präzipitabel als dasjenige von normalen Kreißenden, dagegen trat in dem vor der Entbindung entnommenen Urin in beiden Eklampsiefällen die Reaktion durch das Antiplazentarserum nur als zarter Schleier auf, um in den nun folgenden Wochenbettstagen in rapid steigender Intensität zutage zu treten. Bei einer Schwangerschaftsnephritis aber zeigte sich das Blutserum und besonders der Harn sehr stark präzipitabel. FREUND resümiert: Es bilden sich unter dem Einfluß der wachsenden, lebenden Eiperipherie normalerweise im Blut schwangerer Frauen, besonders hochgradig bei Eklamptischen, spezifische Eiweißstoffe, die nachweislich in den Urin übergehen. Die genaueren Details über ihre Entstehung sind noch nicht bekannt.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 16. Februar 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

W. KNÖPFELMACHER demonstriert ein Kind mit diphtheritischer Lähmung. Dasselbe bekam 5 Tage nach dem Ausbruch der Diphtherie eine Lähmung des Gaumensegels und des Hypoglossus, dann Konvulsionen und schließlich eine rechtsseitige Hemiplegie. Merkwürdig ist die auf Neuritis und wahrscheinlich auf Enzephalitis zurückzuführende Kombination der zerebralen und peripheren Lähmungen, von welchen die letztere eine erheblichere Besserung zeigt als die erstere. Die rechtsseitigen Extremitäten sind ataktisch.

Ferner demonstriert derselbe zwei Kinder mit einer Rezidive des kongenitalen Myxödems. Bei beiden Kindern wurde letzteres mit Thyreoideatabletten zum Verschwinden gebracht. Als diese Therapie ausgesetzt wurde, stellten sich nach einigen Wochen wieder die Symptome des Myxödems ein, bei einem Kinde sind sie wiederholt nach dem Aussetzen der Medikation rezidiviert. In einigen anderen Fällen kam es unter der Thyreoideatherapie zum Hyperthyreoidismus (Pulsbeschleunigung bis 120, Unruhe, Schlaflosigkeit, Erbrechen). Die Fälle von Myxödem müssen also fortwährend mit Thyreoidea behandelt werden, wobei 3 Tabletten wöchentlich genügen dürften.

K. HOCHSINGER stellt ein 20monatliches Kind mit Spasmus nutans vor, welcher unter Phosphor-Lebertran im Rückgang begriffen ist. Das Kind zeigt noch die charakteristischen wackelnden Kopfbewegungen und Nystagmus; früher hat das Kind auch an Rachitis und Laryngospasmus gelitten. Bemerkenswert ist die nachweisbare Nervenübererregbarkeit (Fazialisphänomen).

J. Zappert hat bei keinem der von ihm untersuchten Kinder mit Spasmus nutans das Fazialisphänomen gesehen, bei mehreren bestand auch keine Rachitis. Die RAUDNITZsche Theorie, nach welcher Spasmus nutans bei Kindern entstehen soll, die in einem dunklen Zimmer nach dem aus einem einzigen Fenster kommenden Lichte schielen, trifft nicht für alle Fälle zu.

Th. Escherich hat ebenfalls bisher keinen Fall von Spasmus nutans mit tetanischen Symptomen gesehen.

K. HOCHSINGER demonstriert weiter drei Kinder mit hereditärer Syphilis, welche die von ihm in einem früheren Vortrage für hereditäre Syphilis als charakteristisch hervorgehobenem Merkmale besitzen, großen Kopf, dabei im Gegensatze zu Rachitis harte Kopfknochen, konkaven Nasenrücken, Hervorstehen der Tubera frontalia; einige derselben zeigen auch eine Einsenkung zwischen den Scheitelbeinhöckern (Caput natiforme). Alle Kinder hatten früher Rachitis.

P. MOSER demonstriert anatomische und bakteriologische Präparate von Meningitis cerebrospinalis acuta. Dieselben stammen von einem zehnmonatlichen Kinde, bei welchem kurz nach Beginn einer Pneumonie Pemphigus, Herpes labialis, Differenz der Pupillen und schließlich Nackenstarre sich einstellten. Die Temperatur betrug nur 37·4—37·8°. Die Lumbalpunktion ergab milchig getrübten, unter geringem Drucke stehenden Liquor. In demselben fanden sich polynukleäre Leukozyten und zahlreiche Bazillen, welche zarter als Kolibazillen und länger als Influenzabazillen waren. Die Züchtung, bei welcher sich in eiweißhaltigen Nährböden ein spinnwebenartiges Wachstum zeigte, ergab ihre anaerobe Natur. Die Obduktion ergab fibrinös-eitrige Konvexitätsmeningitis.

Neumann hat in mehreren Fällen von eitriger Meningitis nach Labyrintheiterung im Exsudate anaerobe Bakterien im Exsudate feststellen können.

TH. ESCHERICH stellt ein Kind mit Lupus disseminatus vor. Dasselbe bekam nach Masern am ganzen Körper einen Ausschlag, welcher aus derben, blauroten, in der Haut gelegenen Knötchen besteht, die an Umfang zunehmen und schließlich eine Borke von verruköser Form tragen. Manche Knötchen bilden sich ganz zurück.

R. POPPER: Über Kolostrum.

Das Kolostrum enthält Leukozyten, freie Kerne und Kolostrumkörperchen. Letztere haben eine verschiedene Form, sind 9—40 μ groß, enthalten Fetttröpfchen und besitzen einen charakteristischen, bläschenförmigen, rundlichen Kern mit 1—2 Kernkörperchen. CZERNY führt ihre Entstehung auf eingewanderte Leukozyten zurück, welche Fett aufgenommen haben. Diese Erklärung trifft nach den Untersuchungen des Vortr. nicht für alle Fälle zu, weil die Leukozyten durch Fettaufnahme zwar den Kolostrumkörperchen ähnlich werden, aber niemals die charakteristische Kernform zeigen. Diese letztere findet sich dagegen bei den Epithelien der Gänge und Acini der Mamma, und diese Epithelien nehmen bei fettiger Degeneration (z. B. bei Autolyse) die Form der Kolostrumkörperchen an. Die Entstehung der letzteren möchte daher Vortr. auf die Epithelzellen der Brustdrüse zurückführen, welche Fett aufnehmen und in das Drüsenlumen abgestoßen werden, wobei die Milchstauung vielleicht eine Rolle spielt. Auf dieselbe Art entsteht auch die Hexenmilch bei Neugebornen. Die Brustdrüse entsteht aus einer soliden Zellenlage, in welcher sich durch fettige Degeneration eines Teiles der Zellen Lumina bilden; diese Zellen erscheinen in dem ausgedrückten Sekret als Kolostrumkörperchen.

E. Friedjung hat bei seinen Untersuchungen über Milchkatalyse Bilder gesehen, die den vom Vortr. beim Kolostrum beschriebenen ähnlich sehen. Gegen die Theorie, daß durch Milchstauung Kolostrumbildung hervorgerufen wird, spricht der Umstand, daß solche Zellen auch manchmal während des Saugens, z. B. zur Zeit der Menses, in der Milch auftreten.

J. Hofbauer bemerkt, daß ausgewanderte weiße Blutkörperchen doch wesentliche morphologische Elemente des Kolostrums bilden dürften.

Th. Escherich weist darauf hin, daß man vielleicht zwei Arten von Kolostrumkörperchen annehmen könnte, aus Leukozyten und aus Mammaepithelien entstandene. Nur müßte man sich vorher einigen, was man als das charakteristische Merkmal der Kolostrumkörperchen ansehen will, ob den Fettgehalt oder die Kernform.

Notizen.

Wien, 25. Februar 1905.

(WILHELM WINTERNITZ.) Am 1. März vollendet Hofrat Prof. WINTERNITZ sein 70. Lebensjahr. In voller körperlicher und geistiger Frische blickt der Begründer der wissenschaftlichen Hydrotherapie auf ein arbeitsreiches und arbeitsfreudiges Leben zurück, und voll innerer Befriedigung mag er an diesem Tage der Früchte dieser Arbeit, der Erfolge seines Strebens, vor allem aber der Schule gedenken, die er geschaffen und in welcher er sich verjüngt.

Der Name WINTERNITZ bedeutet ein wissenschaftliches Glaubensbekenntnis. Zu einer Zeit, in welcher die Beschäftigung mit physikalischer Therapie zu den Todsünden zählte, wo der Arzt, der es unternahm, der Volksmedizin Aufmerksamkeit zu schenken, des Anathemas seiner Kollegen sicher sein konnte, wandte WINTERNITZ seinen Scharfsinn, seinen Fleiß und seine Beharrlichkeit dem Studium der thermischen und mechanischen Wirkungen des Wassers auf den menschlichen Organismus zu; er hatte sich die Aufgabe gestellt, „das in der Hydrotherapie herrschende Chaos der Ansichten von Ärzten und Laien zu klären“ und hat diese seine Lebensaufgabe treulich gelöst. Sein weiteres großes Verdienst ist es, die Methodik der Wasserbehandlung auf physiologischer Grundlage aufgebaut und der Technik des Verfahrens neue, gangbare Wege gewiesen zu haben. All dies konnte nur einem Manne gelingen, der naturwissenschaftliche Befähigung mit klinischer Erfahrung vereinte, der am Krankenbette wie am Versuchstische, im Wassersaal wie im Laboratorium genau zu beobachten, logisch zu schließen und die so gewonnenen Erfahrungen im Dienste der Wissenschaft zu verwerten verstand. Mit den Kollegen, Freunden und Schülern des rüstigen Jubilars blickt auch die große Zahl seiner Patienten am Geburtstage WINTERNITZ' zu dem Manne auf, der Forschung, Lehre und ärztliche Tätigkeit harmonisch vereint und dessen Lebensabend glücklich und beglückend sich gestalten möge — ad multos annos.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prof. SCHIFF eine experimentell an sich selbst hervorgerufene Radiumverbrennung; dieselbe ist nach sechsstündiger Einwirkung einer auf die Haut gelegten Radiumkapsel entstanden. Doz. HOLZKNECHT bemerkte hierzu, daß derartige Versuche schon vor längerer Zeit von zwei Autoren unternommen worden sind. — Hofrat v. EISELSBERG führte eine Kranke mit Angiom des Schädeldaches vor, die er vor einigen Wochen in der Gesellschaft demonstriert hat; die Pat., deren Angiom, wie Vortr. angenommen, tatsächlich den Knochen perforiert hatte, ist inzwischen erfolgreich operiert worden. Sodann demonstrierte v. EISELSBERG einen Mann, dem durch ein Trauma der rechte Mittelfinger vernichtet worden ist; Vortr. hat den Defekt durch Transplantation der rechten, zweiten Zehe ersetzt; die Sensibilität des angeheilten Gliedes ist bereits zum größten Teile wiedergekehrt. — Dr. LORENZ stellte ein in kurzem Intervalle zweimal laparotomiertes Mädchen vor; die Indikation zur ersten Laparotomie hatte ein Volvulus des Colon transversum gebildet; die Operation mußte wiederholt werden, als infolge von Adhäsionen derselben Darmstelle neuerlich Stenosensymptome eingetreten waren. — Dr. STEGMANN zeigte den kosmetischen Effekt von subkutanen Vaselininjektionen an mehreren Kranken mit Hemiatrophia faciei. — Prof. ESCHERICH demonstrierte ein Kind mit Lichen strophulus, einer Affektion, welche aus kleinen, derben, über den ganzen Körper verstreuten Knötchen besteht, die auf ihrer Kuppe ein gelbliches Bläschen tragen; die Bläschen belästigen die kleinen Patienten durch heftigen Juckreiz. — Schließlich hielt Dr. KÜRT den angekündigten Vortrag: „Die Grenzbestimmungen des Herzens und seiner Abschnitte mittelst indirekter Palpation des Impulses.“ Vortr. konstruiert die Grenzen des Herzens in dem Bereiche, in welchem dasselbe mit der Brustwand in Berührung ist, durch Palpation des Impulses; er benutzt dazu ein stethoskopähnliches Stäbchen, welches den Herzimpuls vergrößert auf die palpierende Hand überträgt. KÜRT demonstrierte sein Verfahren an zwei Patienten. Er glaubt, nach dieser Methode Schlüsse auf die Beschaffenheit des Herzens, der Herzkraft, der Herztöne sowie auf Veränderungen der einzelnen Herzteile ziehen zu können.

(Universitätsnachrichten.) Eine Bronzebüste des Chirurgen FRANZ KÖNIG ist in der neuerbauten chirurgischen Klinik der Charité in Berlin aufgestellt worden. — Die Universität Halle a. d. S. hat den durch seine entwicklungsgeschichtlichen Arbeiten bekannten Forstmeister ROEHRIG in Frankfurt a. M. zum Ehrendoktor ernannt. — Der Milliardär Vanderbilt hat dem Pariser Professor GAUTIER aus Dankbarkeit den Betrag von einer Million Francs zur Errichtung eines Institutes für Lichttherapie zur Verfügung gestellt. — Mit dem Neubau des Hygienischen Institutes der Wiener Universität soll binnen kurzem begonnen werden; die Pläne haben bereits die endgültige behördliche Genehmigung erhalten. — Der Dozent PAUL KUZMIK in Budapest hat den Titel eines a. o. Professors erhalten.

(Personalien.) Hofrat Prof. Dr. LEOPOLD OSER ist zum Vorsitzendenstellvertreter des n.-ö. Landes-Sanitätsrates gewählt worden. — Der praktische Arzt in Karlsbad Dr. ADOLF RITTER hat das Ehren-Ritterkreuz des oldenburgischen Haus- und Verdienstordens, der Oberbezirksarzt Dr. KARL WERNER in Sniatyn das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. EDUARD HOFFMANN ist in den Ruhestand versetzt und bei diesem Anlasse durch Ernennung zum Oberstabsarzte I. Kl. ad honores sowie durch Bekanntgabe des Ausdruckes der Allerhöchsten Zufriedenheit ausgezeichnet, St.-A. Dr. MORITZ SZABO zum Garnisonsspitale Nr. 20 in Kaschau transferiert worden.

(Ein Erfolg ärztlicher Organisation.) Aus Berlin schreibt man uns: Ein Erlaß des Handelsministeriums beschäftigt sich mit der Stellungnahme der Aufsichtsbehörden bei Streitigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen und verpflichtet die letzteren, ihren Mitgliedern in erster Linie eine ausreichende ärztliche Fürsorge angedeihen zu lassen. Ist die Erfüllung dieser Verpflichtung nur dadurch zu erreichen, daß die Ansprüche der Ärzte erfüllt werden, so muß die Aufsichtsbehörde diesen Forderungen selbst auf die Gefahr hin nachgeben, daß eine Erhöhung der Beiträge notwendig wird. — So ist denn das Zusammenhalten der deutschen Ärzteschaft doch nicht ohne Erfolg gewesen.

(Obduktionen an Leichen von Unfallversicherten.) Die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Mähren und Schlesien hatte sich an die Statthalterei in Brünn mit dem Ansuchen gewendet, die Ärzte und Totenbeschauer anzuweisen, beim Tode von Unfallversicherten und insbesondere im Bezuge einer Unfallsrente gestandenen Personen, wenn bezüglich der Todesursache Zweifel obwalten und Rentenansprüche Hinterbliebener in Frage kommen, die Vornahme einer Obduktion als zulässig zu erklären. Das Ministerium des Innern hat den diesbezüglichen Antrag der genannten Statthalterei im zustimmenden Sinne erledigt. — Einer ähnlichen Anregung der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt in Graz ist schon im Jahre 1897 vom Ministerium des Inneren Folge gegeben worden.

(Heiteres aus der Praxis.) Das „Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte“ meldet folgende ergötzliche Beantwortung einer aufdringlichen Reklame durch einen Kollegen: Derselbe hatte eine Postsendung mit 150 Zigarren, welche nicht bestellt waren, samt Rechnung von 15 Mark erhalten. Der Absender schrieb hinzu: Sie haben zwar keine Zigarren bestellt, ich erlaube mir dennoch, Ihnen solche zu senden in der Überzeugung, daß ihnen dieselben vorzüglich schmecken werden. Der Arzt versuchte die Ware, fand in der Tat die Zigarren vorzüglich, verrauchte sie zu Ende und schickte hernach dem Händler fünf Rezepte zu je 3 Mark mit folgender Bemerkung: Sie haben zwar keine Konsultation von mir verlangt, ich erlaube mir dennoch, Ihnen beiliegende Verordnungen zu senden, in der Überzeugung, daß Sie damit sehr zufrieden sein werden. Wollen Sie gleichzeitig den Betrag zum Ausgleichen Ihrer Rechnung verwenden.

(Statistik.) Vom 12. bis inklusive 19. Februar 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8350 Personen behandelt. Hiervon wurden 1672 entlassen, 209 sind gestorben (11·1% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 72, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 91, Scharlach 33, Masern 195, Keuchhusten 22, Rotlauf 36, Wochenbettfieber 8, Röteln 9, Mumps 24, Influenza 23, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 751 Personen gestorben (— 69 gegen die Vorwoche).

---

wird von Säuren nicht angegriffen. Vor Marmor hat es den großen Vorzug, nicht zu flecken.

Besonders empfehlenswert für Ärzte und Zahnärzte ist der nach Angaben des Herrn Doz. Dr. Wilh. Vayna in Budapest hergestellte, allen Anforderungen entsprechende hygienische Waschapparat, dessen praktische Ausstattung die bequemste Reinigung ermöglicht und außerdem eine geschmackvolle Zierde jedes Operationszimmers bildet.

Dieser Apparat wird voraussichtlich bald allgemeine Verwendung finden.

Die Pasteurisierung des Bieres. Der Umstand, daß gut ausgegorenes extrakthaltiges Bier in der Krankenpflege, insbesondere in der Rekonvaleszenz, gerne verordnet wird, hat es mit sich gebracht, daß seitens der betreffenden Interessenten schon nahezu jede Biersorte als „ärztlich empfohlen" angepriesen wird. Von eminenter Wichtigkeit ist es jedoch, daß jenes Bier, welches als Nähr- oder Kräftigungsmittel in Anwendung kommt, pasteurisiert ist. Der Pasteurisierungsprozeß bewirkt die Befreiung des Bieres von eventuell vorhandenen Gärungspilzen, wodurch es zuträglich und gleichzeitig haltbar wird. Wir wollen nicht unterlassen, anzufügen, daß das seitens der hiesigen Vertretung der Spatenbrauerei in München zur Abgabe gelangende Bier in Flaschen ausnahmslos pasteurisiert ist, ein Umstand, der dieses nahrhaltige feine Produkt zur Verordnung ganz besonders empfiehlt.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Kirstein, Leitfaden für Desinfektion. 2. Aufl. Berlin 1905, Julius Springer. — M. 1·40.

v. Poehl, Fürst, v. Tarchanoff und **Wachs**, Rationelle Organotherapie. St. Petersburg 1905.

v. Leyden u. **Klemperer**, Die Deutsche Klinik. Lief. 143—147. Wien und Berlin 1905. Urban & Schwarzenberg.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 27. Februar 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Assistent Dr. M. Weinberger: Die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der Röntgentechnik und Röntgendiagnostik innerer Krankheiten.

Klub der Wiener Kinderärzte.

Versammlung: Dienstag, den 28. Februar 1905, 7 Uhr abends, im pädiatrischen Hörsaale der Allgemeinen Poliklinik, IX., Mariannengasse 10, Parterre links.

1. Vorstellungen von Kranken. — 2. Dr. Wechsler: Vorläufige Mitteilung über Ernährungsversuche mit Phytin und Protylin. — 3. Dr. Menzel: Demonstration eines Falles von chronischer fibrinöser Bronchitis. — 4. Derselbe: Demonstration einer neuen qualitativen und quantitativen Eiweißprobe für den Harn.

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege

und Zentralverband der Balneologen Österreichs.

Vortrags- und Diskussionsabend: Mittwoch, den 1. März 1905, präzise 6 Uhr abends im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, IX., Frankgasse 8.

Vortragsordnung: Prof. Dr. Ferdinand Hueppe: Besprechung der bei der gemeinsamen Verpflegung Tuberkulöser sich ergebenden Gefahren der Infektionsübertragung und der Mittel zur Bekämpfung derselben vom hygienisch-wissenschaftlichen Standpunkte.

Zur Diskussion gemeldet: 1. Landtagsabgeordneter A. v. Lindheim: Wirkt der Aufenthalt Tuberkulöser auf dem flachen Lande, in Kurorten u. dgl. auf die Umgebung (Ortsbewohner, Wartepersonen etc.) verseuchend? — 2. Universitäts-Dozent Direktor Dr. E. Sorgo (Alland): Die Mindestmaßnahmen zur Tuberkulose-Prophylaxe in Lungenheilstätten. — 3. Primararzt Professor Dr. M. Sternberg: Die Mindestmaßnahmen zur Tuberkulose-Prophylaxis in Spitälern und Sanatorien. — 4. Universitäts-Dozent Dr. K. Ullmann: Besteht in Lupusheilstätten, dermatologischen und chirurgischen Kliniken eine Gefahr für Tuberkulose-Infektion? — 5. Dr. Max Hauschka v. Treuenfels, Kurarzt in Gleichenberg: Die Mindestmaßnahmen der Tuberkulose-Prophylaxis in offenen Kurorten.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 2. März 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik Escherich.

I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. Krenberger). — II. Dr. R. Neurath: Beitrag zur Anatomie der Poliomyelitis anterior acuta.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Aktien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation** in **Berlin SO. 36** über **„Quecksilber-Resorbin"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

Gartenbesitzer und Blumenfreunde wird es interessieren, daß ein neues Katalog-Gartenbuch von M. Petersheim's Blumengärtnereien in Erfurt erschienen ist. Es wird eingeleitet mit den Worten: „Auch das Beste, was wir bilden, „bleibt ein ewiger Versuch."

Das Katalog-Gartenbuch wird — man wende sich direkt an die Gärtnereien Petersheim — kostenlos versandt.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 5. März 1905. Nr. 10.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der internen Abteilung (Primarius Dr. Mager) der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn.

Ein Beitrag zur Kasuistik des pulsierenden Exophthalmus.

Von **Dr. Ferd. L. Plenk**, Externarzt der internen Abteilung.

Wenn auch Sattler bis zum Jahre 1880 aus einem Zeitraume von 70 Jahren schon 106 Fälle von pulsierendem Exophthalmus zusammenstellen konnte und seither stets noch über vereinzelte Fälle Bericht erstattet wurde, so scheint doch die relative Seltenheit der Erkrankung vorkommenden Falles eine Beschreibung zu rechfertigen. So erlaube ich mir denn in folgendem einen Beitrag zur Kasuistik des pulsierenden Exophthalmus zu bringen, einen Fall betreffend, welcher im Juli 1904 in der mährischen Landeskrankenanstalt in Brünn zur Beobachtung kam.

Der 32 Jahre alte Knecht F. F. aus Adamsthal, der früher stets gesund gewesen war, wurde im August 1903 beim Aufladen von Holz auf einen Wagen von einem herabfallenden 16 *m* langen, zirka 30 *cm* breiten Baumstamme an der linken Kopfseite getroffen. Er stürzte zusammen und blutete angeblich aus Mund, Augen, Nase und Ohren. Durch vier Wochen lag er dann gänzlich bewußtlos in häuslicher Pflege. Als er wieder das Bewußtsein erlangte, war er angeblich beiderseits blind und taub. Allmählich erst begann er auf dem rechten Auge zu sehen und rechts wieder zu hören, links jedoch blieb das Gehör vollkommen verloren und war die Sehkraft bedeutend herabgesetzt. Zeitweise bestand Doppeltsehen, und gleich damals verspürte er im Auge und in der linken Schläfe ein Brausen und Sausen „wie von einer Dampfmaschine". Er gibt weiters an, daß das Auge und das obere Lid vorgedrängt waren, daß sie einen mehr als hühnereigroßen Tumor bildeten. Die Geschwulst soll seither um weniges, aber fortwährend kleiner geworden sein, ohne daß sich hierbei das Sausen im Kopfe verändert hätte; dagegen sei die Sehschärfe am linken Auge beinahe verloren gegangen. Beim Bücken oder auch nur geringer Anstrengung nehme die Geschwulst am linken Auge an Größe zu, das Kopfgeräusch werde bedeutend stärker und es trete heftiger Schwindel auf, so daß Patient sich wie betrunken vorkomme.

Status praesens: F. F., mittelgroß, kräftiger Knochenbau, mäßig entwickelte Muskulatur, geringer Panniculus adiposus. Schädel von normaler Größe, dolichokephal, ohne äußerlich auffallende Difformität, ohne Depressionen oder Narben, nur in der Kiefergelenksgegend links etwas druckschmerzhaft. Patient kann nur auf der rechten Seite kauen, links bereitet es ihm angeblich in der Gelenksgegend große Schmerzen. Der Kopf wird nach rechts geneigt getragen und erklärt Patient auf Befragen, daß ihn die „Adern" schmerzen, wenn er den Kopf nach lings neige. Das linke Auge ist stark nach vorn und etwas nach unten und außen gedrängt; der Bulbus nach innen rotiert. Das Auge überragt um $^1/_2$ *cm* die Verbindungslinie zwischen dem oberen und unteren Orbitalrand. Die Hornhaut ist glatt, glänzend, vollkommen durchsichtig. In der Conjunctiva sclerae sind einzelne stark erweiterte Venen zu sehen, die vom äußern Augenwinkel gegen den Rand der Kornea ziehen. Die Beweglichkeit des Bulbus nach oben innen etwas eingeschränkt; nach außen gänzlich aufgehoben, sonst frei. Das untere Lid normal, der Lidrand in gleicher Höhe wie der der andern Seite. Das obere Lid etwas ptotisch, so daß die Lidspalte etwa $^1/_4$ kleiner erscheint als am rechten Auge. Der ober dem Tarsus gelegene Lidteil wird von einem zirka bohnengroßen, weichen, kompressiblen, pulsierenden Tumor vorgedrängt, der innen unter dem Augenbrauenbogen hinaufreicht, desgleichen ist nasal und lateral über dem Jochbogen je ein

2

erweitertes venöses Gefäß sicht- und tastbar. Der Lidschluß ist vollkommen frei, leicht und schmerzlos ausführbar (Fig. 1 u. 2). Der Bulbus selbst sowie der Tumor ober dem Lid zeigen beide eine deutlich sichtbare und fühlbare arterielle Pulsation, synchron mit dem Pulse der Arteria carotis.

Beide Vorwölbungen lassen sich leicht und für den Patienten schmerzlos in die Orbita zurückdrücken, um, sobald der äußere

Fig. 1.



Druck aufhört, wieder ihre frühere Lage und Form einzunehmen. Komprimiert man aber die Carotis communis sinistra (Fig. 3), so sinkt das Auge annähernd in seine normale Lage zurück, die Haut des oberen Lides wird leicht gefaltet, die injizierten Gefäße blassen ab, die Venen fallen ein, der Tumor unter dem oberen Lid und die Pulsation verschwinden. Sobald aber der Druck aufhört, kehrt der frühere Zustand, im ersten Moment sogar in erhöhtem Maße, zurück.

Setzt man das Stethoskop auf den Augapfel auf, so hört man ein deutliches, kontinuierliches, sausendes Geräusch, welches synchron mit dem Arterienpulse der Karotis eine Verstärkung erfährt. Dasselbe Geräusch etwas kürzer und höher hört man auch bei Auskul-

Fig. 2.



tation an der Schläfe und dem linken Scheitelbein. Rechts am Kopfe ist dasselbe nicht wahrnehmbar, ebenso nicht am Hinterkopfe. Diese Geräusche werden von dem Patienten auch subjektiv wahrgenommen und erfahren durch Bücken oder Beugen und Pressen eine Verstärkung. Wird die Carotis communis sinistra komprimiert, so hören auch die Geräusche auf, so daß sie weder vom Patienten empfunden, noch aber vom Untersucher gehört werden können.

Die ophthalmoskopische Untersuchung (Primarius Dr. PLENK) ergibt am 16. Juli folgenden Befund:

Links: Medien rein. Venen stark geschlängelt, etwas verbreitert, an den Arterien keine Pulsation sichtbar. Papillengrenze verwaschen, besonders nach innen.

Sehvermögen: Rechts normal, $^5/_5$; links: Fingerzählen auf 2 *m* Entfernung.

Rechts: Keine periphere Gesichtsfeldeinengung. Keine Störung des Farbensinnes.

Der Hals ist lang und schmal. Die Schilddrüse ist nicht vergrößert. Der Bruskorb schmal, wenig gewölbt, Lungen innerhalb normaler Grenzen; normale Perkussions- und Auskultationsverhältnisse. Herz innerhalb normaler Grenzen. Herztöne rein. Herztätigkeit etwas beschleunigt. Die Arterien selbst normal. Das Abdomen und die Bauchorgane intakt. Harn und Stuhlfunktion ohne pathologischen Befund.

Nervenbefund: Geruch und Geschmack sind vollkommen erhalten. Zunge wird gerade vorgestreckt; das Gaumensegel beiderseits gut und gleichmäßig gehoben. Der Musculus masseter beiderseits gut innerviert.

Ohrenbefund rechts vollkommen normal, links fehlt jede Gehörsempfindung. Der Spiegelbefund ergibt rechts ein etwas eingezogenes, blasses Trommelfell. Links ist das Trommelfell in seinem

Fig. 3.



Bei Kompression der Carotis sinistra.

oberen und vorderen Anteil von einer diaphragmaartigen, von oben hinunter reichenden, etwas nach vorn ausgebauchten Vorwölbung verdeckt. Dieselbe ist von rosaroter Farbe und fühlt sich mit der Sonde hart an. Lokalisiert ist diese Geschwulst etwa $^1/_2$ *cm* vor dem Trommelfell. Letzteres selbst erscheint, soweit es sichtbar ist, als eine blaugraue, trübe, glanzlose Membran, in deren vorderem unteren Anteil eine linsengroße, runde, hellgraue Narbe sich befindet, die zum Teil hinter der oben erwähnten Vorwölbung verschwindet.

Die Sensibilität, was Schmerz und Temperaturempfindung anbelangt, ist rechts vollständig normal, zeigt jedoch an der linken Kopfhälfte, der linken Hals- und Nackenseite, an der linken Brust bis zur Mammilla reichend und am Rücken bis 2 Querfinger unter dem Angulus scapulae sowie an der ganzen linken Extremität eine bedeutende Herabsetzung gegenüber der rechten Seite bezüglich aller dieser Qualitäten.

Die Kornealreflexe beiderseits bedeutend herabgesetzt. Patellarreflex lebhaft gesteigert.

Sehr deutlich tritt am Körper Dermatographismus auf.

Die Intelligenz des Patienten ist herabgesetzt; Sprache langsam zögernd; Gedächtnis geschwächt; allgemeine Depression.

Am 27. August ist folgender Befund zu erheben:

Während sich im allgemeinen Befinden nichts geändert hat, hat die Sehkraft am linken Auge noch weiterhin abgenommen, so daß nur mehr auf $^1/_4$ *m* Finger gezählt werden können.

Therapeutisch wurde in der Zwischenzeit die Digitalkompression der Carotis communis sinistra angewendet.

Die Protrusion des linken Auges ist etwas geringer.

Der Patient verweigert jede weitere Behandlung und weist den Vorschlag eines operativen Eingriffes von sich.

16. September: Patient zeigt am linken Auge nur mehr Lichtempfindung, sonstiger Befund unverändert.

9. Oktober: Der Exophthalmus ist wiederum bedeutend zurückgegangen, ohne daß seit der Entlassung aus dem Krankenhause ein therapeutischer Eingriff vorgenommen wurde. Der Augenspiegelbefund ergibt keinerlei Änderung. Patient hat nur Lichtempfindung. Im Charakter und Intensität der Geräusche im Kopfe hat sich nichts geändert.

Die in der vorliegenden Krankengeschichte beschriebenen wesentlichen Krankheitserscheinungen sind:

1. Der Exophthalmus;

2. das Vorhandensein eigentümlicher, über der Orbita und über dem linken seitlichen Schädelabschnitt hörbarer Geräusche, und

3. die am Augapfel wahrnehmbare Pulsation, eine Trias, wie sie von SATTLER für den Symptomenkomplex des pulsierenden Exophthalmus aufgestellt wurde.

Nach den anamnestischen Daten unserer Krankengeschichte aber sowie dem am Ohr zu erhebenden Befunde müssen wir den pulsierenden Exophthalmus als einen durch traumatischen Einfluß entstandenen ansehen und wäre das Bild, das wir uns von dem Vorgang bei der Verletzung, die der Patient erlitten hatte, machen müssen, das folgende:

Das Trauma, welches an sich als ein sehr schweres zu bezeichnen ist, wirkte auf das seitliche Schädeldach linkerseits, hatte einen Querbruch zur Folge, der sich als Fraktur par irradiation auf dem kürzesten Wege zur Basis fortsetzte. Es scheint aber nicht nur, wie es in einigen derartigen Beobachtungen der Fall ist, zu einer Berstung in querer Richtung gegen die Spitze des Felsenbeines gekommen zu sein, sondern die Bruchlinie muß auch sagittal nach rückwärts, knapp in den Winkel zwischen Segmen tympani und Squama erfolgt sein, mithin, was ziemlich selten ist, eine zweite Bruchlinie knapp an der Basis der Pyramide beinahe senkrecht auf die frühere Bruchlinie sich gebildet haben.

Für die Basisfraktur sprechen die bei der Verletzung erfolgten Blutungen sowie die lange dauernde Bewußtlosigkeit; für die erste Bruchlinie der später zu erörternde Augenbefund; für die zweite das Bild, das der Ohrenspiegel zeigt. Denn das in den äußern Gehörgang herunterreichende Diaphragma stellt wohl nichts anderes dar als eine im Anschluß an den Bruch gebildete Exostose. Dazu kommt noch die Schmerzhaftigkeit im Kiefergelenk, welche wohl auch auf eine Knochenwucherung im Bereich der Fossa articularis zurückzuführen sein dürfte. Die oben angegebene Trias ist aber, wie vielfache Sektionsbefunde analoger Fälle erweisen, als Folgezustand eines Aneurysma arteriovenosum sive Varyx aneurysmaticus innerhalb des Schädels bedingt, ein Aneurysma, welches dadurch entstanden ist, daß durch einen beim Bruch losgelösten Knochensplitter die Carotis interna im Sinus cavernosum verletzt wurde und so eine Kommunikation zwischen arterieller und venöser Blutbahn nunmehr stattfindet. Das arterielle Blut strömt in den Sinus cavernosus; die das Blut zum Sinus führenden Venen sind dem größeren Blutquantum, die Wandungen dem erheblich gesteigerten Drucke nicht mehr gewachsen, es kommt zur Dilatation im Sinus, in der Vena ophthalmica, frontalis, in den Venen des Auges; der Bulbus und das obere Lid werden vorgedrängt.

Das in den Sinus einströmende Blut erzeugt auch abnorme Wirbelbewegungen, die sich rückläufig den erweiterten Venen in der Orbita mitteilen und so Veranlassung zu dem subjektiv und objektiv wahrnehmbaren Geräusch geben. Durch Druckdifferenz zwischen arteriellem und venösem Blut teilt sich aber bei der nunmehr statthabenden Kommunikation die arterielle Pulswelle durch den Sinus den Venen und dem Bulbus selbst mit, woraus das dritte Symptom, die sicht- und fühlbare Pulsation am Bulbus, entsteht.

Verhindert man durch Kompression der Carotis interna am Halse das Einströmen des arteriellen Blutes in das venöse System, so hört das Kopfgeräusch und die Pulsation auf und es geht die Protrusion des Bulbus zurück.

Ebenfalls auf die veränderten Zirkulationsverhältnisse im Schädelinnern läßt sich auch die Veränderung, die der Augenspielbefund gibt, zurückführen. Die Möglichkeit, daß beim Trauma bereits eine Schädigung respektive Verletzung des Nervus opticus stattgehabt hat, muß wohl fallen gelassen werden, da ja in diesem Falle bereits schon früher eine Atrophia nervi optici hätte eintreten müssen. Aber die bei unserem Patienten vorhandene Lähmung des Nervus abducens, die zu den selteneren Befunden bei Basisfrakturen gehört, dürfte wohl direkt mit der Verletzung im Zusammenhang stehen. KÖHLER fand unter 48 Fällen 22mal Fazialislähmung und nur 2mal Abduzensparesen. PATTLE bei 68 Basisfrakturen 2mal Zerreißung der Nervi olfactorii, sehr selten Okulomotoriuslähmungen, 14mal isolierte Taubheit, 8mal Blindheit durch Bluterguß in die Optikusscheide und nur 5mal Abduzensparesen. Auch in dem 1898 von WEISS beschriebenen Fall von pulsierendem Exophthalmus ist eine Abduzenslähmung angegeben.

Für unsern Kranken müssen wir annehmen, daß der Nervus facialis und trochlearis und wahrscheinlich auch der Nervus acusticus beim Trauma selbst nicht verletzt wurden. Die vorhandene Taubheit findet ja ihre genügende Erklärung durch die erfolgte bedeutende Labyrintherschütterung.

Aus der Schmerzhaftigkeit des Kiefers beim Kauen und den Sensibilitätstörungen des 1., 2. und 3. Trigeminusastes könnte man versucht sein, auf eine Läsion des Ganglion Gasseri zu schließen. Dagegen sprechen aber einerseits, daß der Musculus masseter und der Tensor veli palatini gut innerviert werden, daß die Sensibilität der Zunge intakt ist, andrerseits aber, daß die Sensibilitätsstörung sich nicht nur auf das Gebiet des Trigeminus erstreckt, sondern auch, wie aus dem Nervenstatus ersichtlich ist, die Hauptäste der Zervikal- sowie der ersten, zweiten, dritten und vierten Dorsalwurzeln betreffen. Wenn wir noch dazu die große Gemütsdepression, die Herabsetzung des Gedächtnisses in Betracht ziehen und den Befund, daß neben einer Herabsetzung der Korneal- und Rachenreflexe eine Steigerung sämtlicher anderer Reflexe vorhanden ist, so werden wir kaum fehlgehen, wenn wir diese Erscheinungen als Symptome einer Unfallsneurose bezeichnen, wir mithin neben durch den Unfall bedingten anatomischen Schädigungen noch funktionelle Läsionen des Nervensystems vor uns haben.

Die durch das Trauma veränderte Psyche und die herabgesetzte Intelligenz des Patienten mag wohl mit die Schuld daran sein, daß der Kranke sich keiner operativen Therapie, der Unterbindung der Karotis, unterziehen will, doch scheint es mir auch, daß nicht unwesentlich die Angst, im Falle einer Besserung die Unfallsrente zu verlieren, dabei mitspielt.

Nicht unerwähnt wollen wir aber lassen, daß wir auch an eine Injektion von Gelatine in unserem Falle dachten, ein Verfahren, von der auch in gewissem Sinne ein Erfolg zu erwarten wäre. Doch auch diese Art der Therapie wurde vom Patienten abgelehnt.

Immerhin erscheint es aber, da ja in der Zusammenstellung von SATTLER auch Fälle vorkommen, in denen eine spontane Rückbildung aller Erscheinungen eintrat, möglich, daß in unserem Falle eine Selbstheilung sich einstellt, zumal ja bei unserem Patienten eine Abnahme des Exophthalmus und der Stauungserscheinungen zu beobachten war. Wir müssen uns eine Spontanheilung wohl in dem Sinne vor-

2*

stellen, daß im Aneurysma Gerinnungsvorgänge sich bilden und durch Entstehung von kollateralen Bahnen eine normale Zirkulation eintritt.

Da der Patient in Beobachtung bleibt, werden wir vielleicht in der Lage sein, über den endgültigen Ausgang zu berichten.

Pseudoparametritis actinomycosa.

(Eine Aktinomykose des Peritoneums.)

Von **Dr. Julius Zwintz**, Wien.

Für das im folgenden zu beschreibende Krankheitsbild glaubte ich die oben angeführte Bezeichnung wählen zu sollen, doch sei gleich bemerkt, daß ich trotzdem nicht einen unbedingt genitalen Ursprung der Affektion annehme, zumal hierfür auch kein strikter Beweis zu erbringen war. Es möge der Titel dadurch seine Berechtigung erhalten, daß die parametrane Erkrankung wenigstens im Beginne der Krankheit im Vordergrund stand. Es soll auch später gezeigt werden, daß in dem relativ langen Anfangsstadium der Erkrankung die Diagnose auf Parametritis chronica gestellt wurde, wobei jedoch schon Inkongruenzen mit dem normalen Bilde der Parametritis auffielen, aber keine so ausgeprägten, daß man an eine spezifische aktinomykotische Infektion hätte denken können.

Ende des Jahres 1902 kam eine Frau M. S. in meine Behandlung mit ungefähr folgenden, sehr allgemeinen Beschwerden: Sie klagte über allgemeine Mattigkeit und Schwäche, Unlust zum Essen, Schmerzen in der rechten Seite in der Gegend des Rippenbogens; seit einigen Wochen soll sie abmagern. Die Anamnese ergab, daß die Frau mit Ausnahme einiger Kinderkrankheiten stets gesund war. Infektions- und fieberhafte Erkrankungen will sie — soweit sie sich erinnern konnte — nicht gehabt haben. Die Menses sind im 14. Lebensjahre eingetreten und waren regelmäßig in normaler Stärke und schöner Färbung. Im Oktober 1901 suchte sie die gynäkologische Abteilung des k. k. Franz Josef-Ambulatoriums (Dr. LATZKO) auf, und zwar bekam sie heftige Gebärmutterblutungen und Kreuzschmerzen, die sie eben veranlaßten, einen Arzt zu konsultieren. Der Verlauf dieser Krankheit und der damals erhobene Befund soll später besprochen werden.

Zur Zeit, da die Frau in meine Behandlung trat, waren keine Menorrhagien mehr, sondern normale Menstruen vorhanden, auch klagte sie nicht über Schmerzen im Bauche und Kreuze. Die jetzt vorgenommene somatische Untersuchung ergab eine stark abgemagerte Frau von 41 Jahren, eher klein von Statur, mit grazilem Knochenbau, schlaffer Muskulatur und geringem Panniculus adiposus. Respirations- und Zirkulationsorgane annähernd normal; an Puls und Atmung waren keine pathologischen Veränderungen nachweisbar, was bemerkenswert erscheint mit Rücksicht auf das später sich entwickelnde schwere Krankheitsbild. Das Abdomen zeigt normale Konfiguration und gibt überall tympanitischen Schall.

Der rechte Rippenbogen ist ziemlich druckempfindlich, doch ließ sich keinerlei Veränderung tasten. Es ist dies die Stelle, an der sich später ein Tumor entwickelte, der also sozusagen unter meinen Augen entstand und wuchs. Bei der Palpation des Abdomens sind bei tiefem Drucke längs der Wirbelsäule zahlreiche härtere Knollen (Pakete?) verschiedener Größe, von ungefähr der Größe einer Erbse bis zu der einer enthülsten Walnuß tastbar. Besonders deutlich sind sie links von der Wirbelsäule, entsprechend dem Verlaufe der großen Bauchgefäße zu fühlen. Diese Knollen sind kaum verschieblich und nicht eindrückbar; mit Rücksicht darauf und ihre Anordnung wurden dieselben als vergrößerte Lymphdrüsen gedeutet. Milz und Leber nicht vergrößert gefunden.

In den nächsten Wochen wurden medikamentös vorwiegend Tonika, appetitanregende Mittel und Arsen angewendet, wozu ich bemerken möchte, daß das letztere in Form der FOWLERschen Lösung auffallend günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden hervorrief, was übrigens unter anderem auch im Falle III Ammentorp aus den von HERZ erwähnten Fällen (siehe später) betont wird. Jodkali wurde nur einmal versucht und mußte wegen Abneigung der Kranken gegen dasselbe ausgesetzt werden.

Im Verlaufe dieser Zeit entstand nun an jener Stelle, über welche die Kranke von Anfang an, als sie in meine Behandlung trat, klagte, zusehends ein Tumor, der keinen akut entzündlichen Charakter trug und ohne heftige Reizerscheinungen außer geringen Schmerzen zunahm, bis derselbe das gleich zu schildernde Aussehen annahm. Während des Wachstums des Tumors wurden Überschläge mit essigsaurer Tonerde, längere Zeit hindurch fortgesetzte energische Jodpinselungen (unter anderem auch mit Jodvasogen), ferner Ichthyol, auch warme Kompressen angewendet und hatte ich dabei den Eindruck, daß der Tumor durch keines der angewendeten Mittel in irgend einer Weise beeinflußt worden wäre. Der Tumor war indes kleinfaustgroß geworden und saß fast gleichmäßig rund ungefähr zu beiden Seiten der Mammillarlinie dem rechten Rippenbogen auf; die Haut über ihm war gerötet, er war kaum, d. h. die Basis gar nicht beweglich und wies eine bedeutende Fluktuation auf. Ich war geneigt, den Tumor für einen Tumor frigidus anzusprechen, um so mehr als Dr. LATZKO den Verdacht ausgesprochen hatte, daß der parametrane Prozeß eine Tuberkulose sein könnte und ganz gut daran zu denken war, daß der gleiche Vorgang sich in einem anderen Organe abspielen könnte. Ich schlug nunmehr der Frau eine Punktion vor, der ich Jodoformglyzerininjektionen folgen lassen wollte. Die am 13. Januar 1903 vorgenommene Punktion mit einem zirka federstieldicken Troikart ergab nun einen sofort auffälligen Befund: es floß in raschem Zuge eine von hellbraun ins dunkelbraun spielende, im ganzen schokoladefarbene Flüssigkeit aus; mit ihr wurden zeitweise zusammengeballte, koagulumähnliche Massen herausgeschwemmt; die Flüssigkeit hatte einen aashaften Geruch; mit bloßem Auge waren noch kleine gelbe Körnchen in großer Menge zu sehen, die den Verdacht sofort auf Aktinomykose lenkten. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Vermutung: es waren die charakteristischen Drusen sowohl im natürlichen Zustande als nach GRAMscher Färbung deutlich zu erkennen. Ich versuchte auch, den Eiter in sterilen Eprouvetten aufzufangen, doch war das Anlegen einer Reinkultur wegen Überwucherns anderer Keime, und zwar hauptsächlich von Spalt- und Schimmelpilzen, nicht möglich. Nachdem der aktinomykotische Charakter festgestellt war, lag die Frage nahe, ob nicht ein Zusammenhang mit der angeblichen Parametritis bestehe.

Ich will nun die Krankengeschichte der Parametritis hierher setzen, wie ich sie der gynäkologischen Abteilung des Doz. Dr. LATZKO entnommen habe und für deren freundliche Überlassung ich Doz. Dr. LATZKO meinen besten Dank ausspreche.

Eine erste Untersuchung rührt noch vom Anfange 1901 her, aus welcher hervorgeht, daß damals keine Symptome einer Parametritis bestanden: 28. Januar 1901. Vaginalwand prolabiert, Prolaps der hinteren Vaginalwand, lazerierte Portio, steigt beim Pressen in die Vulva hinab, Uterus retroflektiert, vergrößert, leicht aufrichtbar, das hintere Scheidengewölbe von einer großen Menge nebeneinander stehender Plaques eingenommen. Blutungen aus dem Genitale.

Diagnose: Prolapsus vaginae; Retroflexio uteri; Dekubitus.

Nun entsteht eine lange Pause von fast einem Jahre, in welchem Zeitraume das für das folgende wichtige Krankheitsbild sich entwickelt haben mußte.

Eine Untersuchung vom 20. Dezember 1901 berichtet darüber wie folgt:

Patientin klagt über Schmerzen linkerseits, Uterus retroponiert, leicht aufrichtbar. In der rechten Seite zahlreiche Adhäsionen; über dem linken Scheidengewölbe eine starke Masse, die zur linken Beckenwand zieht, daselbst immobil aufsitzt. Besonders innig ist der Zusammenhang in der Gegend der Incisura ischiadica; die Resistenz selbst stellt einen ungefähr dreifingerbreiten, von oben nach unten etwas abgeflachten Strang dar, der hauptsächlich das Dreieck zwischen Ligamentum cardiale und sacro-uterinum ausfüllt. An der Hinterseite des Infiltrats ist eine mäßig bewegliche Drüse differenzierbar. Scheidengewölbe nach hinten zu etwas fixiert.

Diagnose: Exsudat. parametriticum (complicatum).

24. Januar 1902. Das beschriebene Exsudat ist vollkommen beweglich, überall von dem Becken abtastbar, zeigt gegen die Medianlinie zu eine wenig fluktuierende Stelle — schmerzlos —, auch bei der Untersuchung keine Schmerzen.

Ferner heißt es (das Datum nicht ersichtlich): Der linksseitige Tumor unverändert, Douglas ausgefüllt von einer festen Masse, die nach rückwärts bis zur Beckenwand reicht und daselbst unverschieblich aufsitzt; genaue Begrenzung nicht möglich; Tumor nach abwärts konkav. Die Untersuchung per rectum zeigt: Rektum nach rechts verdreht, die Darmschleimhaut fixiert, ödematös; der Tumor umgreift den Mastdarm auch nach rechts, jedoch nur mit einem kleinen Fortsatz; nach links reicht er bis an die Beckenwand.

20. Februar. Linkes Infiltrat wesentlich verschmälert, reicht nicht mehr bis zur Beckenwand; rechter rückwärtiger Tumor kleinfaustgroß von derber Konsistenz und unebener Oberfläche; unklares Bild.

17. April. Der Tumor vom Corpus uteri deutlich differenzierbar; Portio nach hinten fixiert; die hintere Lippe geht über in ein Exsudat, das kindskopfgroß das kleine Becken ausfüllt, außen handbreit über die Symphyse ragt.

16. Mai. Innerhalb der letzten 14 Tage zirka fünf neue, starke Koliken, wobei die Patientin das Gefühl hatte, daß sich im Unterleib — besonders auf der linken Seite — Knoten bildeten, welche bei warmen Umschlägen nachließen; bei Abgang von Winden trat auch stets Besserung auf.

Der objektive Befund ergab: Uterus vollkommen frei beweglich, anteponiert, an die Symphyse gepreßt; rechts innen ein zwei Querfinger breiter, knorpelharter, durch eine Furche getrennter Tumor; derselbe ist links oben ein daumendicker Strang. Per rectum: Der Finger stößt ziemlich weit oben auf eine für den Finger eben passierbare Stenose; das Rektum nach rechts verdrängt, von Exsudatmassen umgeben; die Schleimhaut ödematös fixiert; der oben beschriebene Strang verläuft mit dem Rektum parallel bajonettförmig, dürfte nicht die Flexura sein.

4. September (?). Hintere Scheidengewölbe stark verkürzt; Uterus anteflektiert, retroponiert. Rechts vom Uterushorn abgehend die daumendicke, ziemlich weiche Tube, links ein kleinapfelgroßer harter Tumor.

Dieser letzte angedeutete Befund stimmte mit dem von mir erhobenen überein, als ich die Patientin in meine Behandlung übernahm. Wir erfahren aus dieser Krankengeschichte, daß es sich um einen Krankheitsprozeß handelte, der sich vorwiegend auf der linken Seite abspielte, wofür auch die später vorgenommene Obduktion den Beweis erbrachte, daß er anfangs unter Reizerscheinungen auftrat, daß er mit Parametritis ähnlichen Symptomen einherging, wobei die relative Schmerzlosigkeit, ferner die Bildung „massiger Adhäsionen“ und die derbe, sogar „knorpelharte“ Konsistenz im späteren Stadium auffielen; der Prozeß hat auch um den Uterus herum nach rechts übergegriffen; ferner scheint er zu einer relativen Ausheilung gelangt zu sein, indem zuletzt links im Parametrium ein harter, etwas beweglicher Tumor zurückblieb, der offenbar wegen seiner Derbheit die Entscheidung der Fluktuation nicht mehr zuließ. Es ergab sich schon aus diesen wechselnden Befunden die Unmöglichkeit einer sicheren Diagnosestellung resp. die Angliederung des Krankheitsprozesses an bekannte Krankheitsbilder.

Der weitere Krankheitsverlauf gestaltete sich nun ungefähr folgendermaßen:

Der punktierte rechtsseitige Tumor am Rippenbogen nahm einen fistulösen Charakter an; die 24stündige Sekretion betrug einige Kubikzentimeter eitrigen Ausflusses, wobei die Ausscheidung der Aktinomyzeskörner immer geringer wurde; später konnten dieselben gar nicht mehr nachgewiesen werden. Bei Sondenuntersuchung kam man nirgends auf rauhen Knochen, medianwärts verlor sich ein Gang in die Tiefe; dies trug auch nebst dem Kräfteverfall der Kranken mit dazu bei, daß ich ihr keinen größeren chirurgischen Eingriff vorschlug. Eine damals vorgenommene Punktion vom hinteren Scheidengewölbe aus in den Tumor lieferte eine trübe Flüssigkeit mit spärlichen Aktinomyzeskörnern darin.

3—4 Wochen nach der Vornahme der oben erwähnten Punktion traten Symptome einer allgemeinen Peritonitis ein, unter Pulsverlangsamung, heftigen Schmerzen, Fiebererscheinungen und Obstipation. Nach einigen Tagen trat ein Exsudat im Abdomen auf, das bei Lagewechsel nur undeutlich Schalländerung zeigte, was sich aus der Obduktion später dahin erklären ließ, daß es sich um durch breite Adhäsionen voneinander getrennte Flüssigkeitsmengen gehandelt hat. Die Behandlung war damals eine rein symptomatische, bis am 26. April 1903 der Exitus letalis eintrat.

Ich nahm die Obduktion vor, die jedoch, da sie unter den denkbar ungünstigsten äußeren Umständen und mit sehr beschränkter Zeit ausgeführt wurde, keineswegs in befriedigender Weise verlief. Die Aufnahme in ein Krankenhaus hatte die Kranke bei ihren Lebzeiten stets abgelehnt. Den Obduktionsbefund möchte ich nur noch kurz erwähnen: Bei Eröffnung des Adomens entleerte sich etwa ein Liter trübe, eitrige Flüssigkeit; ganz kolossal war die Bildung massiver Adhäsionen der Gedärme untereinander einerseits, andrerseits mit dem Peritoneum, die stellenweise die Dicke von ein bis eineinhalb Querfinger erreichte. Diese Adhäsionen erschwerten außerordentlich die Übersicht, so konnte wohl der von der Fistelöffnung ausgehende Strang gesehen, dessen Beginn im Bauchraume jedoch nicht aufgefunden werden. Vor allem interessierte das Aussehen der Adnexe. Rechts fand sich der oben intra vitam erhobene Befund, ebenso links: der kleinapfelgroße Tumor war zwar in der Masse der Adhäsionen eingebettet, ließ sich jedoch relativ leicht von der Umgebung auslösen. Bei seiner Eröffnung flossen ca. 30 *g* trübe, wässerige Flüssigkeit ab, die Wand selbst war ca. 5 *mm* dick und innen mit einer pyogenen Membran ausgekleidet. In der Flüssigkeit waren sehr spärliche Aktiomyzeskörner sichtbar.

Die Schwierigkeit der Erklärung des gesamten Krankheitsbildes ist keine geringe. Gegen die Annahme, daß es sich im Parametrium links um ein Aktinomykom gehandelt habe, spricht wohl der Krankheitsverlauf, namentlich die starke entzündliche Reizung in der Umgebung, während das Aktinomykom mehr tumorartig sich entwickelt und in unserem Falle der entzündliche Charakter mehr im Vordergrunde stand. Ferner meint BRABEC[1]), daß vom Aktinomykom keine aktinomykotische, weitere Infektion ausgehe. Hingegen wäre die Vermutung einer Infektion vom Genitale aus naheliegender; wir sehen ja die Infektionen der Parametrien ihre Keime hauptsächlich aus dem äußeren Genitale beziehen; wenn nun noch dazu kommt, daß die Frau (zufolge der ersten Untersuchung anfangs 1901) an Prolaps und Ulzerationen der Portio litt, gewinnt ein genitaler Ursprung der Aktinomykose an großer Wahrscheinlichkeit. Der weitere Verlauf wäre dann so gewesen, daß die Aktinomykose in ihrer Tendenz zu wandern und lange Fistelgänge zu bilden vom Parametrium oder den infizierten Drüsen weitergeschritten wäre, um dann einerseits nach außen zu exulzerieren, andrerseits das Peritoneum zu infizieren.

In der Literatur fand ich wenig Analogien. In Betracht kämen folgende Fälle aus der Zusammenstellung der Aktinomykose des Unterleibs von HERZ.[2])

Fall II v. HABEL: „... eine Höhle, deren Wand nach innen zu vom erkrankten linken Ovarium gebildet wurde ... (Ausgangspunkt?).“

Ferner gibt LITTEN einen zufälligen Fund von Aktinomykose im rechten Ovarium gelegentlich einer Sektion an, der offenbar intra vitam keinerlei Symptome hervorrief.

Von größerer Bedeutung erschiene ein Fall von GIORDANO, der „mit Sicherheit den Ausgang der Infektion von den Genitalien bei einer Geflügelzüchterin mit Uterusvorfall beobachtet haben will“. Das Original war mir leider auch nicht zugänglich. Dieser Fall erinnert lebhaft an meinen beschriebenen Fall mit Rücksicht auf den möglichen Zusammenhang

[1]) A. BRABEC, Über das Aktinomykom. „Časop. česk. lék.“, 1902, Nr. 34.
[2]) H. HERZ, „Zentralbl. f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie“, Herausgeber Prof. SCHLESINGER, 1900, Bd. 3, H. 14, 15, 16.

des Uterusvorfalls mit der Eingangspforte für die Aktinomykose.

Jedenfalls steht der eben mitgeteilte Fall, speziell vom gynäkologischen Standpunkte aus, vereinzelt da, und glaube ich, daß der eingangs gegebene Titel gerechtfertigt erscheint, wenigstens bezüglich seiner klinischen Erscheinungsform.

Ein Versuch, Anhaltspunkte zu geben, um im gegebenen Falle die Diagnose auf Aktinomykose des Parametriums zu stellen, stößt auf große Schwierigkeiten, da eine Differentialdiagnose die Tumoren der verschiedensten Art des Parametriums und der Ovarien auszuschließen hätte.

Die Unterscheidung hätte sich hauptsächlich gegen die lokalisierte Tuberkulose zu richten, der sie ja im Bilde am nächsten kommt. Mit Rücksicht auf das letztere erwähne ich, was HERZ (siehe oben) sagt: Fehlen anderweitiger tuberkulöser Herde resp. Stigmata spreche für Aktinomykose; sind die Lymphdrüsen nicht geschwollen, so kann eine Unterscheidung von Aktinomykose unmöglich sein. Bedenkt man, daß in unserem Falle auch als Lymphdrüsenschwellungen zu deutende Tumoren sich fanden, so kann man ermessen, daß es in manchen Fällen sehr schwer sein wird, die Diagnose richtig zu stellen. Dann wird sich schließlich die Probepunktion empfehlen — mit den aus ihr ableitbaren Schlußfolgerungen.

Therapeutisch wäre im vorliegenden Falle die Laparotomie oder eine vaginale Operation indiziert gewesen im Gegensatze zur sonstigen exspektativen Behandlung, die mit Rücksicht auf beobachtete spontane Ausheilungen hie und da günstiger erscheinen mag als ausgedehnte chirurgische Eingriffe, und zwar hätte die Laparotomie natürlich nur in der Zeit vorgenommen werden können, wo ein Stillstand des entzündlichen Prozesses eingetreten war, eine Zeit, die allerdings sehr kurz gewesen ist.

Referate.

KAUSCH (Breslau): **Beiträge zum Diabetes in der Chirurgie.**

Verf. hat die Beobachtung gemacht, daß Leute, die in bezug auf ihren Zuckerstoffwechsel als völlig normal angesehen werden müssen, im Anschluß an Traumen, die nicht einmal besonders schwer sein müssen, Zucker ausscheiden können. Als Ursache dieser ephemeren Glykosurie nimmt Verf. die Rückwirkung der mechanischen Erschütterung auf das Nervensystem und die psychische Wirkung des Trauma auf das Nervensystem an („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 74, H. 4). Wenn Glykosurie besteht, ist es ratsam, operative Eingriffe bis zum vollständigen Ablauf derselben zu verschieben oder, wenn die Eingriffe dringend sein sollten, dieselben Vorsichtsmaßregeln zu gebrauchen, wie bei dem echten Diabetes. Für die Narkose von Diabetikern stellt Verf. mehrere Forderungen auf, die geeignet sind, die Gefahren, die bekanntlich bei Diabetikern unendlich größer sind als bei anderen Patienten, auf das geringste Maß zu reduzieren: 1. Die Inhalationsnarkose ist nach Möglichkeit einzuschränken; es sind die verschiedenen Methoden der lokalen Anästhesierung anzuwenden, so weit dieselben nicht kontraindiziert sind. 2. Die Narkose aus rein diagnostischen Gründen ist zu verwerfen. 3. Zu vermeiden sind mehrere Narkosen hintereinander in kurzen Abständen, weil jede folgende Narkose die Gefahr erhöht. 4. Da das Chloroform erwiesenerweise mehr toxisch wirkt als Äther, ist es beim Diabetiker prinzipiell zu verwerfen und durch Äther zu ersetzen. 5. Das Quantum des Narkotikums und die Dauer der Narkose sind nach Möglichkeit herabzusetzen. 6. Da jedes Hungern beim Diabetiker zur Azetonurie führen kann, so soll die Narkose beim Diabetiker am frühen Morgen vorgenommen werden, damit die Zeit des Hungerns nicht unnötig verlängert werde. Auf die Ernährung vor und nach der Narkose ist genau zu achten. 7. Jeder zu narkotisierende Diabetiker, aber auch jeder, der in Lokalanästhesie operiert werden soll, muß vor der Operation Natrium bicarbonicum bis zur alkalischen Reaktion des Urins bekommen, um die Säureintoxikation des Blutes zu verhüten. 8. Die Narkose soll womöglich am zuckerfreien Diabetiker vorgenommen werden. 9. Wenn ein Koma droht oder wenn es bereits ausgebrochen ist, so soll die Natrontherapie mit aller Energie in Angriff genommen werden (per os, per anum, subkutan, intravenös), weil nur das Alkali geeignet erscheint, die Gefahr des Koma zu beseitigen. In letzter Zeit wurden auch Versuche zur Behandlung des Koma mit Kohlehydratsäuren (Glykonsäure) gemacht und sollen gute Resultate ergeben haben. ERDHEIM.

Aus dem II. Institut für pathologische Anatomie und Pathohistologie der Universität Budapest (Direktor: Dr. Otto Pertik, ö. o. Universitätsprofessor).

JOSEF HOLLÓS: **Über die bakterientötende Wirkung des Lysoform.**

Verf., der das Lysoform seit Jahresfrist zur Desinfektion und Desodorierung der Hände verwendet, wollte sich auch von der bakterientötenden Wirkung desselben Gewißheit verschaffen. Er ging bei seinen Experimenten folgendermaßen vor: Er goß in sterilisierte Spitzgläser je 10 cm^3 einer 2-, 3- und 4%igen frischen Lysoformlösung und setzte dieser mittelst einer sterilisierten Pipette je $^1/_2$ cm^3 einer 24stündigen, virulenten Bouillonkultur verschiedener Bakterien bei, welche er dann mit einem sterilisierten Glasstäbchen gut verrührte. Die Übertragung aus dieser Flüssigkeit in Reagensgläser mit Glyzerinagar nahm er derart vor, daß er die Platinöse erst in das Kondenswasser tauchte und mit ihr erst dann den Nährboden bestrich, wodurch dieser nur mit einer ganz minimalen Menge des Desinfektionsmittels in Berührung kam. Die Agarröhrchen brachte er in den Thermostat und beobachtete mehrere Tage hindurch die Entwicklung der Kulturen. Es zeigte sich, daß die Bouillonkulturen der Bakterien durch eine 2%ige Lysoformlösung binnen $^1/_2$, durch eine 4%ige binnen $^1/_4$ Stunde zum Absterben zu bringen sind. Dabei ist noch zu bemerken, daß gegen den Grenztermin der Desinfektion zu schon eine Abnahme der Größe und Anzahl der Kolonien zu beobachten war, ja die Staphylokokken- und Typhuskolonien erst am dritten Tage erschienen. Dieser Umstand verdient als ein Moment zur Hemmung der Fortentwicklung der Bakterien der Erwähnung. P.

Aus der III. med. Klinik der Charité in Berlin (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Senator).

E. BIBERGEIL: **Zur Serumbehandlung der Polyarthritis.**

Nach den Erfahrungen des Verf.s ist das MENZERschen Serum imstande, bei den subakuten und chronischen (ohne stationäre Gewebsneubildungen einhergehenden) Fällen von Gelenkrheumatismus Heilerfolge zu erzielen. Wo in solchen Fällen die bei akuten Gelenkerkrankungen so prompt wirkenden Arzneimittel versagen und man seine Zuflucht bisher zur Massage, zur Hydrotherapie und Heißluftbehandlung genommen hat, da hat Verf. mit dem Antistreptokokkenserum in kürzerer Zeit unzweifelhafte Besserungen, ja Heilungen beobachten können („Berliner klin.-ther. Wochenschr.", 1904, Nr. 50). Ganz akute Polyarthritiden werden von der Serumbehandlung ausgeschlossen. Bei subakuten oder rezidivierenden Erkrankungen an Gelenkrheumatismus wurde in sechs Fällen das MENZERschen Serum angewandt. Was die Stärke und Menge der jedesmal verwandten Dosis betrifft, so hielt sich BIBERGEIL an die Angaben des Autors selbst, dessen Erfahrungen in dieser Beziehung für die richtige Behandlung der Kranken die beste Gewähr boten. In den genannten 6 Fällen trat nach jeder Injektion ganz prompt eine fieberhafte Allgemeinreaktion ein; die Schmerzen in den befallenen Gelenken nahmen vorübergehend an Heftigkeit zu, um dann nach Ablauf der Reaktion, in der Regel nach Verlauf von 24 Stunden, einer entschiedenen Besserung Platz zu machen. Diese Fälle von subakutem Gelenkrheumatismus wurden unter dieser Therapie sämtlich zur Heilung gebracht. Von chronischen Arthritiden ohne feststellbare stationäre Gelenkveränderungen wurden unter sechs behandelten Kranken vier geheilt, zwei blieben ungeheilt. In allen Fällen trat auch hier die bekannte Reaktion ein, um jedoch nur bei vieren eine Besserung in den Beschwerden und in der Bewegungsfähigkeit zu hinterlassen. Bei der

chronischen Arthritis mit Gelenkveränderungen wurden keine Erfolge erzielt. Verf. beschreibt schließlich einen Fall von chronischer ankylosierender Ostitis, der durch Behandlung mit dem Antistreptokokkenserum entschieden gebessert worden ist. L.

GUTZEIT (Neidenburg, Ostpr.): **Der syphilitische Primäraffekt der Augapfelbindehaut.**

Im Anschluß an eine Verletzung der Conjunctiva bulbi, deren ursprüngliche und alleinige Behandlung darin bestand, daß sie von einer alten Frau „ausgeleckt" wurde, trat die Sklerose auf und es gilt dem Autor als ausgemacht, daß die Infektion durch die, sage achtzigjährige, Frau veranlaßt wurde. Obwohl die nachträgliche Untersuchung dieser Greisin gar keine Anhaltspunkte für Syphilis ergab, erwägt der Autor gar keine andere Infektionsmöglichkeit, trotzdem aus der Krankengeschichte hervorgeht, daß die ersten auf Sklerose hindeutenden Krankheitserscheinungen erst sechs Wochen nach der Verletzung einsetzten und daß auch die Allgemeinerscheinungen so spät eintraten, daß die Zeit der Infektion auf einen späteren Zeitpunkt zu verlegen wäre. An der Hand der in der Literatur nachweisbaren Fälle sucht der Autor („Arch. f. Dermat. u. Syph.", LXIX, 3) das Symptomenbild der Erkrankung zu konstruieren, insbesondere, was mit Rücksicht auf die Wichtigkeit des Gegenstandes ja einleuchtend ist, in bezug auf die Möglichkeit der frühen Diagnose. Hier ist in erster Linie die starke Chemose der Conjunctiva bulbi hervorzuheben, weil dieser hochgradigen Schwellung keine äquivalente Injektion oder Sekretion entspricht. Im Bereich dieser Schwellung finden sich eine oder mehrere unbedeutende Erosionen oder Ulzerationen, die zwar nicht immer, aber doch häufig genug deutliche Induration zeigen. Selbstverständlich schwellen später die Präaurikulardrüsen an und mit den Allgemeinerscheinungen ist das Bild vervollständigt. Immerhin erscheint es möglich, die Frühdiagnose (noch vor Auftreten der Drüsenschwellung) zu stellen, bei Betrachtung der derben Chemose mit den geringfügigen Erosionen, der auffallend mäßigen Injektion, der fehlenden Sekretion und den geringen subjektiven Beschwerden. Differentialdiagnostisch kämen immerhin noch das Ulcus molle, Lupus und Tuberkulose in Betracht, die sich sowohl durch ihre Verlaufsweise, als auch vielleicht bakteriologisch ausschalten lassen. DEUTSCH.

AUFRECHT (Berlin): **Die Herstellung von hydroxylfreiem Lebertran.**

Ein Nachteil, welcher auch dem besten, durch Dampf bereiteten Lebertran anhaftet, besteht manchmal darin, daß er nicht vertragen wird. Das Forschen nach der Ursache dieser Reizerscheinungen im Magen hat schon in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts eine Reihe von wissenschaftlichen Autoritäten beschäftigt. Im Jahre 1880 fand HEYDERDAHL, ein norwegischer Gelehrter, daß die Säuren, welche die gewöhnlichen Fette bilden, wie Olein- und Stearinsäure, im Lebertran nicht vorhanden sind, sondern daß in demselben mindestens zwei Glyzeride vorkommen, welche sonst nirgends vorgefunden werden. Diese zwei neuen Fettsäuren, von HEYDERDAHL Therapic- und Jecoleicsäure benannt, wurden dann in chemischer Beziehung nach allen Richtungen untersucht. Das Ergebnis dieser Untersuchungen war folgendes: „Die Therapicsäure ist eine vierfache Doppelverbindung und gehört zur Tetraäthylenserie, deren erster und einziger Repräsentant sie nicht nur unter den Fettstoffen, sondern auch unter allen anderen chemischen Verbindungen ist. Neben ihrer chemischen Konstitution besitzt sie auch noch die besondere Eigenschaft, Sauerstoff, Jod, Brom und andere Stoffe bei gewöhnlicher Temperatur, noch mehr aber bei erhöhter zu addieren oder durch sie gespalten zu werden. Diese Unbeständigkeit der Säure erschwerte ihre Isolierung außerordentlich. Alle in dieser Richtung vorgenommenen Versuche blieben erfolglos; nur in Verbindung mit Brom zeigte die Säure eine hinlängliche Beständigkeit für Zwecke einer genaueren Untersuchung. Es ist nun der chemischen Fabrik J. E. Stroschein gelungen, einen Lebertran herzustellen, der frei von sogenannten Hydroxylsäuren und auch sonst durch große Reinheit gekennzeichnet ist („Deutsche Med.-Ztg.", 1905, Nr. 9). Der direkt importierte Lofoten-Dorschlebertran wird einer Rektifikation unterworfen, indem bei hohem Vakuum ein Kohlensäurestrom durch den Tran geleitet wird, nachdem dieser durch eine Natriumkarbonatlösung zuvörderst alkalisch gemacht wurde. Dieses Verfahren wird so lange fortgesetzt, bis sich alle im Lebertran vorhandenen unbeständigen Fettsäuren ausscheiden. Sodann wird der von den unbeständigen Fettsäuren befreite Lebertran mit kohlensäurehaltigem Wasser sorgfältig ausgewaschen, vollkommen entwässert und filtriert. Die Ausscheidung der unbeständigen Fettsäuren findet in Gestalt blutroter Tropfen statt, welche sich zu Boden setzen; dieselben nehmen aber bei Berührung mit dem Sauerstoff der Luft alsbald eine dunkle schmutzigbraune Farbe an. Selbst bei dem besten Lofoten-Dorschmedizinallebertran sollen sich bis zu 0·5% solcher Ausscheidung an unbeständigen Fettsäuren erzielen lassen. Die vorgenannten Ausscheidungen, welche in einem „einzigen Prozeß" gewonnen werden, werden durch geeignete Behandlung mit Wasser und später durch Zerlegung mittelst Mineralsäuren in drei verschiedene Gruppen geteilt, die als Hydroxylgruppen (dem spezifischen Gewicht entsprechend) mit 1, 2 und 3 bezeichnet werden. Der auf diese Weise gereinigte und „Lofotin" genannte Lebertran präsentiert sich als hellblankes Öl von mildem Geschmack, der kaum noch an Lebertran erinnert und dennoch die für echten Lebertran charakterischen Reaktionen zeigt. Die Zusammensetzung des Lofotins ist folgende: Spezifisches Gewicht bei 15° C 0·9274, flüssige Fettsäuren 91·55, feste Fettsäuren 5·82, freie Fettsäure (in Prozenten Kalilauge) 0·27, flüchtige Säure 0·08%, Jodzahl 127%, Verseifungszahl 188 *mg*. Während das von den unbeständigen Fettsäuren befreite Lofotin eine etwas ins Gelbliche spielende Färbung besitzt, zeigt der verwandte Lofoten-Lebertran ein fast wasserhelles Aussehen. G.

STEINMANN (Bern): **Beitrag zur Kropfverlagerung.**

Die von WÖLFLER in die Chirurgie eingeführte Operation besteht in Herausheben des Kropfes aus seinem Lager und Fixation desselben an höherer Stelle unter der Haut und dem Kopfnicker, wo er Luftröhre, Speiseröhre und Rekurrens nicht mehr belästigen kann. Die Operation ist angezeigt bei Kropfrezidiv, bei bilateraler Kompression der Luftröhre durch beide Kropfhälften, bei einseitiger Kompression durch die Kropfhälfte, welche gerade exstirpiert worden ist, und endlich bei substernaler Lage einer gleichmäßig vergrößerten Schilddrüse bei jugendlichen Individuen. Die erste Indikation, Kropfrezidiv, dürfte die häufigste bleiben und war auch in dem vom Verf. mitgeteilten Falle ausschlaggebend („Archiv f. klin. Chir.", Bd. 74, H. 4). Es handelte sich um ein 21jähriges Mädchen, dem bei der Kropfoperation nur der Isthmus zurückgelassen wurde; derselbe wuchs zu Kleinapfelgröße heran, klemmte sich in die Thoraxapertur ein und verursachte heftige Dyspnoe. Von einer Exstirpation dieses letzten Restes der Schilddrüse konnte nicht die Rede sein; der Tumor wurde daher auf der linken und der hinteren Seite von der Trachea abpräpariert, nach rechts umgeschlagen und hier unter dem Sternocleidomastoideus befestigt. Die Beschwerden hörten auf, traten aber wieder auf, als der nach rechts verlagerte Tumor trotz der spärlichen Gefäßversorgung neuerlich zu wachsen anfing, so daß der untere Pol wieder substernal zu liegen kam. Nach Amputation des unteren Poles trat dauernde Heilung ohne Ausfallserscheinungen ein. ERDHEIM.

P. HARRASS (Aachen): **Über die Häufigkeit der Komplikationen der Polyarthritis rheumatica acuta, insbesondere derer von seiten des Herzens.**

Das Material des Verf.s entstammt dem Luisenhospital zu Aachen; unter einer Gesamterkrankungszahl von 2666 befanden sich 58 akute Polyarthritiden, 30 männliche und 28 weibliche Patienten; die Gesamtzahl der weiblichen Patienten betrug 1087 gegenüber 1579 männlichen („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 35). Die Altersklasse vom 16.—20. Lebensjahre war am häufigsten vertreten; dann folgte das 21.—25. und das 26.—30. Lebensjahr; jenseits des 46. Lebensjahres kam kein Fall zur Beobachtung. Das Vorausgehen von Schluckbeschwerden, Halsschmerzen etc. wurde in 23%, Rezidive wurden in 39·7% der Fälle festgestellt. Ohne Kom-

plikation verliefen bei 30 Männern 17 Fälle, bei 28 Frauen nur 7 Fälle. Von seiten des Herzens zeigten sich bei 13 Männern Komplikationen, während von den 28 weiblichen Patienten 19 Herzkomplikationen aufwiesen; im ganzen zeigten also 32 von 58 Kranken Herzkomplikationen (= 55·2%); 30 davon waren Krankheiten des Endokards, 16 davon frische Endokarderkrankungen. Von den übrigen waren 11 alte, von früheren Polyarthritisanfällen herrührende Klappenfehler, während die Zeit der Entstehung der übrigen zweifelhaft blieb. Die jüngeren Lebensalter (11—25 Jahre) überwogen bei weitem bei der Komplikation mit Klappenfehlern. Perikarditis fand sich im ganzen 4mal (= 7%). In einem Falle bestand Perikarditis als einzige Komplikation, 1mal zusammen mit einem alten Herzklappenfehler; in einem 3. Falle bestanden daneben psychische Störungen; bei dem 4. Falle gleichzeitig Myokarditis. In dem mit Psychose komplizierten Fall bestand noch gleichzeitig frische Endokarditis. 7mal bestanden Komplikationen von seiten anderer Organe, und zwar handelte es sich um Erythema nodosum, Pneumonie, Chorea minor, psychische Störungen, 2mal hämorrhagische Nephritis. Tödlich endete nur ein Fall, und zwar derjenige, bei welchem doppelseitige Pneumonie zugleich mit hämorrhagischer Nephritis auftrat. Br.

Fried (Erlangen): **Vorläufiges Ergebnis der Röntgenbehandlung zweier Leukämiker.**

Aus den mitgeteilten Tatsachen („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 40) geht hervor, daß die Symptome der Leukämie unter Röntgenbehandlung in auffallender Weise gebessert worden sind. Der Rückgang der Zahlen der weißen Blutkörperchen bis zur Norm oder fast bis zur Norm, die Zunahme der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes, die Verkleinerung der Milz sind besonders in dem ersten Falle ausgesprochen deutlich, aber auch in dem zweiten beachtenswert. Im Zusammenhang mit der sichtlichen Hebung des subjektiven Befindens und in dem ersten Falle auch der Erhöhung des Körpergewichts kann man unbedingt von einer Besserung der Krankheit sprechen. Diese ist sicher die Folge der Behandlung, da man derartige Veränderungen in so kurzer Zeit des Aufenhalts in der Klinik ohne jede andere Behandlung sonst wohl kaum beobachtet. Ob die Besserung eine Anbahnung der Heilung bedeutet, welche sich ohne weitere Röntgenbehandlung vollziehen kann, ob eine längere Fortsetzung zur Heilung führt, ob, wie es bei der Röntgenbehandlung der Mykosis fungoides zu sein scheint, nur die Exazerbationen jedesmal beseitigt werden, eine definitive Heilung aber nicht erreicht wird, müssen zahlreichere und längere Beobachtungen lehren. Unangenehme Erscheinungen wurden während der Behandlung nicht beobachtet. Nur in dem einen Falle traten an den Stellen, wo Heftpflaster aufgelegt worden war, kleine Entzündungsherde der Haut auf. Jedenfalls müssen wir, das lehren uns die mitgeteilten Beobachtungen, mit der Röntgenbehandlung, insbesondere in initialen Fällen, auf dem betretenen Wege fortschreiten. G.

Kleine Mitteilungen.

— Über **plastischen Knochenersatz bei der Heilung der Spina ventosa** berichtet Schmieder („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 75, H. 2—4) an der Hand von 12 Röntgenbildern. Er stellt die Grundsätze, nach denen man bei der Behandlung der Spina ventosa verfahren soll, folgendermaßen zusammen: Jeder Operation soll eine gute Röntgenaufnahme vorhergehen. Jeder operative Fall von Spina ventosa soll durch einen lateralen, die Sehnen schonenden Schnitt eröffnet werden. Alle kranken Weichteile sollen mit dem Messer (nicht durch Auskratzung) entfernt werden. Der kranke Knochen soll mit scharfen Knocheninstrumenten, im Gesunden möglichst unter Schonung der Epiphysen, reseziert oder unter Erhaltung eines Teils der periostalen Wucherungsschicht von Tuberkulose gesäubert werden. Bei fistulösen Fällen suche man dann zunächst eine Primärheilung unter einem Verband zu erzielen und mache eine sekundäre Plastik. Bei nicht fistulösen Fällen schließe man in derselben Sitzung einen plastischen Knochenersatz an. Nicht fistulöse kalte Abzesse kontraindizieren die primäre Plastik nicht. Das Normalverfahren nach Kontinuitätsresektion ist die primäre oder sekundäre Autoplastik aus der Tibia unter Mitnahme reichlichen Periosts. Kann man eine periostale Schale ohne Bedenken erhalten, so plombiert man die Höhle am vorteilhaftesten primär mit mazerierter Rinderspongiosa. Die Einheilung in guter Stellung wird am besten durch einen Extensionsverband unterstützt.

— Die **Epitheliome und ihre Behandlung** bespricht Mibelli („Monatsh. f. prakt. Derm.", Bd. 39, H. 6). Er empfiehlt die Behandlung der Epitheliome mit arseniger Säure nach der etwas modifizierten Methode von Cerny und Trunecek; er selbst hat so von 20 Fällen 15 vollständig und, wie er glaubt, dauernd geheilt. Am zweckmäßigsten erwies sich eine 2—2½%ige Suspension des Acid. arsenicos. in einer Äther-Alkoholmischung in der Weise angeordnet, daß ein mit ihr getränkter Wattebausch durch einen festen Verband mit der zuvor gereinigten und angefrischten Geschwürsfläche in beständigem Kontakt gehalten wird; die Heilung erfolgt mit einer flachen, wenig sichtbaren Narbe. Das Verfahren ist bei allen beginnenden Hautepitheliomen von nicht ausgesprochener Bösartigkeit indiziert, besonders solchen, die aus seborrhoischen Warzen, Hautkörnern, dem Keratoma senile hervorgehen; mehr oder weniger dauerhafte Besserungen lassen sich aber auch bei schwereren Formen erreichen. Etwaige Rezidive weichen oft einer Wiederholung des Verfahrens; ein unvollständiger Erfolg verschlechtert die lokalen Bedingungen für eine spätere andere Behandlungsmethode in keiner Weise. Die spezifische therapeutische Wirkung der arsenigen Säure beruht auf toxischen Veränderungen, die sie im Protaplasma der Epithelzellen der epithelialen Neubildungen hervorruft und infolge deren diese nicht plötzlich getötet werden, sondern erst allmählich absterben.

— Über die **Anwendung des Agurin** berichtet Diebailoff („Prakt. Wratsch.", 1904, Nr. 17). Er hat das Präparat bei fünf Kranken angewandt, und zwar zwei Insuff. valv. aortae, zwei Nephritis ac. mit starken Ödemen, einer Dilatatio cordis. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt er zu folgenden Schlüssen: Das Agurin besitzt eine stark harntreibende Wirkung, wobei die Wirkung schon am zweiten Tage auftritt; die Ödeme verschwinden recht schnell, die Atmung wird frei, die Herztätigkeit bessert sich bedeutend. Zumeist wird zweckmäßig mit kleinen Dosen (0·5, 3—4mal täglich) begonnen, nötigenfalls kann die Gabe vergrößert werden. Das Präparat wird gut vertragen, als einzige Nebenwirkung tritt hin und wieder Übelkeit ein.

— Über die **Verwendung der Kola** berichten unter anderen Firth („The Practitioner"), Hamilton („Brit. med. Journ.") und Regnault („Presse méd.", 1904). Ihre Präparate, zumal die von Stoll hergestellten, sind ausgezeichnete hygienische und antiepidemische Mittel, mit trefflicher Wirkung auf das Nervensystem, auf die Herztätigkeit und den Magen. Die Kolanuß kann im Dienste als ein Hilfsmittel für die Truppen angewendet werden; sie schützt gegen Erschöpfung und leistet bei den an Diarrhöe Erkrankten durch ihre adstringierende Wirkung vorzüglichste Dienste.

— Über das Vorhandensein eines **Antagonismus zwischen Ovarium und Thyreoidea** berichten Parhon und Goldstein („Rom. med.", 1904, Nr. 15—18). Zahlreiche Tatsachen beweisen das Vorhandensein eines solchen Antagonismus. Anatomisch wird oft eine Hypertrophie der Thyreoidea bei Menopause und während der Schwangerschaft, während also das Ovarium inaktiv ist, gefunden. Hoffmeister hat bei Tieren, deren Schilddrüse entfernt worden war, eine vorzeitige Reife der Eierstocksfollikel gefunden. In physiologischer Hinsicht wird darauf hingewiesen, daß die Thyreoidea die Entwicklung des Knochengewebes begünstige; das Ovarium verhindert die Ossifikation, daher wird die Osteomalazie durch Kastration geheilt. Das Fettgewebe ist bei Frauen viel mehr entwickelt, bei Hypothyreoidismus entwickelt sich dasselbe sehr stark, die Schilddrüsenbehandlung bewirkt Verschwinden der Fettsucht. Ein weiterer Einfluß des Ovariums ist derjenige auf das Haar, welches bei Frauen weniger entwickelt ist, doch haben Frauen mit Ovarialerkrankungen, d. h. mit Störungen in der Ovarialfunktion, ein viel mehr entwickeltes Haarsystem. Bei Myxödem besteht eine geringe Entwicklung des Haarsystems. Die Thyreoidea bewirkt eine Vermehrung der Herzschläge, das Ovarium eine Verminderung derselben. Erstere bewirkt periphere Vasodilatation, eine Erscheinung, die man bei Ovarialinsuffizienz vorfindet, daher das Gefühl von Wärme, welches durch Ein-

nehmen von Ovarialpräparaten verschwindet. Die Plastizität des Blutes wird durch die Thyreoidea vergrößert (Heilung der Hämophilie), das Ovarium verringert dieselbe (Menstruation); Frauen mit Hypothyreodismus haben profuse Metrorrhagien. Die Schweißsekretion fehlt bei Myxödem und erscheint wieder auf Eingabe von Schilddrüse. Die Schilddrüse fixiert die Kalksalze im Organismus, das Ovarium eliminiert sie.

— Das **Cholelysin**, ein ölsaures Natron an Eiweiß gelagert, wird nach BOLGAR („Ärztl. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 47 und 48) in flüssiger und in fester Form hergestellt. Das feste Präparat ist ein hellgelbes, geruchloses, in Wasser und Alkohol zum größten Teile lösliches Pulver, das flüssige Präparat eine klare, hellgelbe, sirupartige Flüssigkeit mit vanilleartigem Geruch und bitterlichem Geschmack. Die Zusammensetzung des Mittels erhellt aus folgenden Zahlen: 100 cm^3 der Flüssigkeit enthalten: Wasser 21·94 *g*, Alkohol 18·08 *g*, Eiweiß 2·86 *g*, Fettsäuren 18·77 *g*, Glyzerin 12·75 *g*, Zucker 20·94 *g*, Asche 4·66 *g*, darin Natron 2·47 *g*. CLEMMs Versuche mit dem Einlegen von Steinen in Cholelysin ergaben die gleiche Lösungsfähigkeit wie die des Eunatrols. Bei bequemer Darreichung und Vermeidung des schlechten Geschmackes hat das Cholelysin also ebenfalls die Eigenschaft, „die Entzündung in den Gallenwegen zu bekämpfen, die Niederschlagung neuen Gallenfetts und das Wachstum bereits vorhandener, eingekeilter Steine zu verhindern, in die Steine einzudringen, den Kern derselben zu zerstören und den harten, spröden Cholesterinmantel zu erweichen, so daß die Steingebilde leicht zerdrückt und ausgetrieben werden können". Man gibt das Ch. liqu. teelöffelweise, vom Ch. sicc. 0·6—1·2 *g* resp. 1—2 Tabletten.

— Seine Erfahrungen mit **Veronal bei internen Kranken** faßt STEIN in folgender Weise zusammen („Prag. med. Wochenschr.", 1904, Nr. 41 u. 42): Dasselbe ist als ein ausgezeichnetes Hypnotikum zu bezeichnen, welches in vielen Fällen schon in der Dosis von 0·3 *g* eine ausreichende Wirkung erzielt. In dieser Dosis sowohl als auch in der größeren von 0·5 *g* waren niemals wesentliche unangenehme Folgen, noch Nachteile aufgetreten. Die bisher häufiger gebrauchten Hypnotika: das Morphium, Chloralhydrat, Sulfonal etc. wurden vollkommen ausgeschaltet, zumal dieselben solche Nachteile aufweisen, von welchen das Veronal vollkommen frei ist. Es unterliegt keinem Zweifel, daß wir in der Praxis auf Fälle stoßen, wo wir mit dem Veronal in den üblichen und selbst in höheren Dosen keine Wirkung erzielen. Auch darüber dürfen wir uns nicht verwundern, daß größere Mengen von Veronal, durch längere Zeit genommen, Störungen hervorrufen können. Ein wirksames Hypnotikum, das gefahrlos ist und in Drogerien in beliebiger Menge von jedermann gekauft werden kann, wird eben von der Wissenschaft niemals erfunden werden. Gleich STEIN äußert sich auch PFEIFFER in Wiesbaden („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 5).

— Das von Professor CLOËTTA aus den Digitalisblättern dargestellte, von der Firma Hoffmann-La Roche & Cie. (Basel) fabrikmäßig hergestellte **Digalen** (Digitoxinum solubile Cloëtta) ist ein Arzneimittel, welches wegen seiner stets gleichbleibenden Zusammensetzung eine genaue Dosierung gestattet, das mit einer leichten Resorbierbarkeit und raschen Wirksamkeit den Vorzug vollkommener Reizlosigkeit für den Magen verbindet und nach den bisherigen Erfahrungen eine Kumulation nicht in dem Maße befürchten zu lassen scheint als das Digitalisinfus. Verf. hat das Digalen fast in allen Fällen per os gegeben, und zwar diente als Vehikel dazu entweder Milch, Selterswasser oder süßer Wein. In der Regel erhielten die Patienten dreimal täglich nach der Mahlzeit 1 cm^3 der Lösung. Die meisten von ihnen bevorzugten den süßen Wein, da er den schlechten Geschmack des Präparates am besten verdeckte. Am wenigsten empfehlenswert ist nach Verf.s Erfahrungen die Milch als Vehikel. Während Indigestionen bei der Darreichung des Digitalisinfuses nicht allzuselten beobachtet werden, die zu schweren Anorexien Veranlassung geben können, hat Verf. dergleichen beim Digalen nie gesehen. In dieser Beziehung hat es also vor dem Infusum digitalis einen entschiedenen Vorzug. Bei Erkrankungen, welche eine Schonung des Magens verlangen, kann das Digalen per rectum eingeführt werden.

— Über **medikamentöse Inhalationen** berichtet GÜNZEL („Deutsche Ärzte-Ztg.", 1904, H. 17 u. 18). Die hauptsächlichsten Prinzipien, die wir bei Inhalationen zu beobachten haben werden, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: In der Inhalationstechnik ist uns das wichtigste Mittel zur Lokaltherapie der Lunge gegeben. Wie wir im reinen Gebirgs- oder Seeklima Lungenluftbäder haben, können wir durch Inhalationen Waschungen der Luftwege vornehmen. Der Dampf, und vor allem der überhitzte Dampf, bringt bis jetzt die feinste und leichteste Zerstäubung von Flüssigkeiten zustande und übertrifft alle bisherigen durch Luftdruck erzeugten Zerstäubungen von Flüssigkeiten an Feinheit und Flüchtigkeit bei weitem; daher besitzt er nächst den gasförmigen Stoffen die meiste Anwartschaft, mit der Luft bis in die Alveolen zu gelangen. Eine Wirkung der Inhalationstherapie auf erkrankte Lungenabschnitte ist von dem Grade ihrer Beteiligung an der Atmung und ihrer Aspirationskraft abhängig. Ein Medikament muß alkalisch reagieren, um eine belebende Wirkung auf Schleimhäute zu entfalten. Das Kochsalz und alle kochsalzhaltigen Mineralwässer besitzen energiebelebende Eigenschaften auf Schleimhäute und Flimmerepithelien neben schleimverflüssigender, Expektoration befördernder Eigenart. Kresamin ist eine alkalisch reagierende, mit Wasser mischbare Flüssigkeit ohne Reizung für empfindliche Schleimhäute, von schleimdurchdringender Tiefenwirkung und hoher antiseptischer Kraft, daher ein geeigneter Inhalationsstoff bei allen bakteriellen Prozessen der Luftwege und des Lungengewebes.

— Zur **Erysipeltherapie** empfiehlt FRANKE („Therap. Monatshefte", 1904, Nr. 11) folgende Methode: Er legt, wenn das Erysipel an den Extremitäten sitzt, zentralwärts von demselben, 2 *cm* von seiner Grenze entfernt, einen schmalen Heftpflasterstreifen um etwa $^1/_5$ des Gliedes fest herum und einen zweiten Streifen 2 *cm* zentralwärts vom ersten entfernt, und ferner noch einen dritten Streifen in der Weise, daß jeder derselben die offene Stelle des vorhergehenden abschließt. Bei dieser Behandlung überschritt das Erysipel selten den ersten Streifen an der offenen Stelle, niemals den zweiten Streifen. Bei Erysipel des Kopfes sucht er den gleichen Zweck, nämlich die Kompression der zentralwärts vom Erysipel gelegenen Lymphbahnen, zu erreichen, indem er die erkrankte Partie mit einem Kollodiumstreifen umgibt, während die erysipelatöse Hautstelle mit Ichthyolsalbe bestrichen wird. Er entsinnt sich nur eines Falles, in dem die Rose den Streifen überschritten hat.

— In einem Falle von schwerem **Erysipel** hat FELDMANN („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 5) mit Argentum colloidale treffliche Erfolge erzielt. Der Ausgangspunkt des Erysipels war nicht nachzuweisen; eine puerperale Infektion war nicht vorhanden. Eigentümlich waren im vorliegenden Falle: Die plötzliche, in wenigen Minuten komplette Entwicklung des Exanthems, nachdem 24 Stunden vorher Fieber und Frost eingetreten waren; die nachhaltige Wirkung des Argentum colloidale. Die Kranke hatte an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 2·5 *g* eingerieben erhalten; am dritten Tage war die Temperatur normal und überstieg in den nächsten sieben Tagen (bei täglich dreimaliger Messung) nicht ein einziges Mal 37·5, obgleich das Erysipel in einzelnen Schüben weiterwanderte. Auch NEUKIRCHEN („Exc. med.", 1904, Nr. 10) und BURTENSHAW („New York med. Journal", 1904, Nr. 25) haben von der Collargoltherapie vorzügliche Wirkungen gesehen.

— Bei **Magen- und Darmkrankheiten** hat CHARLES AARON („Amer. Med. Compend.", 1904, 2) an der Universitätsklinik für Magen- und Darmkrankheiten in Detroit Versuche mit Fersan in Pulverform angestellt und gelangt zu dem Ergebnisse, daß Fersan als Eisen-Azidalbuminverbindung bei gestörter Magenverdauung recht gute Dienste leisten kann und daß schon geringe Mengen von Fersan (2mal täglich je ein Kaffeelöffel mit Milch oder Mineralwasser) genügen, um die dem Eisen spezifische Reizwirkung auf die blutbildenden Organe auszuüben. Besonders charakteristisch für Fersan ist die appetitanregende Wirkung und empfiehlt Verf. die Anwendung des Fersans in Krankheitsfällen, in denen sowohl Besserung der Ernährung als auch der Blutbildung in Frage kommt. Ähnlich äußert sich EICHENWALD („Russ. Ther. d. Gegenw.", 1904, Nr. 7 u. 8) über die Fersanwirkung bei Chlorosen und Anämien.

— Als ein ausgezeichnetes **Stomachikum** bei Anämie, Chlorose, fieberhaften und chronischen Erkrankungen, Altersdyspepsie usw. empfiehlt SCHAPPENHAUER („Allg. med. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 19) das Extractum Chinae Nanning. Dasselbe wirkt ganz vorzüglich zur Vermeidung und Beseitigung der Hg- und JK-Dyspepsie. In der

Kombination mit Extr. Chinae Nanning vertrugen die Kranken das JK ausgezeichnet, Appetitlosigkeit oder sonst ein Zeichen einer schädlichen Beeinflussung des Magens traten nicht auf. Das gleiche gilt vom gleichzeitigen Gebrauch des Extractum Chinae Nanning und Salizyl, Jod, Kreosot etc. Die Darreichung geschieht in Tropfen (15—20 dreimal täglich, 5—10 Tropfen für Kinder) in Milch, Kakao, Kaffee, Wein mit Zusatz von Syrupus cort. aurant.

— Die Vorzüge des **Helmitol** faßt HEUSS in folgender Weise zusammen („Monatsh. f. prakt. Dermat.", 1904, Nr. 4). Diese Vorzüge bestehen in seiner energischen, auf Abspaltung von Formaldehyd beruhenden desinfektorischen Wirkung auf den Urin, welche diejenige des Urotropins um das Vier- bis Sechsfache übertrifft, der Ungiftigkeit, bzw. daß das Helmitol, auch in größeren Dosen genommen, keine Magendarmstörungen hervorruft, ebenso (in 1—2%iger Lösung) die Blasenschleimhaut nicht reizt, seinem angenehmen Geschmack. Die Anwendung des Helmitols erfolgt per os, in Wasser gelöst, zu 3—4—8 *g* pro die in 8—6stündigen Intervallen; direkt in loco in Form 1—2%iger wässeriger Lösungen, 100—200 *cm*³ in die Blase injiziert. Ähnlich äußert sich auch STRAUSZ („Magy. orv. Lapj.", 1904, Nr. 50) über das Helmitol.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der praktischen Chirurgie. In Verbindung mit zahlreichen Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von **Prof. Dr. E. v. Bergmann** in Berlin, **Prof. Dr. P. v. Bruns** in Tübingen und **Prof. Dr. J. v. Mikulicz** in Breslau. Zweite, umgearbeitete Auflage. Lieferung 10—15. Stuttgart 1903, Ferdinand Enke.

Von diesem groß angelegten Werke, dessen erste Lieferungen wir in Nr. 5 (1903) dieses Blattes besprochen haben, liegen uns die Lieferungen 10—15 vor. Dieselben umfassen Fortsetzung und Schluß des I., einen Teil des III. und den Schluß des IV. Bandes und enthalten die Kapitel: Neuralgien des Kopfes (F. KRAUSE), Verletzungen und Erkrankungen der Speicheldrüsen (KÜTTNER), der Kiefer (C. SCHLATTER und RÖMER), der Nase und ihrer Nebenhöhlen (KÜMMEL), der Mundhöhle (v. BERGMANN), Pharynx (KÜMMEL), die angebornen Mißbildungen, Verletzungen und Erkrankungen der Speiseröhre (v. HACKER und LOTHEISSEN), die Krankheiten des Afters (J. ROTTER), die Verletzungen und Erkrankungen der Blase und Vorsteherdrüse (NITZE und SONNENBURG) sowie den 3.—6. Abschnitt der Chirurgie der Extremitäten aus der Feder von FRIEDRICH, HOFFA, REICHEL, NASSE und BORCHARDT. Nunmehr, wo das Werk in seiner zweiten Auflage beinahe komplett vorliegt, imponiert nicht nur die ausgezeichnete Bearbeitung des Riesenstoffes durch hervorragende Autoren, noch vielmehr die Gleichmäßigkeit der Arbeit, welche Herausgeber wie Mitarbeitern zu gemeinsamer Ehre gereicht. Wir haben es hier nicht wie nicht selten in Sammelwerken mit einer Aneinanderreihung vorzüglicher Monographien zu tun; jeder einzelne Autor hat die Intentionen der Redaktion voll erfaßt und sich dem Ganzen untergeordnet. Druck und Ausstattung entsprechen den rigorosesten Anforderungen. A. B.

Beiträge zur Geschichte der Syphilis. Von **Dr. J. K. Proksch.** Bonn 1904, P. Hanstein.

Verf. bringt für seinen Standpunkt, daß die Syphilis von jeher in Europa existiert habe, folgende Beweise: Es hat nie eine Syphilisepidemie gegeben, denn auch die Syphilisendemien, wie Radesyge, Skerljevo und Spyrokolon existieren nur in der Literatur, nicht in Wirklichkeit. Diese sogenannten Endemien beweisen nur die Unkenntnis der Ärzte; erfahrene Dermatologen (BOECK, v. HEBRA, v. SIEGMUND, KAPOSI) haben erkannt, daß es sich dabei immer um alle möglichen Hautaffektionen, wie Skabies, Lupus, maligne Neubildungen, Syphilis, gehandelt hat. Dasselbe gilt für die große europäische Syphilisepidemie, deren Existenz auch von einigen Historikern (CATANEO, TANUS, FALLOPPIO) geleugnet wurde. In einem zweiten Kapitel, das die Überschrift: Die Semiotik der ältesten Syphilographen trägt, negiert PROKSCH die Malignität der Syphilis zur Zeit der großen Epidemie und meint, daß Verwechslungen mit anderen Krankheiten, namentlich mit Blattern, häufig vorgekommen sein müssen. Daher auch die Bezeichnungen mit Pox, Verole. Als Beleg hierfür zitiert er namentlich PARACELSUS. In einem dritten Kapitel behandelt der Verf. die Sage vom amerikanischen Ursprung der Syphilis. Die Hauptzeugen für die amerikanische Herkunft OVIEDO, DIAZ DE ISLA und LAS CASAS verdienen aus verschiedenen Gründen keinen Glauben. Dagegen zitiert er deutsche Gelehrte, wie WIDMANN, den Geschichtsforscher WIMPHELING, die Ärzte SCHELLIG und BRUNSWIG, die es für absolut ausgeschlossen erscheinen lassen, daß die Syphilis vor COLUMBUS in Amerika und nicht in Europa existiert habe. M. O.

Feuilleton.

Über die Haftung des Arztes.

Von **Dr. Wilhelm Frankl**, Hof- und Gerichtsadvokat in Wien, und **Dr. Oskar Frankl**, Frauenarzt in Wien.

Die sozialreformatorische Bewegung, welche die Besserung der ideellen und materiellen Lage des Arztes bezweckt, hat eine ganze Reihe von Angriffspunkten zum Antriebe ihrer Energie. Kassenwesen, Regulierung der Kammerbefugnisse, Wohlfahrtseinrichtungen verschiedener Art absorbieren die meisten Kräfte derjenigen, welche sich schaffend in den Dienst der Aktion stellen. Bisher wenig beleuchtet, aber darum nicht minder wichtig ist jenes Moment, welches LORENZ kürzlich [1]) in einem fesselnden und lichtvollen Vortrage dem allgemeinen Interesse näher gebracht und welches nachgerade als einer der bedeutsamsten Punkte des ärztlichen Reformprogrammes angesehen werden muß: Die Haftung des Arztes.

LORENZ ging in seinem Vortrage von der Überverantwortlichkeit des Arztes aus, welche nach seiner Anschauung aus der Unklarheit des Vertrages resultiert, den zweifellos jeder Patient mit seinem Arzte, wenn er sich einer Kur unterzieht, stillschweigend eingeht. Die Klärung dieses Vertragsverhältnisses erscheint LORENZ als ein vor allem zu erstrebendes Ziel, und aus diesem geklärten Vertragsverhältnis heraus ergeben sich nach seiner Anschauung Mittel und Wege, um ungerechtfertigten Haftungsansprüchen, welche Patienten an Ärzte stellen, wirksam entgegenzuarbeiten. Daß LORENZ diese für die Interessen der gesamten Ärzteschaft so überaus wichtige Frage in Fluß gebracht hat, ist wohl sehr dankenswert; vor allem aber ist es notwendig, sie auf eine richtige rechtliche Basis zu stellen, da sich sonst nur zu leicht auf Grund falscher Diagnose eine unrichtige Heilmethode für das zu beseitigende Übel ergeben würde. Geradezu ein Lebensinteresse bildet aber die Frage von der Verantwortlichkeit des Arztes deshalb, weil eine gerichtliche Verfolgung desselben nicht bloß geeignet ist, das Ansehen und daher auch das Vertrauen, welches der Arzt genießt, noch mehr zu schädigen als jene ungerechtfertigten Angriffe, welche in verschiedensten Formen gegen die Ärzte in der Öffentlichkeit erhoben worden sind, sondern auch deshalb, weil die materielle Seite der Frage durchaus nicht zu unterschätzen ist.

Der Lohnvertrag bildet allerdings die rechtliche Grundlage des Verhältnisses zwischen Arzt und Patienten, und doch haben die Ansprüche, welche gegen den Arzt auf Grund einer unrichtigen Behandlung erhoben werden, gemeiniglich mit dem Lohnvertrage nichts zu schaffen; denn die Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches über den Lohnvertrag kommen wohl, insoweit es sich um Streitigkeiten über die Honoraransprüche des Arztes handelt, in Betracht, nicht aber für die Beurteilung der Frage, ob der Arzt für eine unrichtige Behandlung verantwortlich sei, mag die letztere auf einen Mangel an Kenntnissen, oder auf eine entgegen den Vorschriften der ärztlichen Kunst ausgeführte Operation zurückzuführen sein. Der zwischen Arzt und Patienten geschlossene Lohnvertrag beinhaltet für den ersteren grundsätzlich die Verpflichtung zur ge-

[1]) Außerordentliche Sitzung des Vereines der Ärzte des I. Bezirkes am 23. Januar 1905.

wissenhaften Ausführung der ihm anvertrauten Behandlung; eine Ausnahme läge allerdings dann vor, wenn der Arzt bei Übernahme der Behandlung einen bestimmten Heilerfolg verspricht, für welchen er dann allerdings auf Grund des Lohnvertrages einzustehen hat. Dieser Fall wäre beispielsweise gegeben, wenn der Arzt durch Anwendung eines bestimmten Heilverfahrens, wie etwa einer radikalen Operation, die vollständige Gesundung des Patienten in bestimmte Aussicht stellt. Hier liegt der Fall der schon im römischen Rechte als „locatio conductio operis" bezeichneten Werkmiete vor, welche den Arzt zur Erfüllung der übernommenen Verbindlichkeit zwingt, an deren Stelle allerdings der Patient regelmäßig Schadenersatz fordern wird, weil er, wenn die Kur mißlungen ist, auf die Erfüllung der Verbindlichkeit durch diesen Arzt wohl verzichten wird.

Der vorstehend besprochene Fall bildet jedoch keineswegs den Typus des Lohnvertrages, wie er gemeiniglich zwischen Arzt und Patienten geschlossen wird; im Gegenteile muß gesagt werden, daß dies ein Ausnahmsfall ist und auch bleiben soll; denn es ist nicht Sache des Arztes, dem Patienten einen Heilerfolg in einer Form zu versprechen, welche es dem letzteren möglich macht, aus diesem Versprechen rechtliche Konsequenzen zu ziehen und den ersteren für die Nichterfüllung verantwortlich zu machen. Der Arzt soll schon aus Standesrücksichten dem Patienten gegenüber keine andere Verpflichtung übernehmen, als jene, die Behandlung nach bestem Wissen und Können durchzuführen (LORENZ), und wenn er hinzufügt, daß er nach seiner Beurteilung des Falles glaube, auf den bestimmten Heilerfolg rechnen zu können, so ist dies die äußerste Grenze, welche dem gewissenhaften Arzte bei Abschließung des Lohnvertrages eingeräumt werden darf.

Wenn also der Arzt trotzdem dem Patienten einen bestimmten Heilerfolg verspricht, wird allerdings der mit dem Patienten geschlossene Lohnvertrag zu einem Wertvertrage, wie ihn LORENZ bezeichnet.

Sieht man nun von dem vorstehend besprochenen Ausnahmsfalle ab, dann ist die richtige Basis für die Verantwortlichkeit des Arztes in den Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches über den Schadenersatz zu finden. In dieser Beziehung kommt die Bestimmung des § 1299 des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches in Betracht, welche auszugsweise lautet:

„Wer sich zu einem Amte, zu einer Kunst, zu einem Gewerbe oder Handwerke öffentlich bekennt, ... gibt dadurch zu erkennen, daß er sich den notwendigen Fleiß und die erforderlichen nicht gewöhnlichen Kenntnisse zutraut; er muß daher den Mangel derselben vertreten."

Diese gesetzliche Bestimmung ist in ihrer richtigen Tragweite nur im Zusammenhange mit der Bestimmung des § 1297 zu verstehen, welche lautet:

„Es wird aber auch vermutet, daß jeder, welcher den Verstandesgebrauch besitzt, eines solchen Grades des Fleißes und der Aufmerksamkeit fähig sei, welcher bei gewöhnlichen Fähigkeiten angewendet werden kann. Wer bei Handlungen, woraus eine Verkürzung der Rechte eines anderen entsteht, diesen Grad des Fleißes oder der Aufmerksamkeit unterläßt, macht sich eines Versehens schuldig."

Die letztere Bestimmung statuiert demnach das an jeden Staatsbürger zu stellende Erfordernis jenes Grades von Diligenz, welcher bei dem Durchschnittsmenschen vorausgesetzt werden kann, während in der früher zitierten Bestimmung des § 1299 von dem Sachverständigen ein höherer Grad der Diligenz, nämlich jene Kenntnisse gefordert werden, welche die Ausübung seines Berufes erforderlich machen. Nun fragt es sich, welches Maß von Kenntnissen der Gesetzgeber bei dem Arzt a priori voraussetzt! Eine einfache Analogie gibt die Antwort dahin, daß, sowie im allgemeinen die Tüchtigkeit des Durchschnittsmenschen als Gradmesser für die Diligenz dient, auch bei dem Sachverständigen, daher auch bei dem Arzte, ein Durchschnittsmaß angewendet wird. Der Arzt hat demnach dafür einzustehen, daß er jenes Maß von Kenntnissen — und soweit es sich um operative Eingriffe handelt, von manueller Geschicklichkeit — besitzt, welches man durchschnittlich von der Ärzteschaft voraussetzen und daher verlangen kann; besitzt er dieses Maß nicht, dann ist er hierfür verantwortlich.

Daß die Haftung des Arztes im allgemeinen auf der eben zitierten Grundlage und nicht auf dem Lohnvertrage beruht, ergibt schon der einfache Hinweis, daß ja auch der unhonorierte Spitalshilfsarzt bei Ausübung seines Berufes für eine unrichtige Behandlung zu haften hat.

Wäre nunmehr die richtige gesetzliche Grundlage für die Haftpflicht des Arztes gefunden, so käme die Frage zur Diskussion, ob die zitierten Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches, welche das ehrwürdige Alter von nahezu 100 Jahren besitzen, auch noch unseren modernen Anschauungen über die Tätigkeit und Verantwortlichkeit des Arztes entsprechen. Wenn man, wie selbstverständlich, vorläufig bloß auf dieser theoretischen Grundlage bleibt und nicht die Art, wie diese Gesetzesbestimmungen in praxi angewendet werden, hineinzieht, so muß man sagen, daß das bürgerliche Gesetzbuch einen vollständig richtigen, von keinem Gesichtspunkte anfechtbaren Grundsatz aufgestellt hat; es ist gewiß nur in Ordnung, wenn von dem Arzte das Können des Durchschnittsarztes verlangt wird, weil dies die Sicherheit des Publikums erfordert. Es wird aber ferner auch mit Recht von dem Spezialarzt verlangt werden können, daß er jene „besonderen Kenntnisse" auch tatsächlich besitzt, welche für die Ausübung seiner spezialärztlichen Tätigkeit erforderlich sind, weil er sich ja eben „öffentlich" als Spezialarzt „bekennt". Wenn daher ein Arzt, ohne Spezialarzt zu sein, Kuren oder Operationen ausführt, welche spezialärztliche Kenntnisse voraussetzen, so hat er zweifellos für den Mangel derselben zu haften.

Die strafgerichtliche Verantwortlichkeit des Arztes basiert auf den Bestimmungen der §§ 356 und 357 des Strafgesetzes, deren ersterer lautet:

Ein Heilarzt, der bei der Behandlung eines Kranken solche Fehler begangen hat, aus welchen Unwissenheit am Tage liegt, macht sich, insofern daraus eine schwere körperliche Beschädigung entstanden ist, einer Übertretung, und wenn der Tod des Kranken erfolgte, eines Vergehens schuldig, und es ist ihm deshalb die Ausübung der Heilkunde solange zu untersagen, bis er in einer neuen Prüfung die Nachholung der mangelnden Kenntnisse dargetan hat.

Die Vergleichung dieser Gesetzesbestimmung mit dem früher zitierten § 1299 des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches läßt es auffällig erscheinen, daß für die zivilrechtliche und strafgerichtliche Haftung des Arztes eigentlich derselbe Tatbestand gesetzlich festgelegt ist, d. i. Mangel der erforderlichen Kenntnisse. Denn der eben angeführte § 356 des Strafgesetzes spricht diesen Mangel an Kenntnissen nur in etwas gröberer Form aus, indem er von „offen liegender Unwissenheit des Arztes" spricht. An dieser auffälligen Erscheinung kann nicht vorübergegangen werden! Denn es ist klar, daß zwischen dem Zivilunrechte, welches nur die materielle Haftung des Arztes involviert, und der Strafverfolgung, welche mit dem Makel der Aburteilung zu einer Geld- oder Freiheitsstrafe belegt, ja sogar in dem vorliegenden Falle die extreme Konsequenz herbeiführt, daß dem Arzte die Ausübung seiner Berufstätigkeit untersagt und damit seine Existenz vernichtet wird, ein breites Spatium liegt, welches durch irgendwelche augenfällige Tatbestandsmomente ausgefüllt werden müßte. Nach dem Gesetze gilt als Tatbestand für die zivilrechtliche Haftung „Mangel der Kenntnisse", nach dem Strafgesetz für die strafgerichtliche Verantwortlichkeit „offen liegende Unwissenheit"; der Unterschied liegt aber eigentlich nur in dem objektiven Tatbestand, daß nämlich durch die von dem Arzte infolge seiner Unwissenheit begangenen Fehler eine schwere körperliche Beschädigung, oder der Tod des Patienten herbeigeführt wurde. Vom Standpunkte des Arztes kann deshalb die vorliegende Formulierung des § 356 des Strafgesetzes nicht als eine befriedigende bezeichnet werden. Wenn es auch gewiß dem Gesetzgeber zusteht, das Wohl der leidenden Menschheit, welche bedingungslos der Kunst des Arztes anvertraut ist, durch strafgesetzliche Bestimmungen gegen die Unwissenheit eines behandelnden Arztes zu schützen, so müßte doch andrerseits zum Schutze des ärztlichen Standes gegen Strafverfolgung eine derartige Textierung des Gesetzes stattfinden, welche nur die Fälle eines offenbar schuldbaren Verhaltens des Arztes mit Strafe belegt. Es kann nicht geleugnet werden, daß in allen jenen Fällen, in welchen die strafgerichtliche Verfolgung eines Arztes stattfindet, der Tatbestand ein höchst zweifelhafter ist, während andrerseits die Konsequenzen einer Verurteilung geradezu furchtbare sind. Es ist daher nur recht und billig, wenn über die so wichtigen Interessen des ärztlichen Standes, die in einem jeden Straffalle

auf dem Spiele stehen, dem Richter durch eine klare, künstliche Interpretation nicht zulassende Gesetzesbestimmung die Entscheidung in gerechter Weise zu fällen ermöglicht wird. Dieser Voraussetzung entspricht der dehnbare Begriff der „offenliegenden Unwissenheit" nicht! An diesem Punkte wird daher die Ärzteschaft bei Beratung eines neuen Strafgesetzes, welche nach Ordnung der parlamentarischen Verhältnisse möglicherweise denn doch auf die Tagesordnung der gesetzgebenden Körperschaften gelangen wird, ganz energisch den Hebel ansetzen müssen.

Mindestens ebenso wichtig wie die nun bezeichneten gesetzlichen Grundlagen für die Haftpflicht des Arztes ist die Art, in welcher dieselben in der Rechtsprechung sowohl auf dem Gebiete des Zivil- als auch des Strafrechtes Anwendung gefunden haben. Es ist gewiß von bedeutsamsten Interesse, daß sich in der ganzen Sammlung von Entscheidungen des obersten Gerichtshofes in Zivilsachen, welche ein halbes Jahrhundert umfaßt, nicht eine einzige Entscheidung dieses obersten österreichischen Tribunals findet, welche sich mit der Beurteilung eines gegen einen Arzt geführten Haftpflichtprozesses befassen würde, während allerdings mehrere Entscheidungen des obersten Gerichts- als Kassationshofes über die strafgerichtliche Verurteilung von Ärzten vorliegen. Es muß gewiß auffallen, daß die Judikatur des obersten Gerichtshofes in Zivilsachen, welche tatsächlich das gesamte Gebiet des sozialen, ökonomischen und Rechtslebens umfaßt, auch nicht einen einzigen Fall ärztlicher Haftpflicht zu entscheiden gehabt haben soll, obzwar es keinem Zweifel unterliegt, daß, wenn tatsächlich ein solcher Fall die Gerichte aller Instanzen beschäftigt hätte, die bezügliche Entscheidung schon mit Rücksicht auf die Interessen des so wichtigen ärztlichen Standes in die Sammlung aufgenommen worden wäre. Die Gründe für diese Erscheinung sind folgende: In erster Linie kommt der Umstand in Betracht, daß die große Masse des Publikums noch immer dem Arzte vertraut und es gar nicht wagt, sich gegenüber der ärztlichen Tätigkeit eine Kritik herauszunehmen, viel weniger dieselbe bis zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen zu verdichten. Als zweites Moment ist wieder auf Seite des Arztes in Berücksichtigung zu ziehen, daß dieser in dem Falle eines ihm drohenden Schadenersatzanspruches meist vorziehen wird, es auf eine gerichtliche Austragung der Angelegenheit nicht ankommen zu lassen; auf diesen Punkt soll noch später zurückgekommen werden.

Von größter Wichtigkeit ist jedoch ein Punkt, welcher mit dem Wesen der Sache eigentlich nichts zu schaffen hat — die Frage der Prozeßtechnik. Bis zum Beginn der Wirksamkeit der neuen Zivilprozeßordnung, d. i. dem 1. Januar 1898, bildeten nämlich Schadenersatzprozesse auf allen Gebieten die größte Seltenheit. Ohne in eine den vorliegenden Rahmen überschreitende Begründung dieser Erscheinung eingehen zu wollen, mag hier nur festgestellt werden, daß nach dem alten Prozeßverfahren für den Anwalt die Durchführung eines Schadenersatzprozesses von vornherein so schwierig erschien, daß man sich zur Erhebung einer Schadenersatzklage überhaupt nur in den seltensten Fällen entschloß. Und wenn nun in jüngster Zeit die Frage von der Haftpflicht des Arztes deshalb in den Vordergrund der Diskussion getreten ist, weil sich in neuerer Zeit die Fälle von Schadenersatzprozessen gegen Ärzte auffallend vermehrt haben, so ist dies zweifellos in erster Linie darauf zurückzuführen, daß gegenwärtig auf allen Gebieten, nicht bloß diesem kleinen Grenzgebiet der Jurisprudenz, die Schadenersatzprozesse wie Pilze aus dem Boden geschossen sind, weil dieselben unter der jetzt geltenden Zivilprozeßordnung allgemein mit dem größten Erfolge durchgeführt werden. Es ist dies also eine allgemeine Erscheinung im Prozeßleben, von welcher die Ärzte wohl nie Kenntnis erhalten hätten, wenn sie dieselbe nicht am eigenen Leibe zu spüren bekommen hätten. An Stelle der strengen Regeln über die Beweise, welche der Richter nach der alten Prozeßordnung handgreiflich vor sich haben mußte, um mit einer Verurteilung vorzugehen, ist nunmehr die sogenannte „freie Beweiswürdigung" getreten, welche den Richter zum souveränen Beherrscher des Prozeßstoffes macht.

Diese Scheidung zwischen Zivil- und Strafunrecht einerseits sowie die Auffassung, welche sich über die Haftung des Arztes im einzelnen Falle ergeben kann, läßt sich am besten an folgenden Paradigmen zeigen:

A. Zivilfälle.

Fall 1. Eine Schauspielerin hat einen kleinen Furunkel am Vorderarm und begibt sich zum Arzte, welcher ihr die Inzision empfiehlt. Auf ihre Frage, wie lange Zeit der Heilungsprozeß in Anspruch nehmen werde, antwortet er: „Acht, aber bestimmt höchstens vierzehn Tage." Er inzidiert den Furunkel und legt einen kunstgerechten Verband an. Die Patientin bekommt wenige Tage darauf ein ausgebreitetes Jodoformekzem, an welchem sie monatelang leidet und durch welches sie in der Ausübung ihres Berufes schwer gestört wird. Sie bringt gegen den Arzt eine Schadenersatzklage ein.

Es ist klar, daß in diesem Falle die Beiziehung von Sachverständigen den Arzt von der Haftpflicht wegen unsachgemäßer Behandlung befreien muß. Ein Jodoformekzem kann man nicht voraussehen. Dennoch läßt sich der Arzt auf einen Ausgleich ein in der richtigen Erwägung, daß er der Kranken einen bestimmten Heilungstermin angegeben habe, welcher in Wirklichkeit bedeutend überschritten wurde. Sein Vertrag war durch die eigene Unvorsichtigkeit zu einem Wertvertrage geworden, und er selbst findet es darum mehr als wahrscheinlich, daß der Richter in seinem Versprechen, die Heilung in längstens 14 Tagen zu bewerkstelligen, einen Wertvertrag erblicken werde. Der Fall zeigt klar, daß ebenso, wie LORENZ davor warnt, den Erfolg einer Kur mit Gewißheit zu versprechen, es nicht ratsam ist, einen bestimmten Termin für den Eintritt eines erwarteten Heileffektes vorherzusagen.

Fall 2. Ein Arzt trägt einer Patientin mit der Schere ein gestieltes Fibrom ab, welches an der Stirnhaargrenze gelegen ist, und legt hierauf einen Bindenverband an. Die Frau hat wenige Tage darauf ein Erysipel, an welchem sie 4 Wochen darniederliegt. Nach Ablauf der Krankheit klagt die Patientin den Arzt auf Schadenersatz.

Der Arzt hat, wie sich herausstellt, die Patientin vor der Operation gereinigt, indem er sie erst gewaschen und dann mit Äther abgeputzt hat. Ein Entfernen der Haare aus der Umgebung der Geschwulst war von der Patientin verweigert worden. Es entspinnt sich nunmehr eine Diskussion zwischen Klagevertreter und Sachverständigen, ob die Desinfektion eine genügende war. Die Beurteilung dieser Frage ist nicht ganz einfach. Denn der Streit über die Desinfektion des Operationsterrains ist heute mehr denn je aktuell; die Einen kämpfen für dieses, die Andern für jenes Desinfektionsmittel, indes wieder andere Autoren die mechanische Reinigung für die Hauptsache ansehen.

Im weiteren Verlaufe der Verhandlung ergibt es sich, daß der Verband sich verschoben habe. Von der Klageseite wird behauptet, der Verband sei nicht ordentlich gemacht gewesen, sonst hätte er sich nicht verschieben können. Der Sachverständige erklärt, daß auch ein lege artis angelegter Verband unter Umständen, insbesondere wenn der Kranke sehr unruhig sei, sich verschieben könne. Die Klageseite stellt die Frage, ob nicht ein Heftpflaster- oder ein Kollodiumverband die üblen Folgen hätte hintanhalten müssen. Der Sachverständige kann diese Frage durchaus nicht bejahen, da darüber die Meinungen der Autoren nicht vollkommen übereinstimmen.

Es ist dies also ein Fall, in welchem immerhin gewisse Momente einen — wenn auch nicht absolut begründeten — Zweifel offen lassen, ob der Arzt nicht möglicherweise doch gefehlt habe. Die Klage wird abgewiesen, weil der Sachverständige nicht in der Lage ist, ein positives Verschulden des Arztes zu behaupten.

Fall 3. Ein Arzt führt eine Geburt mittelst Forzeps zu Ende und erzeugt dabei eine tiefe Dammruptur, läßt dieselbe jedoch unvereinigt. Die Frau bekommt bald darauf eine bedeutende Senkung der Vaginalwände, durch welche sie in der Ausübung ihres Berufes schwer geschädigt und zu einer Nachoperation veranlaßt wird. Ein außergerichtlich beigezogener Sachverständiger äußert sich dahin, daß zwar nicht jede post partum angelegte Naht volle und sichere Heilung eines Risses gewährleiste und dem Entstehen einer Senkung bestimmt Einhalt tue, daß es jedoch trotzdem Pflicht des Arztes sei, die Sutur anzulegen; denn die Erfahrung lehre, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nach kunstgerechter Anlegung der Naht eine Heilung der Wunde erfolge und mißlichen Folgeerkrankungen hierdurch tatsächlich vorgebeugt werde.

Der Arzt verschließt sich dieser Argumentation nicht und versteht sich noch vor Beginn der Gerichtsverhandlung zur Zahlung einer gewissen Summe, da er einsieht, nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt zu haben, und erwartet, bei einer eventuellen Verhandlung sachfällig zu werden.

B. Straffälle.

Fall 1. Eine Frau konsultiert im Beginne der Schwangerschaft einen Arzt wegen Hustens und Herzklopfens. Der Arzt entdeckt zu seinem Schrecken eine ungemein ausgebreitete Tuberkulose, vergesellschaftet mit einem schweren Vitium cordis. Er fühlt sich dadurch veranlaßt, den künstlichen Abortus einzuleiten, welcher glatt abläuft. Einige Zeit darauf wird ihm von der Frau und von deren Gatten brieflich die gerichtliche Verfolgung unter Stellung von Ersatzansprüchen angedroht, weil er in gewinnsüchtiger Absicht den Abortus eingeleitet habe, was eine verbotene Handlung sei. Der Arzt merkt, daß es sich

um eine Erpressung handelt, läßt die Strafanzeige gegen sich erstatten und verlangt gleichzeitig die Verfolgung des erpresserischen Ehepaares wegen Verleumdung.

Nach Anhörung der Sachverständigen, welche die Einleitung des Abortus für gerechtfertigt erklären, erfolgt die Einstellung der Untersuchung gegen den Arzt.

Fall 2. Ein Arzt macht eine weder durch räumliches Mißverhältnis zwischen kindlichem Schädel und mütterlichem Becken, noch durch lange Geburtsdauer indizierte, also vollkommen ungerechtfertigte hohe Zange. Er erzeugt hierbei eine große Blasenscheidenfistel, beiderseitige tiefe Zervixrisse und Vaginalrupturen, welche die Schambeinäste bloßlegen, sowie eine tiefe Dammruptur. Die Frau geht septisch zugrunde.

Der Arzt kommt in strafgerichtliche Untersuchung und wird wegen Kunstfehlers, welcher den Tod der Frau zur Folge gehabt, zu einer Freiheitsstrafe und zum Verluste des Rechtes zur Ausübung der ärztlichen Praxis verurteilt.

Aus den vorangeführten Beispielen ergibt sich, daß der Schwerpunkt des gegen einen Arzt anhängigen Zivil- oder Strafverfahrens in dem Gutachten der Sachverständigen liegt, deren Ausspruch ja schließlich doch immer für den Richter maßgebend bleiben muß, weil ihm die erforderlichen Fachkenntnisse fehlen. Hierin liegt eine große Beruhigung für den geklagten Arzt, weil er von vornherein damit rechnen kann, daß die Entscheidung tatsächlich in den Händen von Kollegen liegt, welche gewiß nicht bloß bei dem angeklagten Arzte bona fides, d. h. Anwendung jener Behandlung, welche nach seiner Überzeugung die entsprechendste war, voraussetzen, sondern auch in jenen Fällen, wo nach dem Stande der ärztlichen Wissenschaft eine verschiedene Auffassung zulässig ist, dem Arzte das Recht wahren werden, nach seiner Anschauung vorgegangen zu sein.

Hierzu kommt aber auch noch der Umstand, daß die ganze Beweislast dem Kläger zufällt, welcher den doppelten Nachweis des schuldbaren Verhaltens des Arztes und des eingetretenen Schadens zu erbringen hat. Dieser Nachweis ist gerade auf dem Gebiete der ärztlichen Behandlung ein überaus schwieriger, weil dem nicht fachkundigen Kläger und seinem ebensowenig fachkundigen Anwalt der Arzt gegenübersteht, welcher in seinen Fachkenntnissen das genügende Rüstzeug besitzt, um sich in der zähesten Weise gegen unbegründete Ansprüche zu verteidigen.

Aus dem Vorgesagten ergibt sich somit, daß der Arzt sich gegenüber Haftpflichtansprüchen von vornherein in einer sehr günstigen Position befindet, und daß er in der Regel von der Durchführung eines Prozesses nichts zu fürchten hätte — wenn nicht andere Umstände hinzukämen, die mit der Rechtsfrage nichts zu schaffen haben, d. i. die Frage der Publizität und der hiermit notwendigerweise für das Renommée des Arztes verbundenen schweren Schädigung.

Seit Einführung der neuen Zivilprozeßordnung spielt sich auch das Zivilprozeßverfahren in voller Öffentlichkeit ab und muß daher der Arzt damit rechnen, daß die Tagespresse über Zivilverhandlungen gegen Ärzte Berichte bringt, welche unter Umständen je nach der Parteistellung eine gehässige Färbung erhalten. Ob und inwieweit hiergegen durch einen Zusammenschluß der Ärzteschaft Abhilfe getroffen werden könnte, kann nicht Gegenstand der vorliegenden Erörterungen sein, sollte jedoch von jenen Körperschaften, denen die Vertretung der ärztlichen Interessen obliegt, reiflich erwogen werden.

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen, welche dazu dienen sollen, um einerseits die Möglichkeit von Haftpflichtprozessen gegen die Ärzteschaft einzuschränken, andrerseits die Position des Arztes gegenüber derartigen Ansprüchen zu stärken.

Der Arzt wird sich zunächst manchen Prozeß dadurch ersparen, daß er sich wohl hütet, bei Übernahme einer ärztlichen Behandlung oder vor Ausführung eines operativen Eingriffes dem Patienten Versprechungen zu machen, welche, weil in rechtsverbindlicher Form abgegeben, dem Patienten die Möglichkeit geben, hieraus eine Verbindlichkeit des Arztes abzuleiten und den letzteren haftpflichtig zu machen (LORENZ). Der Arzt möge also verhüten, daß aus dem Lohnvertrage ein Wertvertrag werde, indem er über den Erfolg oder die Dauer der Behandlung ein bestimmtes Versprechen abzugeben unterläßt, für dessen Einhaltung er sonst zu haften hätte.

In dem Falle, als an den Arzt mit Ansprüchen herangetreten wird, gerät er selbstverständlich in große Besorgnis, weil er sich dessen wohl bewußt ist, welche Konsequenzen eine gerichtliche Austragung für ihn zur Folge haben kann. Es ist daher nur recht und billig, daß er in dieser bedrängten Situation eine Stütze in der Ärztekammer finde, welche ja die Interessen der gesamten Ärzteschaft zu vertreten hat. Dieser Schutz des Einzelnen in dem Kampfe gegen ungerechte Ansprüche ließe sich wirksam in folgender Weise geltend machen:

Jeder Arzt, welchem eine Zivilklage wegen Schadenersatz aus ärztlicher Behandlung oder die Strafverfolgung aus gleichem Grunde droht, möge hierüber an die Ärztekammer einen eingehenden Bericht erstatten, welcher einer eigenen Kommission zugewiesen wird, die den Fall nach Möglichkeit untersucht und klarstellt. Die Ärztekammer wird auf diesem Wege, wenn sie auch über die weiteren Vorkommnisse des Falles auf dem Laufenden erhalten wird, mit der Zeit ein reiches Materiale erhalten über die Ansprüche, welche an die Ärzteschaft erhoben werden, woran es bisher vollständig gebricht. Durch Zuziehung eines juristischen Beirates (bei schwierigen Fällen auch durch Kooptierung einer medizinischen Autorität auf dem betreffenden Spezialgebiete) wird diese Kommission der Ärztekammer in der Lage sein, sich ein genaues und richtiges Bild über den ihr vorliegenden Fall zu machen und dem betreffenden Arzte die Direktiven erteilen können, wie er sich bei Austragung der Angelegenheit zu benehmen habe.

Es ist aber auch eine weitere Aktion der Ärztekammer in anderer Richtung notwendig, um für den Fall, als es zu einer gerichtlichen Austragung der Sache kommt, die Interessen des Arztes kräftigst zu unterstützen. Es wäre nämlich für den Arzt in jedem einzelnen Falle von großer Wichtigkeit, wenn das von der Kommission der Ärztekammer auf Grund ihrer Untersuchung geschöpfte Gutachten zur Kenntnis des entscheidenden Gerichtes käme, weil hierdurch von vornherein dem Gerichte eine von kompetenter Seite stammende und dabei objektive Direktive für die Beurteilung der Sache erteilt würde. Über die praktische Möglichkeit der Abgabe eines solchen Gutachtens an das Gericht kann kein Zweifel bestehen, wenn auch hierbei die Verschiedenheit des Zivil- und Strafverfahrens berücksichtigt werden müßte. Der Strafrichter ist nämlich berechtigt, das Materiale für die Untersuchung aus welcher Quelle immer zu schöpfen, während der Zivilrichter in erster Linie an die Anträge der Parteien gebunden ist. Es stünde jedoch nichts im Wege, daß das Justizministerium sowohl die Zivil- als Strafrichter anweisen würde, in Fällen von Zivilklagen oder Strafanzeigen, welche gegen Ärzte auf Grund von Handlungen, die ihre Berufstätigkeit betreffen, eingebracht werden, stets vor Anordnung der Verhandlung das Gutachten der Ärztekammer über den betreffenden Fall einzuholen. Wenn eine derartige Verordnung auch nicht in apodiktischer Form lauten würde, so kann darüber kein Zweifel bestehen, daß die Richter einer solchen Weisung der obersten Justizbehörde stets Folge geben würden, da die Erfüllung derselben mit dem Gesetze keineswegs im Widerspruche steht.

Das Vorliegen eines solchen Gutachtens bei der Verhandlung wäre für den Arzt von nicht zu unterschätzender moralischer Bedeutung. Es läge für ihn ein Zeugnis seiner Standesgenossen vor, daß er seine Berufspflicht erfüllt habe, und er könnte dann mit Beruhigung dem Ausspruche des staatlichen Richters entgegensehen. Aber auch vor der Verhandlung wäre ein solches Gutachten für den Arzt deshalb von großer Wichtigkeit, weil er in zweifelhaften Fällen in diesem Gutachten einen Wink erblicken wird, die Angelegenheit zur gerichtlichen Austragung nicht gelangen zu lassen, während er in Fällen, wo ihm Unrecht geschehen würde, eine moralische Stütze besitzen, sich durch Drohungen oder gar Erpressungen nicht einschüchtern lassen und auf seinem guten Rechte bestehen wird.

Wenn durch die vorliegenden Zeilen auch nur eine Anregung zur Lösung der so wichtigen Frage der ärztlichen Haftpflicht gegeben wurde, wäre der Zweck derselben erreicht.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 23. Februar 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

H. v. Schrötter demonstriert einen aus dem rechten Bronchus entfernten Fremdkörper. Vortr. berichtet über die Entfernung eines eisernen Schuhnagels aus dem rechten Bronchus eines 4³/₄jährigen Knaben, welcher den Fremdkörper 12 Tage vor der Entfernung beim Spielen aspiriert hatte. Derselbe wurde unter direkter Bronchoskopie, also vom Munde aus, ohne Narkose am sitzenden Pat. mittelst einer Pinzette entfernt, nachdem vorher ein Extraktionsversuch mittelst eines in den Tubus des Bronchoskops eingeführten stabförmigen Magneten versucht worden war. Im Bronchus war reichliche Granulationsbildung vorhanden. Der Knabe konnte 3 Tage später beschwerdenfrei nach Hause entlassen werden.

v. Stenitzer: Über Trypanosomen.

Die zu den Flagellaten gehörigen Trypanosomen sind Erreger verbreiteter Tierseuchen (Nagana, Surra, Durine, Mal de Caveras) und beim Menschen der tödlichen Schlafkrankheit. Sie kommen vornehmlich in den tropischen Gegenden vor, die Erreger der Durine finden sich auch in Spanien, Italien, der Türkei, Algier und Kleinasien, ein bei Ratten vorkommendes Trypanosoma auf der ganzen Erde vor. Der klinische Verlauf der Krankheit ist bei Tieren gewöhnlich durch Fieber, Ödeme, Lähmungserscheinungen, atrophische Plaques an der Haut, Drüsen- und Milzschwellung, Abmagerung, Schwäche gekennzeichnet. Die Tiere gehen akut oder unter chronisch verlaufender Kachexie zugrunde. Die menschliche Trypanosomiasis befällt namentlich die Eingebornen von Mittelafrika und scheint sich in ihrem Endstadium als Schlafkrankheit zu äußern, welche durch den Aufenthalt der Trypanosomen in der Zerebrospinalflüssigkeit hervorgerufen werden soll. Die Tripanosomiasis kann beim Menschen ziemlich lange symptomlos bestehen; dann kommt es zu Erythemen, Ödemen, Milzschwellung. Rückenschmerzen und Kopfschmerzen zeigen schon den Beginn des zweiten Stadiums, der Schlafkrankheit, an, welches sich durch Schlafsucht hochgradige Abmagerung, Anämie, Muskelschwäche und Anorexie äußert und nach einigen Monaten zum Tode führt. Das Trypanosoma hat einen fischähnlich geformten Körper mit einem granulierten Protoplasma und einem Kern, an einem Körperende befindet sich ein rotgefärbtes Pünktchen, von welchem eine lange Geißel entspringt, die mit dem Körper teilweise durch eine Membran verbunden zu sein scheint. Die Fortbewegung erfolgt durch Schwingungen der Geißel mit der Spitze derselben nach vorne, die Ernährung findet durch Osmose statt. Jede der angeführten Krankheiten wird durch eine spezifische Art des Trypanosoma hervorgerufen, die einzelnen Arten unterscheiden sich durch ihre Größe, die Stellung des Kernes und die Länge der Geißel. Die Vermehrung erfolgt durch Teilung, eine geschlechtliche Vermehrung ist noch nicht nachgewiesen, scheint aber höchstwahrscheinlich in gewissen Stadien der Entwicklung vorzukommen, welch letztere noch nicht genau erforscht ist. Bei der Teilung bläht sich das Trypanosoma auf, das Geißelende spaltet sich, der Kern teilt sich, das geht wiederholt vor sich, bis zirka 16 neue Individuen neugebildet sind, welche sich dann voneinander trennen. Als Überträger dieser Blutparasiten dienen verschiedene Fliegen, darunter die Tse-Tse-Fliege (Glossina palpalis); ob diese auch als Wirte den Trypanosomen dienen, ist noch eine offene Frage. Die Parasiten bleiben außerhalb des Tierkörpers noch viele Tage am Leben. Die Trypanosomen finden sich bei den erkrankten Tieren und beim Menschen im Blute, bei Nagana in einer so großen Anzahl, daß sie die der roten Blutkörperchen übertrifft. Bei den meisten Trypanosomiasen, so auch bei der Schlafkrankheit, sind sie aber nur in spärlicher Anzahl vorhanden, bei einigen findet man ein zeitweises Ausschwärmen derselben in die Blutbahn. Über das Verhalten der Parasiten in den Organen ist noch nichts Näheres bekannt. Durch Injektion von Trypanosomen ins Blut gewinnt das Serum spezifisch agglutinierende Fähigkeiten, man war bis jetzt jedoch noch nicht imstande, ein gegen Trypanosomiasis empfindliches Tier gegen dieselbe zu immunisieren; erst Koch ist es in letzter Zeit gelungen, mittelst Injektion abgeschwächter Trypanosomen Immunität zu erzielen. Chinin ist gegen die Trypanosomiasis wirkungslos bessere Resultate erzielt man durch Injektion von Arsenik, namentlich in Verbindung mit Trypanrot, welches die Trypanosomen zwar in vitro nicht tötet, sie aber aus dem Blute zum Verschwinden bringt; die Injektion muß aber nach einiger Zeit wiederholt werden, da die Parasiten wieder bald im Blute erscheinen. Diese Therapie befindet sich aber erst im Stadium der Laboratoriumsversuche.

K. Sternberg demonstriert eine Schnittfärbung nach Romanowsky, welche für die Untersuchung der Protozoen große Vorteile bietet, wenn man zu derselben die Lösung nach Giemsa verwendet. Man läßt 5·7 μ dicke Paraffinschnitte 24 Stunden in verdünnter Giemsascher Lösung, dann differenziert man in Essigsäure und absolutem Alkohol. An den eingestellten Präparaten (Herzmuskel einer mit Nagana-Trypanosoma infizierten Maus) sind die Trypanosomen sehr distinkt gefärbt, das Chromatin ist deutlich rot, das Protoplasma blau.

Diskussion zum Vortrage von Dr. Rud. Kaufmann: Über Magenchemismus und Magenatonie.

Al. Strasser bemerkt, daß die alleinige Betrachtung der Salzsäurewerte nur bei zwei Krankheitsformen wirklich ohne Einschränkung erlaubt ist, nämlich bei der glandulären Atrophie durch den stetigen Mangel an Salzsäure und bei der reinen Form der Reichmannschen Hyperazidität mit Hypersekretion durch die Erscheinung übergroßer Mengen von Salzsäure ohne den Reiz einer Probemahlzeit. Alle anderen Salzsäurebefunde sind schwankend und unterstützen nur in Verbindung mit anderen Symptomen die Diagnose. Die Befunde Kaufmanns werden auch durch die Ergebnisse der Therapie bestätigt. Durch starke Schwitzbäder wird die Produktion der Salzsäure im Magen hochgradig für mehrere Stunden herabgesetzt; bei Hyperazidität verschwindet sie ebenfalls, die subjektiven Beschwerden werden aber nicht gebessert. Umgekehrt steigert die Applikation warmer Umschläge auf die Magengegend die Salzsäuresekretion, und doch wirkt diese Applikation bei reiner Hyperazidität und bei Ulzerationen des Magens.

W. Zweig empfiehlt die Beibehaltung der bisherigen Einteilung der Sekretionsanomalien des Magensaftes und der entsprechenden Proben. Die Hyperazidität kann durch eine überreiche Sekretion von Magensaft larviert werden, so daß man zu gewissen Zeiten im Magen nur geringe Salzsäurewerte findet. Die Beschwerden rühren bei Hyperazidität nicht von dieser allein, sondern hauptsächlich von dem Grundleiden, der nervösen Dyspepsie ab; es muß also letztere als die Grundkrankheit behandelt werden. Die Magenaufblähung gibt über die Funktion des Magens keinen Aufschluß. Die Magenatonie kommt seltener vor, als Kaufmann annimmt.

G. Holzknecht weist darauf hin, daß es bei der Anwendung der Methode von Rieder (Verabreichung großer Mengen von Wismut in einer breiigen Speise) gelingt, gute Röntgenphotographien des Magens herzustellen. Vergiftungserscheinungen sind hierbei nicht zu fürchten, so daß man bis zu 60 *g* Wismut geben kann.

R. Spiro bemerkt, daß die Magenatonie in vielen Fällen den Hauptgrund der Magenbeschwerden in den besprochenen Fällen bildet, sie ist gewöhnlich jedoch nur ein Glied in der mechanischen Behinderung der Fortbewegung der Speisen, das Hauptleiden bilden Knickungen, Adhäsionen des Magens usw. Bei Hyperazidität hat Redner ein mächtiges Schwanken der Salzsäurewerte gefunden, stets bestand ein Mißverhältnis zwischen der Gesamtazidität und der freien Salzsäure zugunsten der letzteren.

M. Weinberger demonstriert eine biegsame Sonde mit Quecksilberfüllung, welche zur Untersuchung der Magendimensionen vorzüglich geeignet ist.

Rud. Kaufmann bemerkt, daß er durchaus nicht die Magendiagnostik durch chemische Methoden verwerfe, man dürfe sie aber nicht überschätzen. Die larvierten Formen der Hyperazidität habe er ebenfalls erwähnt. Die Entwicklung eines konstanten Gasvolumens bei der Magenaufblähung kann wichtige Aufschlüsse über die Elastizität des Magens liefern. Die Restbestimmungsmethoden sind unverläßlich, da sie selbst bei demselben Menschen verschiedene Werte liefern.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 2. März 1905.

G. Schwarz demonstriert das anatomische Präparat von einem Falle von Abszeß des vorderen Mediastinums bei Scharlach. Bei dem Pat. bildete sich im Verlauf des Scharlachs ein fluktuierender Tumor über dem Sternum, welcher eine lebhafte, vom Herzen mitgeteilte Pulsation zeigte. Im Sternum trat eine Dehiszenz auf und es kam zur Fraktur desselben. Beim Palpieren des Tumors stellten sich Atemnot, Cyanose, Erhöhung der Puls- und Respirationsfrequenz ein, später traten solche Anfälle auch spontan auf. Durch Inzision wurde aus der Geschwulst zirka ¹/₄ *l* Eiter entleert, bald darauf kam es zum Exitus. Bei der Obduktion fand man eine zwischen dem Sternum, dem Perikard und der Pleura liegende Abszeßhöhle und tuberkulöse Bronchialdrüsen, im Eiter fanden sich Streptokokken und Staphylococcus aureus, die ersteren waren nach der Agglutinationsprobe von den beim Scharlach vorkommenden verschieden. Es ist fraglich, ob eine Osteomyelitis oder eine Knorpeleiterung die Ursache des Abszesses war.

A. Hecht zeigte das anatomische Präparat eines Falles von Lebersarkom, welches bei einem ³/₄ Jahre alten Mädchen zur Beobachtung gelangte. Dasselbe war stark anämisch (2,980.000 Erythrozyten, Hämoglobingehalt 15—20% Fleischl), in der Lebergegend saß ein elastischer, später fluktuierender Tumor, dessen Punktion blutig tingierte Flüssigkeit mit Gewebstrümmern, roten Blutkörperchen und Leberzellen ergab. Bei der Obduktion fand sich ein kindskopfgroßes Sarkom der Leber.

G. Nobl stellt zwei Fälle von Lupus verrucosus und einen Fall von disseminiertem Lupus miliaris bei Kindern vor. Die beiden ersten Fälle zeigen verrukös gewucherte und von hornigen Massen bedeckte Lupusplaques, der dritte über den ganzen Körper zerstreute kleine Knötchen. Die Lupuseruptionen waren nach Masern aufgetreten. Bei den verrukösen Formen ist die beste Therapie die Exzision der Herde.

W. Knöpfelmacher zeigt zwei Geschwister mit hereditär-familiärem Diabetes insipidus. Die Harnmenge ist sehr groß, sie beträgt bei dem größeren Knaben bis zu 9 *l* im Tage, der Wasserausscheidung entsprechend ist auch der Durst gesteigert, die Harnblase ist enorm erweitert, so daß sie in gefülltem Zustande über dem Nabel steht. Bemerkenswert ist, daß der Vater, Großvater und die Urgroßmutter der Kinder ebenfalls an Diabetes insipidus gelitten haben.

J. Leiner zeigt das Mädchen aus dem vorerwähnten Geschwisterpaare, welches an Ichthyosis nacré leidet. Die Haut des Kindes ist auffallend trocken und mit Schuppen und Hornschildern bedeckt. Wenn ein mit diesem Hautleiden behaftetes Kind von Scharlach befallen wird, so bilden sich nach Ablauf desselben Rhagaden, welche sich langsam ausgleichen, die Abschuppung ist kleienförmig.

H. Lehndorff demonstriert ein 12 Tage altes Kind mit Spina bifida der Lendenwirbelsäule, in der Hülle derselben sind zerfaserte Spinalnerven nachweisbar. Daneben bestehen eine schlaffe Lähmung und eine Sensibilitätsstörung der Beine, ferner Subluxationsstellung der Finger- und Zehengelenke, die Reflexe an den unteren Extremitäten sind erloschen, die elektrische Erregbarkeit der Muskeln ist dagegen erhalten. Es liegt sicher eine schwere Störung der Hinterstränge vor.

W. Knöpfelmacher macht darauf aufmerksam, daß auch eine Lähmung der Muskeln des Beckenbodens vorliegt, welche sich durch Verstrichensein der Crena ani und durch trichterförmiges Vorspringen des Afters dokumentiert.

J. Flesch demonstriert ein Kind mit einem angebornen Beweglichkeitsdefekt der Augen. Beim Blick nach außen divergieren die Augenachsen, während beim Blick nach vorne Konvergenz besteht. Es handelt sich entweder um eine angeborne Schwäche beider M. externi oder um eine sogenannte Divergenzlähmung, welche auf einer Kernläsion beruht.

Krenberger berichtet über die Gründung der Vierteljahresschrift „Eos", welche sich mit den gesamten Abnormitäten der Kinder befassen und das Einvernehmen zwischen dem Arzte und dem Lehrer pflegen soll.

Notizen.

Wien, 4. März 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. Haberer ein Mädchen aus der Klinik v. Eiselsbergs, welches er wegen inkarzerierter Treitzscher Hernie operiert hat; der vom Recessus duodeno-jejunalis gebildete Bruchsack enthielt beinahe den ganzen Darm; die Operation bestand in Reposition desselben nach Erweiterung der Bruchpforte, sodann in Resektion und Naht der vorderen Bruchsackwand. — Hierauf hielt Prim. Bakeš (Mähr.-Trebitsch) den angekündigten Vortrag: „Über die operative Therapie des kallösen Magengeschwürs." Die Therapie dieses Leidens ist — sagt Verf. u. a. — bis in die letzte Zeit eine vorwiegend interne oder palliativ chirurgische gewesen, doch drängen die auch nach gelungener Gastroenterostomie zurückbleibenden gefahrdrohenden Komplikationen (Blutung, Perforation, Pylorusstenose, krebsige Umwandlung) zur radikalen Operation, d. h. zur Resektion der erkrankten Magenpartie; ist diese nicht durchführbar, so tritt die Gastroenterostomie als palliative Operation an ihre Stelle. Vortr. besprach eingehend die Technik der Resektion, welche er unter Schleichscher Anästhesie in Kombination mit dem Ätherrausch ausführt, und schilderte schließlich sieben von ihm nach dieser Methode im Vorjahre operierte Fälle. In der Diskussion bemerkte Dr. Lorenz, daß die bereits von v. Eiselsberg bei kallösem Magengeschwür empfohlene Magenresektion in manchen Fällen nicht ohne Gefährdung des Lebens des Pat. durchführbar sei, und sprach sich für eine scharfe Trennung des kallösen von dem kallösen penetrierenden Magengeschwüre aus. Dr. Clairmont wies darauf hin, daß oftmals, wenn die Magensekretion nicht ausführbar erscheine, eine palliative Operation zum Ziele führen kann.

(Oberster Sanitätsrat.) In der Sitzung vom 25. Februar 1905 gelangten nachstehende Referate zur Beratung und Beschlußfassung: 1. Gutachtliche Äußerung über die Notwendigkeit der abgesonderten Unterbringung von Tuberkuloseverdächtigen in Strafanstalten. Im Anschlusse an dieses Referat wurde ein von Prof. Weichselbaum gestellter Initiativantrag, betreffend die Feststellung der Grundsätze in bezug auf die Unterbringung der Tuberkulösen in Krankenanstalten insbesondere in Wien, in Vorberatung genommen und einem Spezialkomitee zugewiesen. 2. Gutachten über die Eignung der Lokalitäten einer staatlichen Lebensmittel-Untersuchungsanstalt für bakteriologische Untersuchungen.

(Universitätsnachrichten.) Der Privatdozent für Augenheilkunde an der Universität in Graz Dr. Alois Sachsalber hat den Titel eines a. o. Universitätsprofessors erhalten. — Der Extraordinarius für Anatomie in Leipzig Dr. Rudolf Fick ist als ordentlicher Professor an die deutsche Universität in Prag berufen worden. — Prof. Dr. Ribbert in Göttingen hat eine Berufung als Ordinarius und Direktor des pathologischen Institutes in Bonn angenommen. — Prof. Dr. Symmers in Kairo ist zum Professor der pathologischen Anatomie in Belfast ernannt worden. — Prof. Dr. M. Askanazy in Königsberg hat eine Berufung auf den Lehrstuhl für pathologische Anatomie in Genf erhalten. — Prof. Dr. Janowski ist zum Direktor der propädeutischen Klinik in Kiew, Prof. Dr. Gabbi zum Direktor der medizinischen Klinik in Messina und Dr. Cameron zum Ordinarius für Hygiene in Leeds ernannt worden.

(Personalien.) Der Bezirksarzt des Ökörmezöer Komitates Dr. Aladar Réthy hat anläßlich seiner 50jährigen Amtstätigkeit das goldene Verdienstkreuz erhalten. — Geh. Reg.-Rat Dr. Emil Fischer in Berlin ist zum ordentlichen Mitgliede der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen ernannt worden.

(Der 22. Kongreß für innere Medizin) findet vom 12. bis 15. April 1905 zu Wiesbaden unter dem Vorsitze von Erb (Heidelberg) statt. Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: Über Vererbung. 1. Ref.: „Über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie": H. E. Ziegler (Jena), 2. Ref.: „Über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose": Martius (Rostock). Vorträge haben angemeldet: A. Hoffmann (Düsseldorf): „Über Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen"; Paul Krause (Breslau): „Über Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie"; Schütz (Wiesbaden): „Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes"; M. Matthes (Jena): „Über Autolyse"; Clemm (Darmstadt): „Über die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane"; Siegfried Kaminer und Ernst Meyer (Berlin): „Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Applikationsortes für die Reaktionshöhe bei diagnostischen Tuberkulininjektionen"; A. Bickel (Berlin): „Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß von Kochsalzthermen auf die Magensaftsekretion"; August Laqueur (Berlin): „Mitteilungen zur Behandlung von Herzkrankheiten mit Wechselstrombädern"; Aufrecht (Magdeburg): „Erfolgreiche Anwendung des Tuberkulins bei sonst fast aussichtslos kranken fiebernden Phthisikern"; Homberger (Frankfurt a. M.): „Die Mechanik des Kreislaufes"; Rumpf (Bonn): „Über chemische Befunde im Blute und in den Organen bei Nephritis"; L. Gürisch (Parchwitz): „Die tonsillare Radikaltherapie des Gelenkrheumatismus" (mit Demonstrationen); Rothschild (Soden a. T.): „Der angeborne Thorax paralyticus"; O. Hezel (Wiesbaden): 1. „Beitrag zu den Frühsymptomen der Tabes dorsalis"; 2. „Über eine gelungene Nervenpfropfung, ausgeführt zur Heilung einer alten, stationär gebliebenen Lähmung einiger Muskeln aus dem Gebiete des N. peroneus"; Bernh. Fischer (Bonn): „Über Arterienerkrankungen nach Adrenalininjektionen"; Gerhardt (Erlangen): „Beitrag zur Lehre von der Mechanik der Klappenfehler"; Lüthje (Tübingen): „Beitrag zum experimentellen Diabetes"; Kohnstamm (Königstein i. T.): „Die zentrifugale Strömung im sensiblen Nerven"; Goldman (Brennburg-Sopron): „Neuere Beiträge zur Eisentherapie bei Chlorose und Anämie"; Friedel-Pick (Prag): „Über Influenza"; Turban (Davos): „Demonstration und Erläuterung mikroskopischer Präparate: 1. Tuberkelbazillen: Kern- und Membranbildung; 2. Elastische Fasern: Fettorganisation und Doppelfärbung; 3. Geheilte Kaverne; 4. Tuberkulose und Karzinom." Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und

Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrat Dr. EMIL PFEIFFER, Wiesbaden, Parkstraße 13.

(Ärztliche Studienreise 1905.) Wie wir vernehmen, wird die diesjährige ärztliche Studienreise am 13. September beginnen. Von München ausgehend und in Meran, dem Ort der diesjährigen Naturforscherversammlung, endend, sollen folgende Bade- und Kurorte in die Reise einbezogen werden: Ischl, Reichenhall, Berchtesgaden, Gastein, Gossensaß, Levico, Roncegno, Riva, Gardone, Salo, Arco, Meran.

(Statistik.) Vom 19. bis inklusive 25. Februar 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8437 Personen behandelt. Hiervon wurden 1824 entlassen, 188 sind gestorben (9·03% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 82, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 79, Scharlach 63, Masern 302, Keuchhusten 18, Rotlauf 40, Wochenbettfieber 6, Röteln 20, Mumps 29, Influenza 5, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 767 Personen gestorben (+ 16 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Trebitsch der Stadt- und Bahnarzt Dr. LEOPOLD WASSERMANN, 58 Jahre alt; in Konstantinopel der österreichisch-ungarische Delegierte des internationalen Sanitätsrates und Arzt der österreichisch-ungarischen Botschaft Oberstabsarzt Dr. MALLY; in Potsdam der Direktor des St. Josefs-Krankenhauses Oberstabsarzt Prof. Dr. ALBERTI; in Braunschweig der Brigadestabsarzt a. D. Med.-Rat Prof. Dr. KNOCKE, 92 Jahre alt; in Dresden der Präsident des Landesmedizinalkollegiums Geh. Med.-Rat Dr. GÜNTHER, 76 Jahre alt; in London der bekannte Chirurg Dr. LUTHER HOLDEN im Alter von 89 Jahren; in St. Petersburg der kaiserl. Leibarzt Geh. Rat Dr. ROSTSCHININ; in Neapel der Kriminalanthropologe Prof. Dr. PENTA.

Ein Anastigmat ist bekanntlich das qualitativ am höchsten stehende Objektiv. Der allgemeinen Verwendung desselben stand bisher nur der hohe Preis hindernd im Wege. Seit kurzem werden jedoch die bekannten Union-Cameras der **Firma Stöckig & Co.** ausschließlich mit Anastigmaten ausgerüstet und da diese Apparate unter erleichterten Bedingungen erhältlich sind, dürfte sehr bald manches minderwertige Objektiv verdrängt sein. Im übrigen verweisen wir auf die Beilage in unserem heutigen Blatte.

Die Zweigniederlassung Wien der weltberühmten Firma **Heinrich Mattoni, Gießhübl Sauerbrunn** beging am 1. März **das 40jährige Bestandsjubiläum** und wurde damit gleichzeitig das 40jährige Geschäftsjubiläum ihres verdienstvollen Prokuristen Herrn Emil Wille verbunden.

Frauenarzt Dr. J. Königstein wohnt jetzt I., Tiefer Graben 7, Mezzanin.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

M. Chotzen, Gesundheitslehre des Geschlechtslebens. Breslau 1905, W. Koebner. — M. —·60.

A. Sperling, Gesundheit und Lebensglück. Berlin 1904, Ullstein & Ko. — M. 7·50.

E. Ozenne, L'Endométrite. Paris 1905, A. Maloine.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 6. März 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dr. S. FEDERN: Über Arteriosklerose und deren Behandlung.

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege

und Zentralverband der Balneologen Österreichs.

Vortrags- und Diskussionsabend: Mittwoch, den 8. März 1905, präzise 6 Uhr abends im Hörsaale des k. k. hygienischen Universitätsinstitutes, IX., Schwarzspanierstraße 17.

Fortsetzung der Verhandlungen vom 1. März l. J.

1. Universitäts-Dozent Dr. K. ULLMANN: Besteht in Lupusheilstätten, dermatologischen und chirurgischen Kliniken eine Gefahr für Tuberkulose-Infektion? — 2. Dr. MAX HAUSCHKA v. TREUENFELS, Kurarzt in Gleichenberg: Die Mindestmaßnahmen der Tuberkulose-Prophylaxis in offenen Kurorten. — 3. Diskussion über diese Vortragsthemen und jene der Versammlung vom 1. März l. J.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 9. März 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik NEUSSER.

I. Demonstrationen. — II. Hofrat Professor NOTHNAGEL: Zur Pathogenese der Kolik.

Verantwortlicher Redakteur: Dozent Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Helmitol", vortreffliches Blasenantiseptikum.** Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 12. März 1905. Nr. 11.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Administration: Telephon Nr. 9104.

Hierzu eine Beilage: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung."

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über die kosmetischen Operationen in der Augenheilkunde.

Von **Priv.-Doz. Dr. M. Sachs**, Wien.*)

Mit der Bedeutung der Augen und deren Umgebung für den Gesichtsausdruck hängt es zusammen, daß die Krankheiten dieser Teile leicht zu auffallenden Entstellungen führen. Die Mehrzahl dieser kann auf operativem Wege behoben oder zum mindesten verringert werden. Die kosmetischen Bestrebungen in der Ophthalmochirurgie beschränken sich aber nicht nur auf die Beseitigung von vorhandenen Entstellungen, sondern sind besonders auch darauf gerichtet, die am Augapfel oder seiner Umgebung unabweisbar gewordenen Operationen unter tunlichster Vermeidung von Entstellung durchzuführen. Tatsächlich gibt es kaum eine typische Operation in der Augenheilkunde, die nicht im Laufe der Zeit ausschließlich im Interesse des postoperativen Aussehens modifiziert worden wäre. Ich erinnere nur, um ein Beispiel aus jüngster Zeit anzuführen, an die KRÖNLEINsche Operation, bei der durch die temporäre Resektion des Os zygomaticum die Orbitalhöhle von der Seite her zugänglich gemacht werden kann. Hierdurch ist man instand gesetzt, retrobulbäre Tumoren, die man bisher nur nach Opferung des Augapfels entfernen konnte, ohne diesen verstümmelnden Eingriff zu exstirpieren. Dadurch, daß wir diese die postoperative Entstellung bekämpfenden Encheiresen den kosmetischen Operationen zuzählen, gewinnt das hier abzuhandelnde Thema einen Umfang, der es mir bei der zu Gebote stehenden Zeit zur Pflicht macht, mich im folgenden auf das Wichtigste zu beschränken, wobei ich das Hauptgewicht auf die Hervorhebung der in jüngster Zeit auf dem Gebiete der kosmetischen Operationen erzielten Fortschritte legen werde.

Ich will mit der Besprechung der an den Lidern zur Ausführung gelangenden kosmetischen Operationen beginnen und will zunächst der Eingriffe gedenken, durch die entstellende Anomalien in der Weite der Lidspalte beseitigt werden können.

Das jeweils einzuschlagende Verfahren ist in erster Linie von der Ursache der Anomalie abhängig zu machen. Bei der großen Zahl der Faktoren, die auf die Weite der Lidspalte Einfluß nehmen, ist es jedoch nicht immer leicht, diese Ursache festzustellen. In Fällen, wo die beiden Lidspalten ungleich breit sind, ist oft schon die Frage schwer zu beantworten, ob die breitere oder die schmälere Lidspalte die krankhaft veränderte ist. Ich muß es mir versagen, auf die recht interessante Differentialdiagnose einzugehen und begnüge mich, darauf hinzuweisen, daß die Weite der Lidspalte nicht nur von der Beschaffenheit der Lidmuskulatur (Lähmung oder Krampf des Schließmuskels einerseits, des glatten und des quergestreiften Lidhebers andrerseits), sondern auch von der Größe des Augapfels (Mikrophthalmus, Buphthalmus, Vergrößerung bei Achsenmyopie, bei Hornhautstaphylom) und seiner Lage in der Orbita (Exophthalmus resp. Enophthalmus) abhängig ist.

Ist eine Verschmälerung der Lidspalte durch eine evidente Lähmung des Lidhebers bedingt, dann darf man nicht die Entstellung durch Verkürzung des Lides beheben wollen, da man hierdurch Lagophthalmus mit seinen deletären Folgen für die Kornea herbeiführen würde, sondern muß die Beweg-

*) Nach einem am 28. November 1904 im Wiener medizinischen Doktorenkollegium gehaltenen Vortrag.

lichkeit des Lides zu vermehren suchen. In den Fällen von unvollkommener Lähmung des Levat. palp. sup. erreicht man dies durch Vornähung der Sehne des Levator. Bei vollkommener Ptosis, wo die Operation vorgenommen wird, um das Sehen möglich zu machen, muß man andere Methoden in Anwendung ziehen.

Bis vor kurzem besaßen wir kein Operationsverfahren, das sowohl in funktioneller als auch insbesonders in kosmetischer Hinsicht vollkommen befriedigt hätte, bis uns HESS mit seiner Ptosisoperation bekannt machte.

Er durchtrennt die Haut in der Höhe der Augenbraue, präpariert die Lidhaut von der Wunde aus bis nahe an den Lidrand ab und legt dann in einem Abstande von zirka 1 *cm* vom Lidrande entfernt drei Fadenschlingen derart an, daß durch sie die Haut des Lides in direkte Verbindung mit dem Musculus frontalis gebracht wird, der zur Hebung des Lides an Stelle des nicht funktionierenden Levat. palp. herangezogen wird. Dadurch, daß die von der Unterlage abpräparierte Haut eine Art Deckfalte bildet, gewinnt das Lid nach der Operation ein recht natürliches Aussehen. Gleich befriedigende Resultate liefert die vor kurzem von MOTAIS empfohlene Einnähung eines Teiles der Rectus superior-Sehne in das obere Lid.

Beide Verfahren, das von MOTAIS und das von HESS, eignen sich insbesonders für die Fälle von beiderseitiger hochgradiger Ptosis, die am häufigsten infolge einer Bildungsanomalie als Ptosis congenitalis oder als erworbener Zustand bei älteren Leuten in Form der sogenannten Ptosis amyotrophica auftritt. Bei bloß einseitiger Ptosis darf das MOTAISsche Verfahren nicht angewendet werden, da infolge der teilweisen Überpflanzung der Rectus superior-Sehne paralytisches Höhenschielen und Diplopie auftreten würde. Es käme höchstens für solche Fälle von einseitiger Ptosis in Betracht, wo das zweite Auge fehlt oder wo wegen Schwachsichtigkeit und anderweitiger Entstellung auf daselbe nicht Rücksicht genommen werden muß.

Aber auch die HESSsche Operation kann bei einseitiger Ptosis, wie ich zu meinem Leidwesen in einem Falle erfahren habe, im Stiche lassen, wenn nämlich die Kranken die einseitige Innervation des Frontalis nicht erlernen. In solchen Fällen wird man auf die älteren Ptosisoperationen nach PAGENSTECHER, PANAS u. a. zurückgreifen müssen.

Die „Ptosis"-Operationen dürfen nicht gegen die oft sehr entstellende Affektion der Lider angewendet werden, die den Namen Ptosis adiposa trägt. Diese „Ptosis" hat mit einer Lähmung des Levat. palp. sup. nichts zu tun; sie verdankt vielmehr einer durch vordringende Fettläppchen erzeugten Ausdehnung der Lidhaut (speziell der Deckfalte) ihre Entstehung und wird am wirksamsten durch Ausschneiden eines elliptischen Streifens Haut und des darunterliegenden Fettes beseitigt. Die Verkürzung der Lidhaut empfiehlt sich auch zur Beseitigung der durch die sogenannte Blepharochalasis gesetzten Entstellung. Bei dieser rätselhaften, von FUCHS zuerst beschriebenen Krankheit kommt es — wie es scheint, im Anschluß an chronische Ödeme der Lider — zu einer außerordentlich starken Verdünnung und Ausdehnung der Lidhaut, die dann schlaff wie ein Beutel — den Lidrand verdeckend — herabhängt.

Wieder anders wird im Interesse der Verbesserung des Aussehens in den Fällen verfahren, wo die Lidspalte nicht nur verschmälert, sondern auch am äußeren Augenwinkel verkürzt erscheint. Dieser Blepharophimosis genannte Zustand verdankt einem chronischen Bindehautkatarrh seine Entstehung. Infolge der häufigen Benetzung der Lidhaut mit Tränen und Sekret entstehen besonders im äußeren Augenwinkel Rhagaden. Diese heilen unter Schrumpfung der Haut, die sich dann kulissenartig vor den äußern Augenwinkel schiebt. Die Verschmälerung der Lidspalte, die bei diesen Zuständen angetroffen wird, ist Folge eines leichten Orbikulariskrampfes. Man beseitigt diesen am wirksamsten zugleich mit der Blepharophimosis dadurch, daß man im äußeren Augenwinkel einen kurzen horizontalen, Haut und Bindehaut durchtrennenden Schnitt anlegt und die Ränder der Hautwunde mit Bindehaut einsäumt.

Während bei der Beseitigung der bisher genannten Formen von Verschmälerung der Lidspalte auf das ursächliche Moment Rücksicht genommen werden kann und soll, gilt dies nicht von der Lidspaltenverengerung, die als Folge einer Verkleinerung des Augapfels eintritt, da wir nicht imstande sind, einen verkleinerten Bulbus zu vergrößern.

Man kann in solchen Fällen zur Beseitigung der Entstellung verschiedene Wege einschlagen. Ist der Augapfel sehr klein und deformiert, dann ist es wohl das beste, von kosmetischen Operationen abzusehen und eine Prothese tragen zu lassen, die gerade in derartigen Fällen gut zu sitzen pflegt.

Ist die Verkleinerung des Augapfels nicht so beträchtlich und seine Form im ganzen gut erhalten, dann käme ein Verfahren in Betracht, das vor kurzem von dem Pariser Okulisten DE WECKER empfohlen worden ist und das darin besteht, daß man durch die Tenotomie der vier geraden Augenmuskeln ein Hervortreten des Auges herbeiführt. Es eignet sich besonders für die Fälle, wo die Verkleinerung des Bulbus hauptsächlich auf Rechnung einer narbigen Schrumpfung der Hornhaut (Applanatio corneae) zu setzen ist; durch die ebenfalls von DE WECKER in die augenärztliche Praxis eingeführte Tätowierung der Hornhautnarbe wird das Aussehen eines solchen Augapfels noch weiter verbessert.

Wenn die durch Kleinheit des Augapfels herbeigeführte Verschmälerung der Lidspalte an und für sich gering ist und nur durch die Herbeiführung einer Verschiedenheit in der Weite der beiden Lidspalten auffallend wird, dann wird man durch die leicht ausführbare Verengerung der zweiten, normal weiten Lidspalte die störende Ungleichheit der Lidspalten beseitigen können. Zu diesem Zwecke frischt man entweder nach v. GRAEFE den äußeren Augenwinkel durch Abtragung des Haarzwiebelbodens an, um dann die Wunde durch Nähte zu vereinigen, oder sucht durch die FUCHSsche Tarsorhaphie eine breitere, schwerer lösbare Verwachsung der Lider herbeizuführen. Hierbei formt man aus dem unteren Lid ein dreieckiges Hautläppchen, das durch einen sogenannten intermarginalen Schnitt und eine vom Lidrand vertikal durch die Haut verlaufende Inzision gewonnen wird. Nach Exzision eines entsprechenden Dreiecks aus der Haut des oberen Lides wird das Läppchen um seine im äußeren Augenwinkel gelegene Spitze über die Lidspalte weg nach aufwärts gedreht und zur Deckung des Defekts verwendet. (Eine detaillierte Beschreibung der Operation findet sich in jedem Lehrbuch der Augenheilkunde.)

Weit öfter als zu dem eben genannten Zwecke wird die Verengerung der Lidspalte nach v. GRAEFE oder FUCHS in der Absicht ausgeführt, die durch einen Exophthalmus gesetzte Entstellung zu vermindern. Eine Protrusio bulbi, wie sie bei Morbus Basedowii, nach Tenotomie eines geraden Augenmuskels, bei Sympathikusreizung, ferner nach Verletzungen als sogenannter pulsierender Exophthalmus und aus noch anderen Ursachen auftritt, kann als solche operativ nicht beseitigt werden. Die in diesen Fällen oft erschreckende Entstellung läßt sich nur durch die Verschmälerung der Lidspalte verringern. Neben dieser Aufgabe erfüllt die Operation die noch wichtigere Indikation, den Augapfel vor den schweren Folgen des unvollkommenen Lidschlusses — des Lagophthalmus — zu schützen. Es kommen leider noch immer Fälle von M. Basedowi vor, wo der Arzt die Gefahren des Lagophthalmus zu spät erkannt und der Verschwärung der Hornhaut nicht vorgebeugt hat. Die Tarsorhaphie ist dann unbedingt und unaufschiebbar indiziert, wenn beim Versuch, die Lider zu schließen, ein Teil der Hornhaut unbedeckt bleibt. Die Operation darf nur dann unterbleiben, wenn ein Rückgang des Lagophthalmus in absehbarer Zeit zu erwarten steht. In diesem Falle muß man durch feuchte Verbände

oder durch Auflegen von in Öl getränkten Läppchen das Auge so lange vor Vertrocknung schützen, bis der Lidschluß wieder normal geworden ist.

Wenn es irgend geht, sucht man mit der Tarsorhaphie am äußeren Augenwinkel auszukommen. Hohe Grade von Exophthalmus machen aber oft die Vornahme von zwei Tarsorhaphien — am äußeren und am inneren Augenwinkel — notwendig. Die letztere gibt wohl mehr aus, ist aber in kosmetischer Hinsicht minder befriedigend, weil das Auge durch Verdecken des hufeisenförmigen Ausschnittes und der Karunkel einen ungewohnten, maskenartigen Ausdruck erhält. Diese „postoperative" Entstellung kann leider auch in manchen durch Fazialislähmung bedingten Fällen von Lagophthalmus nicht vermieden werden, weil hier das untere Lid im inneren Augenwinkel, wo es den geringsten Halt hat, am stärksten herabsinkt und deshalb dort gehoben werden muß.

Die Tarsorhaphie reicht natürlich nicht aus in den Fällen, wo der Lagophthalmus die Folge von weitgehenden narbigen Schrumpfungen der Lider ist, wie man solche insbesondere nach Verätzungen und Verbrennungen auftreten sieht. Hier kann nur die Lidplastik Abhilfe schaffen.

Zu dieser eminent kosmetisch wirkenden Operation verwendet man entweder gestielte Lappen aus der Haut der Umgebung (Wange, Schläfe, Stirn) oder ungestielte Lappen, die man am besten der Innenfläche des Oberarmes entnimmt.

Ich möchte auf Grund meiner Erfahrungen[1]) den ungestielten Läppchen den Vorzug geben. Bei ihrer Gewinnung gehe ich so vor, daß ich mir zunächst aus Guttaperchapapier einen Abklatsch des zu deckenden Lidhautdefektes herstelle; diesen lege ich dann auf die Haut des Oberarmes. Dann führe ich entlang der Schablone einen seichten Schnitt durch die oberflächlichen Epidermislagen; als Instrument bewährte sich mir am besten eine gewöhnliche Iridektomielanze. Es ist ein leichtes, in die Schichte der sukkulenten Epithelien zu gelangen und bei flacher Lanzenführung in ihr zu verbleiben, ohne das Läppchen zu fenstern. Das so gewonnene Läppchen schmiegt sich wegen seiner Dünne der Unterlage in vollkommenster Weise an. Die oberste Regel bei Vornahme der Operation ist es, für gründliche Entfernung des Narbengewebes Sorge zu tragen, da die Schrumpfung desselben die Enderfolge der Blepharoplastik beeinträchtigt. Zu zweit muß man den Lidrand, so weit dies möglich ist, zu schonen trachten, da dieser für das Aussehen der Lidspalte wichtigste Teil des Lides am schwersten ersetzt werden kann. Hat man Gelegenheit, bei frischen Verbrennungen der Lidhaut oder anderen rezenten, die Lider zerstörenden Prozessen zu intervenieren, dann empfiehlt es sich, die temporäre Verschließung der Lidspalte vorzunehmen, und zwar in dem Moment, wo die Wunden zu granulieren beginnen. Es kann dann während der Vernarbung kein Lagophthalmus entstehen und die sich bildenden Narben ersetzen den ursprünglichen Substanzverlust fast vollständig. Um die Vernarbung zu beschleunigen, decke man die Wunden mit ungestielten Hautläppchen. Nach und nach öffne man die Lidspalte, um im Bedarfsfall eine Blepharoplastik nachzuschicken.

Hier sei noch der glücklichen Idee BÜDINGERS gedacht, zur Lidplastik den Ohrknorpel mit der darüber liegenden Haut zu verwenden.

Indem ich mich der Besprechung der durch Lageanomalien der Lider herbeigeführten Entstellungen und der zu ihrer Beseitigung dienenden Operationen zuwende, möchte ich zunächst das besonders bei alten Leuten häufig vorkommende Ektropium des unteren Lides erwähnen, das nicht nur wegen der Entstellung, sondern auch wegen des Tränenträufelns lästig wird.

[1]) Beiträge zur operativen Augenheilkunde. „Zeitschr. f. Augenheilkunde", Bd. 7, Heft 1.

Durch Exzision eines mit der Basis gegen den freien Lidrand gekehrten Keiles aus der ganzen Dicke des Lides mit folgender Sutur würde man recht befriedigende Resultate erzielen, wenn nicht der gleichzeitig durchschnittene Musc. orbicularis die Wundränder auseinanderzöge, wodurch die Vereinigung der Wunde gestört und eine kerbige Unterbrechung des Lidrandes (sog. Lidkolobom) herbeigeführt werden kann. Um dies zu vermeiden, empfiehlt es sich, nach dem Vorgange KUHNTS das Lid durch einen hinter den Wimpern im Lidrand gelegenen (intermarginalen) Schnitt in eine vordere, von der Haut gebildete Platte, welche die Wimpern trägt und den Musc. orbicularis einschließt, und eine gegen den Augapfel gekehrte, aus Bindehaut und Tarsus bestehende Platte zu zerlegen. Aus letzterer wird nun ein mit der Basis gegen den Lidrand liegendes Dreieck ausgeschnitten, die Wundränder durch parallel mit dem Lidrand liegende Nähte vereinigt. Hierdurch wird der innere Anteil des Lides in horizontaler Richtung verkürzt und ein dem Augapfel anliegender Lidrand geschaffen, was für die glatte Fortleitung der Tränen bis an den im inneren Augenwinkel gelegenen Tränensack von Wichtigkeit ist.

SZYMANOWSKY verkürzt beim Ektropium bloß die Haut des Lides, indem er am äußeren Augenwinkel zunächst ein Hautstück in Form eines gleichschenkligen Dreiecks, dessen Spitze im Augenwinkel gelegen ist, exzidiert, dann von der Wunde aus einen intermarginalen Schnitt anlegt und hierauf die Lidhaut wie bei einer DIEFFENBACHschen Verschiebung über den Defekt hinwegzieht.

Die kosmetisch am meisten befriedigenden Resultate sieht man bei Anwendung der Methode von KUHNT in Verbindung mit der von SZYMANOWSKY.

Nur mit wenigen Worten will ich das Entropium und die Trichiasis besprechen, Zustände, die neben arger Entstellung und einer Reihe von kaum zu ertragenden Beschwerden so schwere Erkrankungen des Augapfels herbeizuführen vermögen, daß die dagegen gerichteten Operationen den dankbarsten in der Ophthalmochirurgie zuzuzählen sind. Den verschiedenen Formen und Graden entsprechend, besitzen wir eine Reihe von operativen Verfahren. An Stelle der früher geübten, höchst entstellenden Exzision des Haarzwiebelbodens sind Operationen getreten, durch die eine Verschiebung desselben herbeigeführt wird.

Der neueren Zeit gehören die Encheiresen an, welche die bei hochgradigem Entropium meist vorhandene Verkrümmung des Tarsus und die darauf beruhende entstellende Kahnform der Lider zu beseitigen suchen. Ich erwähne die Streckung des Tarsus durch Keilexzision und die HOTZsche Naht.

Ich wende mich nun der klassischen kosmetischen Augenoperation — der Schieloperation — zu. Nächst der Starextraktion ist sie die populärste Operation unserer Disziplin. Spricht man von Schieloperation schlechtweg, so versteht man darunter die Durchtrennung des Muskels, durch dessen Aktion das Auge in die Schielrichtung gebracht wird. Die älteste Schieloperation, die darin bestand, daß man den Muskel selbst oder die Sehne in der Nähe des Ansatzes durchtrennte, wurde wegen der danach zurückbleibenden bedeutenden Beweglichkeitsbeschränkung ganz verlassen. An deren Stelle wird die sogenannte Tenotomie, die vorsichtige Ablösung des Sehnenansatzes vom Bulbus geübt. Die abgelöste Sehne gleitet an der Sklera nach hinten, wo sie neuerdings mit dieser verwächst. Diese Rücklagerung des Ansatzes hat eine dauernde Schwächung des „Schielmuskels" zur Folge. Will man den Effekt der Operation vermehren, dann lockere man die Sehnenscheide durch Einschneidung des Bindegewebes, das die Sehnenscheide mit der TENONschen Kapsel verbindet, oder man lege eine sogenannte KNAPPsche Sutur an, durch welche der Bulbus nach der der Schielrichtung entgegengesetzten Seite gezogen wird.

Die unmittelbare Wirkung einer Tenotomie ist stets größer als die definitive. Scheint sie dem Operateur allzu groß zu sein, dann kann er sie noch immer dadurch abschwächen, daß er beim Anlegen der Bindehautnaht das Ge-

webe breiter faßt, wodurch die mit der Bindehaut zusammenhängende Sehnenscheide nach vorn gezogen wird. Dagegen empfiehlt es sich nicht, durch Unterlassung der Bindehautnaht den Effekt einer Tenotomie steigern zu wollen, insbesondere nicht nach einer Tenotomie des Rectus internus, da hier die Bindehautnaht einer Entstellung durch das sonst leicht auftretende Zurücksinken der Karunkel entgegenarbeitet.

Auch allgemeine chirurgische Erwägungen sprechen für die Beibehaltung der Bindehautnaht, durch die am besten verhindert wird, daß Fremdkörper, so besonders Wimpern in die Wunde geraten, dort einheilen und zu oft entstellenden Granulationsgeschwülsten Anlaß geben. Freilich kann es zu derartigen Granulomen auch bei sorgfältig ausgeführter Bindehautnaht kommen, wenn Wimpern oder Wattafäserchen in der Wunde verblieben sind oder die Sutur nicht vollständig entfernt werden konnte.

Hat die Rücklagerung einen so starken, durch eine entsprechende Bindehautnaht nicht mehr zu beseitigenden Effekt, daß ein gröberer Beweglichkeitsdefekt oder Schielen nach der entgegengesetzten Seite zurückbleiben würde, dann kann man nur durch eine Vornähung des rückgelagerten Muskels Abhilfe schaffen.

Von dieser Vornähung eines kurz zuvor rückgelagerten Muskels zu unterscheiden ist die primäre Vornähung eines bis dahin intakten Muskels, die einem in zahllosen Varianten geübten, gegen Strabismus gerichteten Operationsverfahren — der sogenannten Vorlagerung — zugrunde liegt.

Durch die Vorlagerung wird die Insertion des Muskels näher an die Hornhaut gebracht, wodurch demselben mehr Gewalt über das Auge gegeben wird. Die Wirkung der Vorlagerung ist also der der Tenotomie entgegengesetzt.

Sie wird an dem Antagonisten des Schielmuskels vorgenommen, und zwar entweder als einzige gegen das Schielen gerichtete Operation oder aber — wie man dies bei höhergradigem Strabismus meist zu tun pflegt — in Verbindung mit der Tenotomie des Schielmuskels.

Die Vorlagerung, die sich bei den Augenärzten einer wachsenden Beliebtheit erfreut, hat vor der Tenotomie den Vorzug, daß sie niemals Beweglichkeitsdefekte verursacht und daß sie sich in weiter gehendem Maße als die Tenotomie dosieren läßt. Der Effekt der Operation läßt sich abstufen durch das innerhalb einer nicht unbeträchtlichen Strecke variierbare Ausmaß der Vornähung, ferner durch Verbindung der Vorlagerung mit der Ausschneidung eines Sehnenstückes (sog. Tenektomie) etc.

Die Nachteile der Vorlagerung liegen hauptsächlich in den technischen Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, daß die den Operationserfolg verbürgenden Nähte leicht abgleiten oder durchschneiden können.

Auf die Art, wie die Nähte anzulegen sind, beziehen sich auch die meisten Vorschläge, durch welche das ursprüngliche Verfahren modifiziert worden ist. Noch sind sich die Fachgenossen darüber nicht einig, welche Naht zugleich die verläßlichste und die das Gewebe am meisten schonende ist. Während der Erfolg einer Tenotomie durch die ambulatorische Vornahme derselben kaum beeinflußt werden dürfte, kann man dies hinsichtlich der Vorlagerung nicht mit gleichem Rechte behaupten, wie denn überhaupt die Vorlagerung ein ruhigeres Verhalten des Kranken während und nach der Operation sowie eine längere Nachbehandlung erheischt als die Tenotomie.

Schließlich wäre noch als ein gelegentlich zutage tretender Nachteil der Vorlagerung der Enophthalmus zu erwähnen, der ein Gegenstück zu dem nach Tenotomien auftretenden Exophthalmus vorstellt. Die Behandlung dieser meist geringgradigen Entstellungen wurde bereits besprochen.

Die seltener geübten Variationen der Vorlagerung, die Kapselvornähung, die Sehnenfaltung, die Muskelausschneidung will ich nur kurz anführen und auf ihre Besprechung, als zu weit abführend, nicht weiter eingehen.

Ich wende mich nun den am Augapfel selbst zur Ausführung gelangenden kosmetischen Operationen zu. Kosmetischen Bestrebungen verdanken eine Reihe von Operationen, die man unter der Bezeichnung „Ersatzoperationen für die Enukleation" zusammenfassen kann, ihre Entstehung. An erster Stelle ist die von Schweigger empfohlene Neurotomia optico-ciliaris zu nennen. Sie besteht darin, daß man nach Ablösung des M. rect. intern. eine flach gekrümmte Schere am Bulbus entlang bis an den Nerv. opticus vorschiebt und diesen durchschneidet. Hierauf wälzt man den hinteren Bulbusabschnitt nach vorn, so daß er in der Bindehautwunde erscheint, woselbst man den anhängenden Optikusstumpf abschneidet und den ganzen hinteren Pol des Augapfels von anhängendem Gewebe reinigt. Zuletzt wird der Bulbus reponiert und der losgelöste M. internus wieder angenäht.

Die Operation eignet sich vor allem zur Bekämpfung von Schmerzen in erblindeten Augen, so beispielsweise bei Glaucoma absolutum. Ein kleiner Vorteil der Operation ist darin gelegen, daß man zugleich auch durch Vor- oder Rücklagerung des temporär resezierten Rect. int. einen etwa vorhandenen Strabismus, zu dem die Erblindung eines Auges oft Anlaß gibt, korrigieren kann.

In Fällen von drohender sympathischer Ophthalmie darf die Neurotomia optico-ciliaris nicht ausgeführt werden, da sie die Gefahr der sympathischen Ophthalmie nicht so sicher beseitigt wie die Enukleation. Immerhin stellt die Neurotomie, wenn ihrer Anwendung auch enge Grenzen gezogen sind, eine in kosmetischer Hinsicht wertvolle Bereicherung unseres Operationsschatzes vor.

Die Beobachtung, daß eine Prothese besser sitzt und ausgiebiger bewegt wird, wenn sie einem Bulbusstumpf aufsitzt, hat die anderen „Ersatzoperationen" gezeitigt, von denen hier die Evisceratio bulbi nach Bunge und die Mulessche Operation Erwähnung finden sollen. Bunge kappt die Hornhaut ab und entfernt hierauf mit einem Löffel den ganzen Bulbusinhalt bis an die Lederhaut. Hierauf wird die Bindehaut allein oder mit samt der Sklera in Nähte gefaßt und über der Wundhöhle geschlossen. Der Stumpf fällt nur dann genügend groß aus, wenn sich die Skleralhöhle mit Granulationen ausfüllt, andernfalls schrumpft der Stumpf zu einem unansehnlichen Rest zusammen. Um diesen Ausgang zu verhüten, haben Mules u. a. Kugeln aus Glas resp. Silber in die Skleralhöhle eingenäht. Diese Kugeln werden aber meist schon nach kurzer Zeit ausgestoßen oder müssen wegen starker Schmerzen entfernt werden.

Die eben genannten Operationen werden bei eitrigen Entzündungen im Augeninnern in der Absicht unternommen, den Ausbruch einer Panophthalmitis oder den einer sympathischen Ophthalmie des anderen Auges zu verhindern. Unbedingt verläßlich scheinen sie jedoch nicht zu sein und ich möchte Haab beistimmen, der diese Operationen verwirft und sie für unchirurgisch hält, da sie einen Hohlraum mit starren Wandungen schaffen, in dem Retention schädlicher Stoffe stattfinden kann. Wir sind demnach noch weit entfernt, der Enukleation entraten zu können. Ja noch mehr, wir führen, so paradox es klingen mag, die Enukleation gelegentlich in kosmetischer Absicht aus. Denn so groß auch die durch die Enukleation gesetzte Verstümmelung ist: die Prothese, die dann getragen werden kann, ist dem scheußlichen Anblick, den ein staphylomatös degeneriertes, stark vergrößertes Auge gewährt, unbedingt vorzuziehen. Beschränken sich die Staphylome auf das Hornhautareal, dann ist ein Versuch, den Bulbus durch Abkappung des vorderen Abschnittes zu verkleinern, gerechtfertigt.

Ich gelange nun zu den kosmetischen Operationen, die an der Hornhaut ausgeführt werden, und möchte hier vor allem die Tätowierung hervorheben. Mit ihrer Hilfe können wir die durch Hornhautnarben herbeigeführte Entstellung oft vollständig beseitigen, in jedem Falle beträchtlich herabsetzen

Erstreckt sich die Hornhautnarbe ins Pupillargebiet, dann wird die Tätowierung nicht nur das Aussehen, sondern auch durch Herabsetzung der Blendung das Sehvermögen des Patienten bessern. Als Material verwendet man chinesische Tusche — seltener andere Farbstoffe — und bedient sich zum Sticheln der Hornhautnarbe entweder einer Hohlnadel oder einer Büschelnadel.

Die durch einen hellschimmernden, jedoch inoperablen Star herbeigeführte Entstellung kann durch Tätowierung der Mitte der klaren Hornhaut in Form eines runden, die Pupille vortäuschenden Fleckes gemindert werden. Kosmetisch recht befriedigende Resultate erhält man, wenn man durch Einzeichnen einer Kreislinie mittelst des HIPPELschen Hornhauttrepans das zu tätowierende Areal vorher abgrenzt. Schöne Erfolge erzielt man auch, wenn man nach dem Vorgang des Berliner Augenarztes FRÖHLICH mit dem Trepan die oberflächlichen Hornhautschichten in dem Umfang, in welchem die Tätowierung ausgeführt werden soll, durchtrennt, sie dann mit Hilfe einer Lanze in Form eines dünnen runden Scheibchens abpräpariert, worauf in das daruntergelegene Hornhautgewebe Tusche eingerieben und das Hornhautscheibchen wieder an seinen Platz gebracht wird.

Der HIPPELsche Trepan leistet auch gute Dienste bei Entfernung kleiner entstellender Staphyloma und deren Ersetzung durch gesunde (Kaninchen- oder Menschen-) Hornhaut, die dann nachträglich, wenn sie eingeheilt ist und sich getrübt hat, einer Tätowierung unterworfen werden kann.

Von intraokularen Operationen, die einer kosmetischen Indikation Rechnung tragen, kann man eigentlich nicht sprechen, nur von solchen, bei deren Ausführung kosmetischen Erwägungen Raum gegeben wird. Da ist in erster Linie die Iridektomie zu nennen, mit der eine verschieden hoch einzuschätzende Entstellung verbunden ist.

Bei jugendlichen, zumal weiblichen Individuen, wird die durch ein Kolobom gesetzte Entstellung schwerer ins Gewicht fallen als bei alten Leuten. Bei ersteren wird man auch nach Tunlichkeit eine Iridektomie zu vermeiden suchen. Dies geschieht ganz allgemein bei der Staroperation jugendlicher Individuen, die man stets ohne Iridektomie auszuführen sucht. Aber auch bei der Drucksteigerung in jugendlichen Augen hält man länger mit der Iridektomie zurück als bei Individuen reiferen Alters. Handelt es sich nicht um primäres Glaukom, bei dem man in der Regel die Iridektomie nicht umgehen kann, sondern um sog. sekundäres Glaukom, wie es bei Iritis, Iridozyklitis, bei quellender Linse eintritt, dann wird man mit Rücksicht auf den oft nur ganz passageren Charakter der Drucksteigerung mit den Ersatzoperationen der Iridektomie, mit der Punktion, der Sclerotomia ant. und post. sein Auslangen zu finden bestrebt sein müssen. Die letztgenannten Operationen haben vor der Iridektomie nicht nur den Vorteil, daß sie keine sichtbaren Spuren hinterlassen, sondern geben auch in optischer Hinsicht bessere Resultate, da die durch das Kolobom herbeigeführte Blendung vermieden wird. Bei alten Leuten, wo infolge des Schwundes des Orbitalfettes die Augäpfel tiefliegen, so daß ein nach oben liegendes Kolobom vom Lid größtenteils verdeckt wird, kommen kosmetische Bedenken gegen die Ausführung einer Iridektomie wol kaum in Betracht.

Ehe ich meine Ausführungen beschließe, möchte ich noch mit einigen Worten auf eine Art Kosmetik zu sprechen kommen, für die nur der Augenarzt das richtige Verständnis besitzt. Sie findet hauptsächlich bei den intraokularen Operationen Anwendung und äußert sich in dem Streben, unter genauester Befolgung der Operationsvorschriften zu operieren. So wird beispielsweise von einem Kolobom verlangt, daß es die bekannte Schlüssellochform zeige, die sich dann ergibt, wenn nach regelrechter Ausschneidung eines Irissektors beide Kolobomschenkel gut reponiert werden, ein mitunter schwieriger, umständlicher und zeitraubender Operationsakt. Wenngleich nun ein Kolobom oft genug seinen Zweck erfüllt, auch wenn ein Kolobomschenkel oder selbst beide gegen die Wunde resp. Narbe ziehen, so sind doch derartige Regelwidrigkeiten mehr als bloße Schönheitsfehler. Denn wir wissen, daß die Iriseinheilung, die einer solchen mangelhaften Irisreposition die Entstehung verdankt, zu den schwersten Folgekrankheiten führen kann. Die Ophthalmochirurgie ist reich an solchen aus kleinen Ursachen hervorgehenden großen Wirkungen; der Fachmann wird deshalb auch bei Beurteilung eines Operationsresultates strenger vorgehen als der Fernerstehende, der nur den unmittelbaren Erfolg, nicht die möglichen Komplikationen vor Augen hat.

Über den sogenannten Morbus Banti.

Von **Dr. Emil Aspelin**, Stockholm.*)

Unter Morbus Banti versteht man bekanntermaßen einen Krankheitszustand, der durch drei Kardinalsymptome charakterisiert wird: Splenomegalie, Anämie und Leberzirrhose mit Aszites. BANTI war der Erste, welcher den inneren Zusammenhang zwischen Milzvergrößerung und Anämie einerseits und einer später auftretenden Leberzirrhose andrerseits aufgeklärt hat, u. zw. in den Fällen, welche er in den achtziger Jahren beobachten konnte. Im Jahre 1898 hat BANTI, nachdem er dies schon einige Jahre früher in italienischen Zeitungen getan, in ZIEGLERS Beiträgen eine klare und präzise Beschreibung der Krankheit gegeben, welche er Splenomegalie mit Leberzirrhose benannte.

Betreffend deren Symptomatologie schildert er dieselbe folgendermaßen: Bei einer jungen oder in mittleren Jahren befindlichen Person wird — oft zufälligerweise — eine bedeutend vergrößerte Milz mit glatter Oberfläche und abgestumpften Rändern vorgefunden, welche sich langsam und schleichend entwickelt hat.

Gleichzeitig hiermit kann man eine mehr oder weniger hochgradige Anämie konstatieren, begleitet von den bei einer solchen gewöhnlichen Allgemeinerscheinungen. Zuweilen treten Fieberschauer und zeitweise Steigerungen der Abendtemperatur auf. Verdauungsbeschwerden sind nicht vorhanden, der Appetit ist zuweilen erhalten. Lymphdrüsenschwellungen können nicht nachgewiesen werden, die Leber ist normal und die anderen Organe ergeben nichts Bemerkenswertes. Mit diesen Symptomen und unter wechselnder Besserung und Verschlimmerung des Allgemeinzustandes kann ein Patient 3—5 Jahre, zuweilen auch 10 Jahre leben. Dieses erste Stadium wird das anämische Stadium genannt.

Am Schlusse desselben beginnt eine Vergrößerung der Leber sich bemerkbar zu machen, der Urin wird sparsamer, enthält reichlich Urate und Urobilin, zuweilen Gallenpigment.

Die Haut und Konjunktiven nehmen einen gelblichen Farbenton an und der Allgemeinzustand beginnt bedeutend zu leiden, Magen- und Darmstörungen machen sich bemerkbar, der Patient befindet sich im sogenannten Übergangsstadium. Nach einigen Monaten bereits beginnt allmählich ohne Schmerzen sich ein Aszites zu entwickeln, der Kranke gleitet in das dritte, aszitische Stadium über. Die Leber nimmt an Größe ab, die Milz bleibt unverändert groß. Der Urin wird noch sparsamer, ist urat-, urobilin- und bilirubinreich; die ikterische Verfärbung der Haut und der Bindehäute nimmt zu, doch die Stuhlgänge haben ihre normale Farbe. Der Aszites vermehrt sich allmählich, hat den Charakter eines Transsudates und ist gewöhnlich von zitrongelber Farbe. Abends treten Temperatursteigerungen auf, die Krankheit führt nach 5—7 Monaten, höchstens 1 Jahr, nachdem der Patient in dieses letzte Stadium getreten ist, zum Tode unter dem Bilde einer stark anämisierenden Kachexie. Das Blut

*) Vortrag, gehalten in der schwedischen ärztlichen Gesellschaft in Stockholm. Aus dem schwedischen Original übersetzt von Dr. L. KLEMPERER (Karlsbad).

2

zeigt folgende Verhältnisse: Eine dem Grade der Anämie entsprechende Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins. Poikilozyten und Mikrozyten, aber keine kernhaltigen Blutkörperchen. Leukozyten in normaler Anzahl, Leukozytose fehlt vollständig und das Verhältnis zwischen den verschiedenen Leukozytformen ist normal.

Die eben gegebene Schilderung wurde von den späteren Autoren in allen Detailangaben bestätigt. Namentlich betreffs des mikroskopischen Verhaltens des Blutes und betreffs eines wichtigen Symptoms, nämlich der hämorrhagischen Diathese, haben spätere Erfahrungen die Beschreibungen des Symptomenkomplexes seitens BANTI teils modifiziert, teils vervollständigt. Die Literatur der letzten und des allerletzten Jahres war auf diesem Gebiete besonders reichhaltig und namentlich die kasuistischen Mitteilungen mehr oder weniger sicher hierher gehörender Fälle waren ziemlich zahlreich und haben einen lebhaften Meinungsaustausch über die fragliche Krankheit hervorgerufen.

Die ausführliche Literatur findet sich verzeichnet in einem Artikel von LIPPY im „American Journal of medical sciences" unter dem Titel „A critical summary of the literature on splenic pseudoleucaemia (Anaemia splenica, Splenomegalie primitive).

Ich will mich daher darauf beschränken, ausführlicher zu behandeln, in welcher Hinsicht unsere Kenntnis des Symptomenkomplexes modifiziert oder erweitert wurde. BANTI hebt hervor, daß eine hämorrhagische Diathese als zum Krankheitsbild zugehörig nicht bezeichnet werden kann; dieselbe wird dagegen von SENATOR wiederholt stark betont, indem von 7 Fällen der Anaemia splenica mit oder ohne Aszites (Morbus Banti), die er beobachtet hat, sechsmal Bluterbrechen und blutige Stühle beobachtet wurden. Nasenbluten, Bluthusten, Hämaturie, Blutungen aus dem Munde oder Purpura, sagt er weiter, gehören nicht zu den Seltenheiten. Und um noch einen Namen in diesem Zusammenhange zu nennen, führe ich den bekannten Amerikaner OSLER an, welcher nicht weniger als 15 hierher gehörige Fälle mitgeteilt hat, der ebenfalls die hämorrhagische Diathese hervorhebt, da in acht seiner Fälle Hämorrhagien in irgend einer Form vorhanden waren.

Auch die Beschaffenheit des Blutes ist von der Beschaffenheit, die BANTI gegeben hat, abweichend. Mit Recht macht SENATOR darauf aufmerksam, daß die Verminderung des Hämoglobingehaltes diejenige der Blutkörperanzahl überwiegt, daß die Anzahl der Leukozyten oft vermindert ist und unter das Normale sinkt und daß das prozentische Verhältnis der Leukozyten zuungunsten der polinukleären Elemente sich vorfindet, daß wir eine Vermehrung der mononukleären auf Kosten der polynukleären zu verzeichnen haben. Dieses Verhältnis der Leukozyten scheint von den Autoren nicht in dem Grade beachtet worden zu sein, den es verdient. Dagegen wird ganz allgemein der niedere Färbeindex hervorgehoben und die Anämie als eine chlorotische bezeichnet. Ebenso wird mehrfach das Vorkommen einer verminderten Leukozytenanzahl angegeben; einzelne Autoren haben in ihren Fällen kernhaltige rote Blutkörperchen beobachtet.

Und noch in einem Punkte, nämlich dem Zeitpunkt des Eintretens der Lebervergrößerung, welches BANTI zum Schlusse des ersten Stadiums verlegt, herrscht Meinungsverschiedenheit, indem einzelne das Auftreten derselben früher, andere später beobachtet haben, und noch andere glauben wieder, daß man dieselbe gewiß nicht immer konstatieren kann.

Betreffend die Frage der Ätiologie wird dieselbe von BANTI ganz negativ beantwortet, da derselbe eine Ursache der Krankheit nicht herausfinden konnte. Syphilis, chronischer Alkoholismus, langdauernde Verdauungsstörungen, akute und chronische Infektionskrankheiten u. a. müssen bestimmt ausgeschlossen werden. Die Krankheit befällt solche Personen, welche vorher entweder gesund waren oder an solchen Krankheiten gelitten hatten, welche in einen näheren oder weiteren Zusammenhang mit der Milzvergrößerung oder der Anämie nicht gebracht werden können. Speziell der Malaria kann eine Bedeutung bei der Ätiologie der Krankheit nicht zugeschrieben werden, da alle Versuche, Plasmodien nachzuweisen, mißglückt sind. Auch alle Versuche, Bakterien im Blute vorzufinden, sind ebenso wie Kulturversuche vom Blute aus negativ ausgefallen.

Er hebt hervor, daß mehrere Fälle in einer Häusergruppe nie beobachtet wurden. Dagegen ist es bemerkenswert, daß der Amerikaner BRILL primäre Splenomegalie bei drei Geschwistern beschrieben hat; derselbe will die Fälle zwar nicht dem Morbus Banti zurechnen, es ist jedoch schwer, sie in eine andere Krankheitsgruppe einzureihen.

Wie hat man sich nun die Entstehung der Krankheit und Entwicklung der verschiedenen Symptome vorgestellt? BANTI, der die Milzvergrößerung als das Primäre ansieht, denkt sich die Sache folgendermaßen: In der Milz wird ein Gift gebildet, das seiner Natur und Entstehungsart nach uns unbekannt ist. Dieses Gift verursacht vorerst eine Vergrößerung der Milz und wird hernach mit den Blutkörperchen, welche in größerer oder geringerer Anzahl zum Zerfall gebracht werden, in die Leber überführt, wo es den pathologischen Prozeß herbeiführt, der sich in der zirrhotischen Veränderung manifestiert. Diese verursacht dann ihrerseits in Analogie der LAENECschen Zirrhose die Aszitesbildung. Die positive Stütze, welche BANTI für diese seine Hypothese anführt, liegt teils in dem Umstande, daß es faktisch in dem einen oder anderen Falle gelungen ist, die Milzvergrößerung als der Zeit nach sowohl der Anämie als auch der Leberveränderung vorausgehend zu konstatieren, teils darin, daß es gelungen ist, durch die Exstirpation der Milz alle Symptome, hie und da sogar eine beginnende Zirrhose zum Schwinden zu bringen.

OSLER schließt sich den Ausführungen BANTIS vollständig an und es scheint, daß dessen Theorie eine starke Stütze in den glücklichen Resultaten gewonnen hat, welche er durch die chirurgische Behandlung, die Splenektomie erreichen konnte. Ich werde auf dieselben noch zurückkommen. Inzwischen hat MARCHAND vergangenes Jahr bei einem Falle, wie er sagt, „eines typischen Morbus Banti" beobachtet, daß ein frühzeitiger Aszites nach einer einfachen Laparotomie dauernd verschwunden ist; die letztere wurde in der Annahme ausgeführt, daß es sich um eine tuberkulöse Peritonitis gehandelt habe; er schließt daraus, daß es daher voreilig wäre, auf dem günstigen Resultate der Milzexstirpation eine Hypothese über die Entstehungsursache der Krankheit aufzubauen. In seinem Falle war außerdem die Leberveränderung der Milzschwellung wenn nicht vorausgegangen, so doch gleichzeitig mit ihr aufgetreten, und wenn auch in der Anamnese keine bestimmten Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Syphilis zu finden sind, gibt es doch Möglichkeiten für die Annahme einer solchen. MARCHAND stellt sich überhaupt sehr skeptisch gegen den ganzen BANTIschen Krankheitsbegriff und faßt die vergrößerte Milz in den Fällen, die man Morbus Banti benennt, teils als die Folge einer primären Lebererkrankung, teils eines späteren Entwicklungsstadiums einer auf kongenitaler Syphilis beruhenden, mit Hypostasen komplizierten Milzschwellung. Er erinnert an vier von CHIARI im Jahre 1902 publizierte Fälle, welch letztere er als solche bezeichnet hat, die, wiewohl sie klinisch ganz gut als Morbus Banti gelten konnten, gleichwohl pathologisch-anatomisch von denselben abgesondert werden müssen und als Fälle von Lues hereditaria tarda sich manifestierten; allerdings gibt MARCHAND zu, daß ein solches Auseinanderhalten oft große Schwierigkeiten darbietet.

Bei der Besprechung der Pathogenese will ich noch ausführlicher eine Deutung anführen, welche insofern ein großes Interesse darbietet, als sie ganz originell und einzig dastehend erscheint.

Im „Lancet" (1902) glaubt JAMES BAER seine Meinung dahin aussprechen zu sollen, daß Morbus Banti eine Erkrankung der Sympathikusganglien in den Baucheingeweiden darstellt, welche eine Parese des Nervus splanchnicus herbeiführen. Diese Parese veranlaßt ihrerseits eine Herabsetzung des Blutdrucks mit daraus folgender Blutüberfüllung der Leber und Milz; diese Blutüberfüllung wiederum erklärt die vermehrte Zerstörung der roten Blutkörperchen, die ihrerseits in der bestehenden Anämie ihren Ausdruck findet. Diese Auffassung stützt BAER damit, daß er in seinen Fällen einen niedrigen Blutdruck vorfand, teils in der günstigen Beeinflussung des Prozesses durch gefäßtonische Mittel.

In allerletzter Zeit glaubt FICHTNER in Leipzig aus einem Falle, wo ein schwerer Stoß gegen die Milzgegend eine Milzanschwellung mit sich brachte, die sich allmählich im Verlaufe von 7 Jahren entwickelte und ein vorübergehender Aszites mit leichter Anämie auftrat, auf einen traumatischen Ursprung mancher Fälle hinweisen zu dürfen.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche BANTI und die späteren Forscher im großen und ganzen übereinstimmend beschrieben haben, sind in Kürze folgende:

Die Milz hat ein Gewicht von 1, $1^1/_2$ bis 2 *kg*. Die Form ist beibehalten, die Oberfläche glatt und regelmäßig, die Kapsel oft verdickt. Das Parenchym am Schnitte zähe und dunkelrot; in dem braunen Boden sieht man weiße Streifen den Sedimenten entsprechend und weiße harte Höckerchen den MALPIGHIschen Körpern entsprechend. Mikroskopisch sieht man, je nachdem der Prozeß vorgeschritten ist, mehr oder weniger sklerös umgewandelte MALPIGHIsche Körper und eine mehr oder weniger ausgesprochene Verdickung der Pulpa, verursacht durch hyalin aussehende Fasern. In der Vena splenica findet man eine skleröse Endophlebitis mit atheromatösen und verkalkten Flecken. In der Leber, welche verkleinert ist, findet man eine interlobuläre Zirrhose, gleich der alkoholischen, jedoch nie so hochgradig wie diese. Natürlich ist dies der Fall im aszitischen Stadium; im Übergangsstadium kann die Leber noch eine normale Größe und eine glatte oder leicht körnige Oberfläche besitzen. Im anämischen Stadium wurde bisher noch kein Fall obduziert. Die Lymphdrüsen sind gesund, das Knochenmark lymphoid oder fötal.

Wenn wir die Frage der Diagnose behandeln, also die Frage, wie die Krankheit von den vielen an dieselbe erinnernden Zuständen geschieden werden soll, müssen wir voraussetzen, daß dieselbe oft große Schwierigkeiten darbietet, natürlich besonders im ersten Stadium, da es sich einerseits um eine verhältnismäßig seltene Erkrankungsform handelt, andrerseits weil dieselbe während ihres ersten, langen Stadiums unleugbar zum Teil Analogien darbietet mit anderen mehr oder weniger charakteristischen und abgegrenzten Krankheitsbildern. Abgesehen von den schon beiläufig besprochenen Fällen, welche auf Lues hereditaria tarda beruhen, und den Fällen von JACKS Anaemia pseudoleucaemica infantum sind dies hauptsächlich zwei Krankheitsbilder, bei denen die Differentialdiagnose schwierig oder oft unmöglich sich darstellt, nämlich 1. Anaemia splenica und 2. Pseudoleucaemia lienalis. SENATOR und BANTI selbst würdigen die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose und weisen darauf hin, daß oft erst der Verlauf resp. das Auftreten des Aszites und der Zirrhose darüber entscheidet, ob der Fall zur BANTIschen Krankheit gerechnet werden kann oder nicht. BARDT hebt gegenüber der Pseudoleucaemia lienalis den langsamen Verlauf und die glatte, nicht knollige Beschaffenheit der Milzoberfläche hervor, gegenüber der Anaemia splenica die bedeutende Volumszunahme derselben.

Von den nach BANTI hervorgetretenen Autoren hat OSLER die Krankheit am besten charakterisiert als eine wahrscheinlich durch Intoxikation hervorgerufene chronische Affektion, die besteht 1. in einer progressiven Vergrößerung der Milz, welche mit keiner uns bekannten Ursache, wie Malaria, Leukämia, Syphilis, Zirrhose der Leber etc. in Zusammenhang gebracht werden kann; 2. einer sekundären Anämie von chlorotischem Typus; 3. Leukopenie; 4. einer deutlichen Tendenz zu Hämorrhagien, namentlich aus dem Magen; 5. in vielen Fällen in einem terminalen Stadium mit Leberzirrhose, Gelbsucht und Aszites. Setzen wir hinzu die ohne Zweifel ziemlich charakteristische Blutbeschaffenheit und die Temperatursteigerungen, so dürfte man, scheint es mir, doch in der Lage sein, die Krankheit wenigstens von solchen an dieselbe erinnernden Krankheitszuständen zu unterscheiden, bei denen die Scheidung von prinzipieller und praktischer Bedeutung und nicht bloß ein Streit um Namen ist.

Streng genommen ist man genötigt denen beizupflichten, die da sagen, daß die Krankheit nach jahrelanger Beobachtung und erst wenn der Aszites aufgetreten ist, mit Bestimmtheit zu erkennen sei. Aber es ist klar, wie verhängnisvoll diese jahrelange Beobachtung für den Kranken werden kann, da er hierdurch der Möglichkeit einer Radikalbehandlung beraubt wird. Und eine Radikalbehandlung scheint in der Splenektomie tatsächlich möglich zu sein.

BANTI baut, wie bereits hervorgehoben wurde, seine ganze Hypothese über das Wesen der Krankheit auf die radikale Wirkung, welche man nach der Entfernung der Milz beobachtet hat. Sowohl SENATOR als auch OSLER empfehlen die Splenektomie als eine rationelle Behandlungsmethode. BESSELHAGEN hat in LANGENBECKS Archiv 1900 die bis dahin publizierten Fälle von Splenektomie zusammengestellt und hebt hervor, daß von 16 Fällen von Morbus Banti, welche splenektomiert wurden, 13 genasen; die übrigen drei Fälle endeten letal, doch in zwei derselben war die Diagnose ungewiß und beim dritten stand der Exitus mit der Splenektomie nicht im Zusammenhang. Er selbst operierte einen Fall mit günstigem Erfolge und er sagt, man solle rechtzeitig die Milz opfern, um ein so wichtiges Organ wie die Leber vor der schweren, unheilbaren Krankheit, die ihr sonst bevorsteht, zu bewahren. HARRIS und HERZOG haben nicht weniger als 19 Fälle zusammengestellt, von denen 14 nach der Splenektomie genasen.

Es ist von besonderem Interesse, daß eine solche lebensrettende Splenektomie in Schweden schon im Jahre 1892 und 1897 vorgenommen wurde bei Fällen, die gewiß unter anderem Namen geführt wurden, die aber ohne Zweifel zum Morbus Banti gehören. Der eine Fall wurde von Prof. LINDFORS operiert und im Nord. med. Archiv 1892 publiziert. Die Diagnose lautete: vergrößerte bewegliche Milz und Chlorose. Wenn auch aus den mitgeteilten Daten die Diagnose des Morbus Banti nicht mit Sicherheit hervorgeht, finden sich doch gewisse Umstände, welche dieselbe wahrscheinlich machen. Der zweite Fall wurde von Prof. BERG operiert, mit dessen gütiger Erlaubnis ich denselben studiert und mir erlaubt habe, ihn im Zusammenhang mit meinen eigenen Fällen zu referieren.

Vorher muß ich mit einigen Worten zurückkommen auf die von verschiedenen Seiten empfohlene medikamentöse Behandlung. Abgesehen von den bereits erwähnten gefäßtonisierenden Mitteln, die BATZ empfohlen hat, wie Digitalis, Strychnin, Koffein, Chinin und Eisen, werden auch Suprarenin und andere Organpräparate angewendet; ganz besonders hat sich jedoch das Arsenik durch seine günstige Einwirkung auf den Allgemeinzustand und auf den Blutbefund im ersten Stadium bewährt. (Schluß folgt.)

Referate.

BOCKENHEIMER (Berlin): **Totalexstirpation der Skapula.**

Indem Verf. die an der Klinik v. BERGMANNS gemachten Erfahrungen heranzieht, macht er auf die Verschiedenheit des funktionellen Resultates bei Totalexstirpation der Skapula infolge Neoplasma und infolge Osteomyelitis aufmerksam (LANGENBECKS Archiv, Bd. 75, H. 1). Die Ursache dieser Verschiedenheit liegt in dem Operationsverfahren. Während nämlich bei Neoplasmen der Skapula der Knochen samt Periost und Weichteilen in möglichst großer Aus-

dehnung entfernt werden muß, um ein Rezidiv zu verhindern, genügt bei entzündlichen Prozessen (Osteomyelitis, Tuberkulose) die subperiostale Entfernung der Skapula und das zurückbleibende Periost führt dann zu einer Neubildung des Knochens und Wiederherstellung der Funktion. Bei den zwei auf der Klinik beobachteten Fällen von Sarkom war das funktionelle Resultat kein gutes. In einem Falle war der Oberarm atrophisch und die Bewegungen im Schultergelenke waren infolge von Schrumpfungsprozessen ganz aufgehoben; im zweiten Falle wurde durch frühzeitige Bewegung die Schrumpfung im Schultergelenk verhindert, aber die Beweglichkeit des Arms blieb sehr gering. Da bei Osteomyelitis der Skapula der Prozeß einerseits sehr rasch verläuft und andrerseits die Entzündungsherde multipel auftreten, hält Verf. die Totalexstirpation der Skapula samt der Cavitas glenoidalis in jedem Falle von Osteomyelitis indiziert. Die Exstirpation gelingt nach der vom Verf. geschilderten Methode unter Schonung der Muskelansätze und der Nervenstämme sehr leicht. Die der Arbeit beigeschlossenen Röntgenbilder beweisen die große Regenerationsfähigkeit des Knochens von dem zurückgelassenen Periost aus; in einem Falle war $1^1/_2$ Jahre nach der Operation die ganze Skapula samt allen Fortsätzen neugebildet, dementsprechend war auch die Funktion des Arms eine normale; der Pat. konnte seinem Berufe als Parterreakrobat nachgehen. Der von früheren Autoren so sehr gefürchtete Kollaps trat nur in einem Falle bei einem 14jährigen Burschen ein, wurde aber mit Kochsalzinfusionen und anderen Exzitantien wirksam bekämpft. Zu erwähnen wäre noch, daß die Totalexstirpation der Skapula die Nachbehandlung bedeutend erleichtert, während bei partiellen Operationen die häufig an der Vorderseite der Skapula gelegenen Eiterherde nicht genügend drainiert werden können. Bei der Nachbehandlung muß auf frühzeitige Bewegung im Schultergelenke geachtet werden, da nur auf diese Weise ein gutes funktionelles Resultat erhalten werden kann. ERDHEIM.

GANGHOFER und LANGER (Prag): Über die Resorption genuiner Eiweißkörper im Magendarmkanal neugeborner Tiere und Säuglinge.

Im Magendarmkanal neugeborner Tiere wird das per os eingeführte körperfremde Eiweiß zum Teil unverändert resorbiert. Bei den Versuchstieren der Verff. ließ sich diese Eigentümlichkeit bis an das Ende der ersten Lebenswoche nachweisen, vom 8. Tage an wurde sie konstant vermißt („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 34). Auch beim menschlichen Säuglinge ließ sich ein ähnliches Verhalten feststellen, möglicherweise dauert bei ihm dieser Übergang von unverändertem Eiweiß in das Blut etwas länger, was erst durch weitere diesbezügliche Studien klargelegt werden kann. Der Magendarmkanal älterer Tiere läßt artfremdes Eiweiß bei stomachaler Einverleibung unter normalen Verhältnissen nicht durch. Findet jedoch eine übermäßige Eiweißzufuhr statt oder besteht eine anatomische bzw. funktionelle Schädigung des Magendarmepithels, dann läßt sich auch bei älteren Tieren ein Übertritt von unverändertem Eiweiß in die Blutbahn konstatieren. Die Resorption unveränderten Eiweißes im Magendarmkanal löst, wie Verff. in einem Fall beim neugebornen Zickel nachweisen konnten, Antikörperbildung aus. Erfahrungsgemäß führt dieser Prozeß als Folge parenteraler Eiweißzufuhr bei den Versuchstieren meist zu Erkrankung, immer zu Abmagerung, oft zum Tode. Von diesem Gesichtspunkte aus muß daran gedacht werden, daß die Zufuhr von körperfremdem Eiweiß beim normalen Neugebornen als auch beim magendarmkranken älteren Säugling dadurch schädigend wirken kann, daß es unverändert ins Blut gelangt und die spezifische Reaktion des Organismus auslöst. G.

KARL STÄUBLI (München): Meningismus typhosus und Meningotyphus.

Im vorliegenden Falle ist eine eitrige Zerebrospinalmeningitis durch den Typhusbazillus und nur durch diesen angefacht worden. Es erscheint somit als erwiesen, daß die Typhusstäbchen zu den selbständigen Erregern von eitriger Hirnhautentzündung zu rechnen sind („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 82, H. 1 u. 2). Als Eingangspforte der Typhusbazillen in den Blutkreislauf müssen die Lymphapparate des unteren Dünn- resp. oberen Dickdarms angenommen werden. Wahrscheinlich handelte es sich im vorliegenden Falle um einen ganz leichten, in der Hauptsache bereits abgelaufenen Unterleibstyphus, sogenannten Typhus ambulatorius. Dafür sprachen alte, dunkel pigmentierte, mit Epithel bekleidete Darmstellen, geringe Milzschwellung sowie die Anamnese, wonach sich Patient schon vor Eintritt ins Krankenhaus während 3—4 Wochen nicht recht wohl gefühlt hatte. Foudroyant mit Schüttelfrost, heftigen Kopfschmerzen und allgemeiner Hyperalgesie eintretende Symptome haben den Zeitpunkt angegeben, wo die Typhusbazillen mit dem Blute nach den nervösen Zentralorganen verschleppt wurden. Es ist anzunehmen, daß sich zuerst ein Meningitis serosa entwickelt hat, die erst nach längerem Bestande allmählich in eine eitrige übergegangen war. Die ganz enorme Überschwemmung mit Typhusbakterien, die, abgesehen von den direkten Ausstrich- und den Schnittpräparaten, auch aus dem Agarplattenverfahren ersichtlich war, ist wohl so zu erklären, daß die Bakterien sich durch längeren Aufenthalt im betroffenen Organismus den Verhältnissen angepaßt hatten. BR.

LANZ (Moskau): Über den gegenwärtigen Stand der Lehre der Pityriasis rosea Gibert.

Pityriasis rosea GIBERT steht zu der Trichophytie in gar keiner Beziehung. Infolge dessen muß die Bezeichnung Herpes tonsurans maculosus et squamosus, welche der betreffenden Affektion von der Wiener Schule beigelegt worden ist, verlassen und durch die GIBERTsche Bezeichnung ersetzt werden. Die Pityriasis rosea gehört zu den sehr seltenen Hautkrankheiten. In Moskau entfallen auf diese Hautaffektion 2—3% der Gesamtzahl der mit Hautkrankheiten überhaupt behafteten Patienten. („Russki Wratsch", 1904, Nr. 8.) Die Pityriasis rosea befällt fast ausschließlich Personen im Alter von 20—40 Jahren, während Kinder und Greise außerordentlich selten erkranken. Männer und Frauen erkranken fast gleich häufig, und zwar meistenteils innerhalb der ersten vier Monate des Jahres und im Herbst. Die Krankheit ist nicht infektiös und verläuft relativ häufig zusammen mit der frischen Syphilis und mit Pityriasis squamosa. Die Pathogenese der Pityriasis rosea ist vorläufig noch dunkel. Die neuesten mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen lassen an toxischen Ursprung des Exanthems denken und in dieser eine gewisse Analogie mit der Erythemengruppe erblicken. Die Pityriasis rosea bietet bisweilen große Ähnlichkeit mit der syphilitischen Rosea dar. Auch muß man sie von Trichophytie, von Eczema seborrhoicum, von Pityriasis furfuracea, von Psoriasis und von Pityriasis lichenoides chronica unterscheiden. L—y.

PFAHLER (New-York): Die Behandlung der Akne mit Röntgenstrahlen.

Verf. hält diese Methode für besser als die bisherigen („Journal of the American Medical Association", August 1904). Rezidive sind seltener und leichter als bei letzteren. Bei einiger Vorsicht ist eine Gefahr, wie Atrophie der Haut o. dgl., nicht zu befürchten. Es genügt, eine reaktive Rötung zu produzieren, um ans Ziel zu gelangen, und selbst diese ist nicht unbedingt nötig. Was die Technik betrifft, so empfiehlt Verf. eine Röhre von $2^1/_2$ Zoll in einer Entfernung von 10—12 Zoll einwirken zu lassen. Die Stromstärke beträgt 2 bis 5 Ampere, die Dauer einer Sitzung 5—10 Minuten. Mit 20 bis 30 Wiederholungen der Bestrahlung während 3 Monate wurden ausreichende Resultate erzielt. J. ST.

CHARLES FRASER (London): Über hämorrhagische Blattern.

Verf. sah 36 Fälle unter 1200 gewöhnlichen. Geimpfte und Ungeimpfte erkrankten in gleicher Weise („Lancet", 1904, August). Die Hämorrhagien treten entweder schon im Anfangsstadium vor der Eruption auf, oder erst während dieser. In letzterem Falle sind die Hämorrhagien entweder nur auf die Pocken beschränkt oder sie erstrecken sich auch auf die pockenfreien Hautteile. Vor dem Eruptionsstadium traten die Hämorrhagien bei 5 Kranken auf. Bei 21 Patienten er-

streckten sich die Blutungen auch auf die pockenfreien Hautteile. Das Prozentverhältnis der hämorrhagischen Form zur gewöhnlichen beträgt 3 : 100. J. St.

SCHRIDDE: Zur Histologie des Rhinoskleroms.

SCHRIDDE weist an einem atypischen Fall (Mangel der charakteristischen Härte) nach, daß die MIKULICZschen Zellen schleimig degenerierte Plasmazellen sind („Archiv f. Dermat. u. Syph.", 1905, H. 1). Die Degeneration wird entweder durch direkte Wirkung der Sklerombazillen (Einwanderung in die Zellen) oder durch Fernwirkung derselben erzeugt. Die hyalinen Körperchen gehen aus neutrophilen Granulationen in den Plasmazellen hervor. K. F.

SÖLLNER: Ein Fall von systematisierter Lichenifikation, als Beitrag zur Kenntnis metamerischer Hautaffektion.

Eine breite Schilderung des gegenwärtigen Standes der Auffassung systematisierter, metameraler Hauterkrankungen bildet die Basis für die Beschreibung eines Falles von „strichförmiger Dermatitis" („Archiv f. Derm. u. Syph.", 1905, H. 1), welche sich genau in das SEIFFERsche Schema eintragen ließ und jene Linien einhielt, welche das zweite und erste Sakralsegment vom dritten und vierten Lumbalsegment scheiden. K. F.

K. BAISCH (Tübingen): Uterusverletzungen und Schwangerschaftsruptur.

In neuerer Zeit mehren sich immer mehr die Berichte über Fälle, in denen eine vorangegangene, frühere Verletzung der Uteruswand sich als das kausale Moment für eine Ruptur in der Schwangerschaft erwiesen hat. BAISCH („Zentralbl. f. Gynäk.", 1904, Nr. 50) teilt nun einen Fall mit, bei welchem anläßlich der Entfernung eines Plazentarpolypen der Uterus mit dem Finger perforiert worden war. Bei der nach 3 Jahren wegen atonischer Blutung vorgenommenen Totalexstirpation zeigte an Stelle der Narbe sowohl das Peritoneum als die Mukosa eine tiefe Einziehung, so daß beide nur durch ein Gewebe von wenigen Millimetern Dicke getrennt waren. Dieses Gewebe erwies sich bei der histologischen Untersuchung als ganz homogenes, kernarmes Bindegewebe ohne elastische Fasern. Der Fall lehrt, daß solche Stellen gewiß günstige Verhältnisse für die Entstehung einer späteren Schwangerschaftsruptur schaffen.

FISCHER.

MATHIEU und ROUX (Paris): Über Migräne.

MATHIEU und ROUX stehen auf dem Standpunkt, daß es sich bei der Migräne um eine Autointoxikation intestinalen Ursprungs handle, bedingt durch reichlichen Fleischgenuß („Gazette des hôpitaux", 1903, Nr. 130). Eine ausschließlich aus Milch und Vegetabilien bestehende Kost vermochte die Intensität der Schmerzen abzuschwächen und schließlich selbst jahrelanges Ausbleiben der Anfälle herbeizuführen. Da die Patienten überdies häufig an Obstipation leiden, empfiehlt sich auch die Anwendung von Laxantien. Doch ist wohl das toxische Element nicht allein in Betracht zu ziehen. Die Migräneleidenden besitzen eine hereditäre und konstitutionelle Prädisposition zu neuro-arthritischen Krankheiten, wie Gicht, Diabetes, Obesitas, Neurasthenie, Hysterie u. a. m. Eine intestinale Intoxikation bringt diese in Form der Anfälle zur Geltung. Wenn nun Leber und Niere schlecht funktionieren — also im höheren Alter —, so kann leicht eine Verschlimmerung der Migräne beobachtet werden. Warum aber das Leiden in anderen Fällen gerade im Alter verschwindet, bleibt freilich nach wie vor unerklärt. J. St.

Kleine Mitteilungen.

— Über **die glykolytische Wirkung der Leber** berichtet HIRSCH (Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol., Bd. 4). HIRSCH hat gefunden, daß Lebergewebe die Fähigkeit besitzt, zugefügten Traubenzucker weitgehend chemisch zu verändern. Die Abnahme der Glukose tritt dabei langsam ein und erreicht selbst bei mehrmonatlicher Digestion eine Höhe von 20—30% im Durchschnitt. Pankreasgewebe, dem nach UMBERs eingehenden Untersuchungen per se keine zerstörende Wirkung zukommt, fördert die glykolytische Kraft der Leber erheblich. Bei kombinierter Organwirkung werden bereits in einer Woche 60—80% von zugefügter Glukose zerstört; welche Produkte aus dem Zucker dabei gebildet werden, ist unbekannt. Unter allem Vorbehalt entwickelt Verf. auf Grund dieser Experimente folgende Vorstellung von der Rolle des Pankreas und der Leber bei der Glykolyse im Tierkörper: Die Leber vermag ihr zuströmenden Zucker zu verändern, doch ist diese Fähigkeit von einem ihr vom Pankreas gelieferten Proferment oder Kinase abhängig. Frisch nach dem Tode entnommene Leber enthält noch etwas von dem aus dem Pankreas stammenden Agens und besitzt dadurch noch eine gewisse glykolytische Kraft, die sich nach der Lösung aus der Verbindung mit Pankreas nach einiger Zeit erschöpft, durch Zusatz von Pankreasgewebe bestehen bleibt.

— Aus Versuchen über **Diurese** von MEINERTZ („Therap. Monatshefte", 1904, Nr. 6) geht hervor, daß das Theocin-natr. acet. außer auf die Wasserausscheidung einen ganz exquisiten Einfluß auf die Ausscheidung des Chlors, resp. des Kochsalzes hat. Aus allen Versuchen folgt das gleiche Resultat. Kochsalz wird eliminiert, während Phosphorsäure, Schwefelsäure und Stickstoff gar nicht oder wenig beeinflußt werden. Besonders bemerkenswert ist, daß in diesen Fällen nicht nur die absolute Chlornatriummenge, sondern trotz erheblich vermehrter Wasserausfuhr auch der Prozentgehalt an Chlornatrium steigt. Sicher ist, daß der Reiz, der die Nierenzelle trifft, keine dauernden Spuren an ihr hinterläßt, denn die Wirkung ist, wie aus allen Versuchen hervorgeht, schnell erschöpft, tritt allerdings bei erneuter Aufnahme des Mittels wieder ein. Offenbar wird das Theocin-natr. acet. sehr rasch ausgeschieden; seine Wirkung beginnt sofort mit der Ausscheidung und endigt auch mit ihr. Das Theocin-natr. acet. wird gut vertragen und ist frei von üblen Nebenwirkungen. In gleich günstiger Weise äußert sich MAYER („Med. Korr.-Bl.", 1904) über Theocinum purum.

— Über die **angeborne hypertrophische Pylorusstenose und deren Behandlung** berichtet NICOLL („Brit. med. Journ.", 1904, 29. Oktober). Verf. hat 15 einschlägige Fälle gesehen, 10 operiert, 7 geheilt. Das wichtigste Symptom, Erbrechen, tritt erst ein, wenn der Magen erweitert ist, meist ist das Kind verstopft. Die Magendilatation wird nie hoch, weil kleine Kinder sehr leicht brechen. Die Abmagerung ist sehr hochgradig. Ein fühlbarer Tumor des Pylorus findet sich nur in etwa 20% der Fälle. Was die Behandlung angeht, so kann man in leichten Fällen versuchen, durch geeignete Ernährung Besserung herbeizuführen. Für die Mehrzahl der Fälle ist die Operation das einzig richtige Verfahren. Verf. bevorzugt eine Kombination der LORETAschen Operation mit einer gleichzeitig ausgeführten Gastroenterostomie. Man inzidiert den Magen und führt eine Kornzange durch den Pylorus, den man dann so lange dehnt, bis die Serosa leicht einzureißen beginnt. Die Öffnung dient dann, wenn der Zustand des Kindes es erlaubt, zur Anlage der Gastroenterostomie. Pyloroplastik, die Verf. an der Leiche versucht hat, hält er wegen der Dicke der Wandung für ungeeignet.

— Das **Bromocollresorbin** hat LEDERMANN („Fortschr. d. Med.", 1904, Nr. 4) in einer größeren Versuchsreihe von Pruritus nervosus jeder Art mit Erfolg angewendet. Meist handelte es sich um Formen des lokalen Pruritus am Mastdarm, der Vulva und anderen Stellen, bei denen alle möglichen Mittel erfolglos angewendet waren. Der Erfolg war gewöhnlich, wo er eintrat, ein prompter und schon nach einer oder wenigen Einreibungen bemerkbar. In zwei Fällen von Pruritus senilis trat nach den ersten Einreibungen der langentbehrte Schlaf ein. Bei Pruritus ani hat L. die Wirkung der äußerlich applizierten Salbe noch durch den gleichzeitigen Gebrauch von Bromocollzäpfchen (Bromocoll 1·0, Butyr. Cacao 2·0) verstärkt. Eine Ätzwirkung auf die Mastdarmschleimhaut wurde dabei nie beobachtet, wie man auch sonst irgend eine Reizwirkung auf die Haut bisher nicht wahrgenommen hat. Allerdings darf die Salbe niemals bei akut entzündeter Haut eingerieben werden.

— Die **diätetische Behandlung der Atonie des Magens** bespricht STRAUSS („Therapia", 1904, Nr. 9). Arzneibehandlung kommt nicht so sehr in Betracht, wie die physikalisch-diätetische.

Methoden, Magenausspülung, Massage, Elektrizität und Hydrotherapie. Die erstere hat sich am meisten bewährt und wird überall angewendet, wo der Magen von Speiseresten belastet ist. Die diätetische Therapie hat zuerst die Frage zu entscheiden, ob eine mehr flüssige oder mehr trockene Kost indiziert ist und die Kohlehydrate durch Fette ersetzt werden sollen. Sobald festgestellt ist, daß der Magen Flüssigkeit schlecht resorbiert, muß man zu Wasserklystieren, doch noch besser Nährklystieren Zuflucht nehmen. (250·0 Bouillon, 20·0 Alkohol, 2 Eßlöffel Weintraubenzucker und 2—3 Eßlöffel von einem Gemisch Mucilago gummi arabici und etwas Kochsalz. Ein Zusatz von 0·25 Menthol oder Thymol setzt die Gärungsfähigkeit des Zuckers bedeutend herab.) Vermittelst eines weichen Katheters wird die Flüssigkeit (erwärmt bis zur Körpertemperatur) in das Rektum gebracht. Besonders dann müssen solche Klystiere angewendet werden, wenn die Harnmenge bedeutend herabgesetzt ist. Wo die Magenabsonderung relativ gut ist, kann man die Fütterung mit festen Speisen vornehmen, die aber bei Abwesenheit von Pepsin nicht zu reichlich sein dürfen. Am besten werden sie dem Patienten zerkleinert dargereicht. Da Kohlehydrate ein größeres Zersetzungsvermögen haben, so wird man gut tun, sie zeitweilig durch eiweißenthaltende und fettenthaltende Speisen zu ersetzen, die besonders in ihr Recht treten, wenn eine Hypersekretion vorliegt.

— Zur Bekämpfung der **Nachtschweiße der Phthisiker** ist u. a. auch das Veronal verwendet worden. ULRICI berichtet hierüber („Therap. Monatsh.“, 1904, Nr. 12) folgendes: Er glaubt nicht, daß eine spezifische Wirkung des Veronals auf Schweißzentrum oder peripherische Nerven anzunehmen ist. Die rascher als gewöhnlich eintretende Betäubung des Zentralnervensystems betrifft natürlich das Schweißzentrum in gleicher Weise, das nun während des tiefen Schlafes auf keinerlei Reize, so vor allem Husten, Träume, Beklemmung etc., reagiert. Bleibt uns das Wesen der Nachtschweiße, soweit sie nicht vom Fieber abhängen, auch dunkel, so ist deren Beseitigung doch stets zu erstreben. Erreicht man diese mit äußeren Maßnahmen nicht, so verdient in erster Linie bei dem exquisiten Zusammenhang der Schweiße mit dem Schlaf das Veronal Berücksichtigung, zumal bei der völlig genügenden Hälfte der zur schlafmachenden Wirkung nötigen Dosis Nebenwirkungen und Gewöhnung nicht eintreten.

— Zur **Prophylaxe der Wochenbettsmorbidität** müssen wir nach KRÖMER folgende Tatsachen im Auge behalten („Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.“, 1904, Nr. 8): Die absolute Keimfreiheit der untersuchenden Hände — erreicht durch Verwendung steriler Gummihandschuhe — ist noch nicht imstande, die Morbidität, d. h. die Infektionsmöglichkeit, auf Null herabzudrücken; der Versuch, im Augenblick der Geburt die fakultativ pathogenen Scheidenkeime abzutöten, bleibt mit einer Gewebsläsion und Vernichtung der natürlichen Selbstreinigungskräfte der Vagina verbunden; endlich werden wir nicht verhindern können, daß es nach der Geburt früher oder später zu einer Invasion der Scheidenkeime in den Uterus kommt. Da nun zirka $^1/_5$ aller Schwangeren kein normales Scheidensekret haben, so müssen die notwendigen Maßregeln in der Schwangerschaft begonnen werden. Es werden daher alle Hausschwangeren zweimal wöchentlich genau untersucht; in allen Fällen mit pathologischem Scheidensekret werden täglich prophylaktische Spülungen verordnet, und zwar meist mit Sublimat 1·0 : 20000·0. Zur Prophylaxe der Mastitis werden die Brüste mit kalten Waschungen behandelt. Das Resultat dieser Maßregeln war eine Verminderung der Morbidität aus genitaler und extragenitaler Ursache. Trotz mehrerer Fälle von Nephritis gravidarum kam es unter den Hausschwangeren in keinem Falle zum Ausbruch einer Eklampsie.

— Zur Frage der **Wirkung des ARONSONschen Antistreptokokkenserums** berichtet KLEIN („Berliner klin. Wochenschr.“, 1905, Nr. 2). Er hat in zwei Fällen von der Anwendung desselben deutlichen Heilerfolg gesehen. Die elementare Wirkung der ersten Injektion dokumentierte sich in einem kritischen Temperaturabfall von 40·6 auf 36·4, verbunden mit einem günstigen Umschlage des Allgemeinbefindens, bei Fortdauer der lokalen Erscheinungen. Ein in dem einen Falle 8 Tage später einsetzender, aufs neue bedrohlicher Zustand ging abermals vorüber, wenn auch in lytischer Weise. Es scheint in beiden Fällen ein kausaler Zusammenhang zwischen Seruminjektion und Heilung vorzuliegen und damit der Wunsch berechtigt, daß die Kollegen bei schweren Infektionszuständen, die klinisch selbst nur ein dem septischen Charakter ähnliches Bild zeigen und bei denen die sonstigen therapeutischen Maßnahmen im Stiche lassen, das ARONSONschen Serum anwenden.

— Die Einführung von **Stypticin** in den Arzneischatz beruht auf eingehenden Forschungen, welche FREUND („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 52) zu der Erkenntnis führten, daß Cotarnin und Hydrastinin sich chemisch sehr nahe stehen. Hydrastinin. hydrochloricum ist von E. FALK als uterines Hämostatikum empfohlen worden, mit dem verwandten Stypticin hat S. GOTTSCHALK klinische Versuche angestellt und als Erster auf die günstigen Wirkungen dieser Substanz bei Gebärmutterblutungen hingewiesen. Daß es auch äußerlich blutstillend wirkt, hat zuerst MUNK dargetan. Seitdem hat sich Stypticingaze und -watte, besonders zur Stillung von Zahnblutungen nach Extraktionen, überall eingebürgert, und selbst in Fällen von Hämophilie wurde das Mittel erfolgreich angewendet. Verf. hat im Vereine mit GOTTSCHALK das Chlorhydrat des Cotarnins zur Einführung ausgewählt, weil die saure Komponente ein normaler Bestandteil des Organismus ist und somit, außer dem spezifisch wirksamen Alkaloid, keine Fremdsubstanz Verwendung findet. Das jetzt angepriesene phtalsaure Salz verwandelt sich im Magen unter dem Einfluß der Salzsäure sofort in Stypticin und freie Phtalsäure, welch letzterer eine hämostyptische Wirkung nicht zukommt. Wenn das Phtalat billiger ist, so darf aber nicht vergessen werden, daß es von dem wirksamen Alkaloidkomplex ca. 10% weniger enthält als das Stypticin.

— Ein neues **Verfahren der Radikalbehandlung der Blasenektopie** publiziert MUSCATELLO („Rif. med.“, 1904, Nr. 43). Es ist die Modifikation eines von MAYDL angegebenen Operationsverfahrens und besteht darin, daß das Trigonum vesicale, welches die Ureterenmündungen enthält, in die Portio pelvica der Flexur des Kolon eingepflanzt wird, aber in einem Teil der Flexur, den man künstlich vom Durchgang der Fäkalmassen ausschaltet. Der Hauptvorzug vor der vaginalen Methode MAYDLS ist, daß die Ureterenmündung vor der Berührung mit den Fäkalmassen bewahrt bleibt. Für alle Fälle, in welchen die Radikaloperation kontraindiziert erscheint oder nicht ausführbar ist, empfiehlt sich der Vorgang von SEGOND und SONNENBURG als Palliativkur und die Anlegung eines Harnrezipienten.

— Als **Pilulae probilinae** bezeichnen KÜHN und BAUERMEISTER („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 33) Pillen, die aus Acidum salicylicum und ölsaurem Alkali, dem zwecks milder Anregung der Darmtätigkeit und als Analeptikum wie zur Erhöhung der Bekömmlichkeit Menthol und Phenolphtalein zugesetzt sind, bestehen. Von diesen schwer herzustellenden, aber leicht zu nehmenden Pillen nehme man morgens nüchtern und abends vor dem Schlafengehen je 3—4 Pillen mit $^1/_3$—$^1/_2$ *l* recht warm und langsam zu trinkenden Wassers. Dazu kommt anfänglich noch das Auflegen einer heißen Gummiwärmflasche für ein bis zwei Stunden. Auf diese Weise, d. h. durch systematisch betriebene Desinfektion resp. verstärkte Ausschwemmung der Gallenwege, gelingt es zumeist, bei den Gallensteinaffektionen Erfolge zu erzielen.

— In lange fortgesetzter Untersuchungsreihe hat CZESLAW („Kron. Lek.“, 1904, Nr. 21) die **Eigenschaften des Sanatogens** geprüft. Er berücksichtigte zunächst die Resorbierbarkeit des Präparates vom Magen aus und fand, daß es sowohl bei chronischen Magenerkrankungen wie auch bei anderen Affektionen stets schneller — ca. $^1/_2$ Stunde früher — resorbiert wurde als Hühnereiweiß, ohne daß später Milchsäure nachweisbar war. Ferner hat Verf. bei einer Anzahl von Fällen von Nierenerkrankungen, akuter und chronischer Art, Sanatogen verabfolgt und stets die völlige Reizlosigkeit desselben konstatiert, wobei er auch nie eine Erhöhung der Eiweißausscheidung fand; er zieht es aus diesem Grunde auch dem Fleischeiweiß bei weitem vor, das er durch Sanatogen ersetzen will. Bemerkenswert sind auch die in den meisten Fällen erzielten Gewichtszunahmen, die oft in relativ kurzer Zeit eine recht beträchtliche Höhe erreichen. Ähnlich günstige Erfolge erzielte Verf. bei Typhus abdominalis, Skrofulose und Chlorose.

— Zur internen **Behandlung der Gallensteinkrankheit** ist nach DECKER in allererster Linie das Karlsbader Wasser geeignet

(„Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 31). Hat man die Gewähr, daß die Kur zu Hause streng und sachgemäß durchgeführt wird, so ist es nicht nötig, den Patienten nach Karlsbad zu schicken. Verf. führt soche Kuren in seiner Privatklinik durch. Der Patient erhält morgens nüchtern drei Glas heißes Karlsbader Wasser, schluckweise zu trinken. Hierauf Zimmergymnastik und 30—50 Tiefatmungen. Hierauf Darmentleerung mittelst hoher und warmer Wassereinläufe, mit oder ohne Zusatz von Karlsbader Salz. Dann Frühstück (Milch, Brot, Butter, zwei Eier oder kaltes Fleisch). Nach dem Frühstück geht der Patient ins Bett und erhält auf die Lebergegend für die Dauer von 2—3 Stunden Wärmeapplikationen (Leinsamenkataplasmen, Fango- oder Moorumschläge, Thermophor oder Wärmeflasche). Seit einiger Zeit verwendet Verf. einen Heißluftapparat, eine Stunde lang auf das ganze Abdomen appliziert, 140—150° C. Hieran schließt sich ein Vollbad bis zu 34° R. Nach dem Bade 1—$1^1/_2$ Stunden lang Applikation einer mit heißem Wasser gefüllten Gummiflasche oder eines Thermophors auf die Lebergegend. Nach dem Bade erhält Patient ein zweites Frühstück, bestehend aus Brot, Butter und kaltem Fleisch. $^3/_4$ Stunden vor dem Mittagessen erhält Patient wieder 1—2 Glas Karlsbader Wasser, ebenso vor dem Abendessen. Nachmittags wird dann noch einmal der Heißluftapparat und mindestens eine Stunde lang die Wärmeflasche appliziert; sodann wieder 30—50 Tiefatmungen. Bleibt der Patient $^1/_2$—1 Jahr nach dieser Kur beschwerdefrei, so läßt Verf. ihn wenn möglich 3—4 Wochen lang die Kur noch einmal durchmachen.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Krankenpflege. Zum Gebrauche für die Krankenwartschule des königl. Charité-Krankenhauses sowie zum Selbstunterricht. Bearbeitet von **Dr. Salzwedel**. 8. Auflage. Mit 3 Tafeln in Farbendruck und 77 Abbildungen im Text. Berlin 1904, August Hirschwald.

Entsprechend der stets zunehmenden Entwicklung des ärztlichen Könnens steigen auch die Anforderungen, die an die Kenntnisse und Fertigkeiten des Pflegepersonals gestellt werden müssen. Diesen erhöhten Ansprüchen trägt die vorliegende 8. Auflage des Handbuches über Krankenpflege insoferne Rechnung, als dasselbe fast in allen Kapiteln eine durchgreifende Neubearbeitung und Erweiterung erfahren hat. Wir können dem Praktiker die Lektüre dieses Buches warm empfehlen; er wird daraus lernen, die zahlreichen, in der Krankenbehandlung nötigen Manipulationen richtig auszuführen, resp. dem Pflegepersonale gute Unterweisungen zu geben. A.

Der österreichische Gerichtsarzt. Vademekum für die forensische Praxis für Ärzte und Juristen, von **Dr. Gustav Paul**. Mit 18 in den Text gedruckten Abbildungen und einer Tafel. Wien und Leipzig 1904, Franz Deuticke.

Das vorliegende, dem Andenken Maschkas gewidmete Vademekum wird sicherlich von jedem Arzte willkommen geheißen werden, der berufen ist, als Sachverständiger vor Gericht zu fungieren. Mit Hilfe dieses Buches wird er in die Lage versetzt, Befund und Gutachten derart abzufassen, daß diese „eine den Forderungen des Strafgesetzes angepaßte Grundlage für das richterliche Urteil" bilden können. Die richtige Würdigung der Schwierigkeiten, welche gerade der formelle Teil der gerichtsärztlichen Tätigkeit dem jungen Gerichtsarzte bietet, hat den Verf. zur Abfassung dieses Buches im Geiste seines Lehrers angeregt. Durch Beifügung einer medizinischen Terminologie wird dem Gerichtsarzte ein Behelf zur Verdeutschung von Kunstausdrücken geboten und hierdurch das Werk auch dem Juristen zugänglich gemacht. Eine besonders wertvolle Bereicherung erfuhr der Leitfaden durch eine kurz gefaßte Darstellung über das moderne Identifizierungsverfahren, die Aufnahme des Lokalaugenscheines und die gerichtliche Photographie. A.

Zur Pflege und Erziehung jugendlicher Idioten und Schwachsinniger. Von **Direktor Dr. Josef Krayatsch.** Halle a. S. 1903, Karl Marhold. 46. S.

Der vor kurzem verstorbene Verfasser hat sich mit diesem Thema sehr eingehend befaßt und auch schon darüber berichtet. Die vorliegende Schrift hat vorwiegend ein lokales Interesse; es wird die Geschichte dieser Bestrebungen in Niederösterreich, abschließend mit der Errichtung der an die Landes-Irrenanstalt in Kierling-Gugging angegliederten Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder, und die Anstaltstätigkeit von 1896 bis 1901 auseinandergesetzt. Den Schluß bilden Skizzen zur Anlage einer neuen Erziehungs- und Pflegeanstalt für schwachsinnige Kinder in Niederösterreich. Infeld.

Feuilleton.

Lebensbilder aus halbvergangener Zeit.

Von **Dr. Maximilian Stransky**, Wien.

V.*)

Maria Francesca de Voëwina, geb. 1664, der erste weibliche Arzt in Österreich.

Zu allen Zeiten haben die Frauen im Reiche Äskulaps zu wirken gesucht und ist es in den letzten Jahren ihrem unentwegten Streben sogar gelungen, die Pforten der meisten Universitäten für sich zu öffnen. In absehbarer Zeit wird in unseren Landen allenthalben dem weiblichen Arzte die Praxis offen stehen; es mag daher nicht ohne Interesse sein, auf das Leben und Wirken einer Ärztin zurückzublicken, die vor nunmehr 200 Jahren auf ärztlichem Gebiete Außerordentliches leistete und in Europa und auch außerhalb unseres Weltteils zu großem Ruhme gelangte.

Maria Francesca de Voëwina, dies ist der Name dieser seltenen Frau, hat mannigfache Schicksale erlebt und bietet ein hochinteressantes Lebensbild auch für die heutige Ärztegeneration. Ihr 1737 in Übersetzung aus dem Englischen erschienenes Tagebuch [1]) bietet selbst den Ärzten der heutigen Zeit so manches Wissenswerte.

Als im Jahre 1660 der Sultan Mahomed IV. mit einem starken Kriegsheere den siebenbürgischen Fürsten Georg Rákozy heimsuchte und nach dessen Unterwerfung die Festung Großwardein zerstört hatte und er dann den Kaiser Leopold im Jahre 1661 bekriegte, wurde der Kibleti Bassa Voëwina aus Damaskus nach Ungarn entsendet. Er führte seine Gattin, die Schwester des Großveziers Achmet Bassa, in den Feldzug mit und nahm sie jahrelang von Lager zu Lager mit sich, ließ sie jedoch nach Belgrad bringen, damit sie daselbst ihre Niederkunft erwarte. Auf dem Wege dahin wurde sie nun gefangen genommen und dem Grafen Sezini, dem kroatischen Banus, übergeben, der sie dem Prinzen Wilhelm, Markgrafen von Baden, zur weiteren Verfügung überstellte. Auf dessen Befehl wurde die Gefangene durch den Obersten des fränkischen Regimentes Zobeln an den Hof des Fürsten Christian Ernst, Markgrafen von Brandenburg nach Bayreuth als Geisel gesendet, woselbst sie von der Fürstin Erdmuthe Sophie von Sachsen mit Auszeichnung und Fürsorge aufgenommen wurde. Am 14. September 1664 erfuhr die Gefangene, daß ihr Gatte bei der Schlacht bei St. Gotthard vor dem Feinde gefallen sei, verfiel in Wehen und stürzte vom Schlage gerührt zusammen. Dem fürstlichen Leibarzte gelang es durch einen rechtzeitig ausgeführten Kaiserschnitt die Frucht zu retten, wodurch — wie die Autorin sich ausdrückt — der alte Spruch „Unius corruptio est alterius generatio" zu Ehren kam. Die Fürstin führte das gänzlich

*) S. „Wiener Med. Presse", 1904, Nr. 8.

[1]) Der Titel des Buches lautet: „Wahrhaffte und Merkwürdige Begebenheiten der berühmten türckischen Doctorin Frauen Maria Francesca de Voëwina von ihrer türckischen Gefangenschaft in Ungarn, Constantinopel und Egypten, wie auch von der glücklichen Befreiung, Schiffbruch, Reise nach Jerusalem, Damascus, Tripolis, Aleppo und Capo de bona speranza, sammt ihrer in besagter Gefangenschaft durch eine ihr freigegebene Praxin wunderhafte erreichte Curen kurtz und bündig beschrieben und an das Licht gestellt. Frankfurt und Leipzig 1737."

verwaiste Kind der katholischen Kirche zu und standen ihm Kaiser Leopold und dessen Bruder Johann III., Kurprinz von Sachsen, als Taufpaten zur Seite. So wuchs nun das Kind auf, bis zum 6. Jahre von der Fürstin sorfältig behütet und wurde nach deren im Jahre 1670 erfolgten Tode von der Fürstin Sophie von Württemberg bis zum 12. Jahre erzogen, worauf sie über Wunsch der Kaiserin Eleonora Magdalena an den Wiener Hof berufen wurde und an der gütigen Monarchin eine zweite Mutter fand.

Im Alter von 17 Jahren vermählte sie sich mit einem der Hofärzte und ward Mutter einer einzigen Tochter.

Ihr Gatte erweckte in ihr die Vorliebe für seinen Stand, setzte es durch seine Hofverbindungen durch, daß MARIA FRANCESCA DE VOËWINA als einzige Hörerin an der Universität Vorträge besuchen konnte und er, der in „chymischen, medicinalischen und physikalischen Wissenschaften hochgelahrt war“, weihte seine wissendurstige Frau in seinen Beruf ein und hatte eine leichte Aufgabe, da seine junge Gattin regen Fleiß und großes Verständnis bewies. Und so erlangte sie durch die Vorträge an der Hochschule und durch die Unterweisungen ihres Gatten „eine große Fertigkeit im Erkennen der Krankheitsursachen und im Behandeln der Krankheiten“, so daß sie an der Seite ihres Gatten und später auch allein ärztlich tätig war und viel gesucht wurde. Insbesondere verbreitete sich ihr Ruhm, als sie den erkrankten Botschafter Grafen von Caprara 1682 in kurzer Zeit herstellte, den sein persischer Leibarzt bereits als verloren bezeichnet hatte. Über Auftrag seines Gebieters konferierte der persische Leibarzt eingehend mit seiner Kollegin und weihte sie in die Therapie ein, die zu jener Zeit im Oriente gebräuchlich war.

Im Jahre 1683 suchten die Türken das arme Ungarn wiederum mit Feuer und Schwert heim und wurde der Gatte der MARIA FRANCESCA dem Entsatzungsheere als Arzt beigegeben, das der Generalissimus Herzog Karl von Lothringen befehligte. MARIA FRANCESCA blieb in Wien, um auf Befehl des Höchstkommandierenden Grafen Ernst Rüdiger von Starhemberg „den Blessierten und Gequetschten mit Rat und Tat beizustehen und mit ihrem Heilschatze zu assistieren“. Sie pflegte Offiziere und Gemeine nach allen Kräften und als der Kommandierende Graf Starhemberg auf der Burgbastei am Haupte stark blessiert wurde, „adhibierte sie solche Mittel, damit sothane schwere Wunde dieses tapferen Helden Vigilanz in allen besorglichen Zufällen nicht hemmete, sondern er seine tapfere Defension fortsetzen konnte“.

Nach dem Entsatze Wiens und der schmachvollen Flucht des Großveziers Kara Mustapha errichtete Papst Innozenz III. drei Feldspitäler, in Gran, Komorn und Neuhäusel für Pflege der verwundeten Soldaten. In das Feldspital nach Neuhäusel wurde MARIA FRANCESCA DE VOËWINA berufen, fiel jedoch unterwegs in die Gefangenschaft einer türkischen Streifwache. Es stand ihr ein entsetzliches Los bevor, da rettete sie der Umstand, daß sie ein Kästchen in den Armen hielt und nicht ausliefern wollte. Das brachte die türkischen Soldaten auf den Gedanken, sie sei im Besitze großer Kostbarkeiten und man brachte sie in das Zelt des Aga, der sie das Kästchen zu öffnen zwang und zu seinem Staunen sah, daß statt Gold und Edelsteinen chirurgische Instrumente und Arzneien zum Vorschein kamen. Als sie als Beweis ihrer Tüchtigkeit die Lieblingssklavin des Aga von einer Ausschlagkrankheit befreite, wurde ihr als Belohnung das Leben geschenkt und sie wurde unter Begleitung von acht Janitscharen nach Konstantinopel geschickt, wo im Serail des Sultans eine Epidemie ausgebrochen war.

In der Hauptstadt des Türkenreiches angelangt, wurde MARIA FRANCESCA in einen Kerker geworfen und bei Wasser und Reis als alleiniger Nahrung interniert. Nach 14 Tagen wurde unsere schwergeprüfte Heldin unter starker Bedeckung in das Serail gebracht, fand vier von den Frauen des Sultans an der Pest erkrankt, andere sechzehn litten an schwerem „Durchlauf“.[2]) Alltäglich kam nun die Ärztin, wie ein Staatsverbrecher sorgfältig bewacht, zu ihren Kranken, von denen nur eine einzige starb, während die anderen neunzehn durch die aus Wien mitgebrachten Heilmittel gesund wurden. Als dies dem Sultan gemeldet wurde, ließ er sich die Gefangene vorführen, wies ihr nunmehr ein behagliches Quartier an und konsultierte sie auch selbst, da er infolge der traurigen Nachrichten von den Schlachtfeldern an Magenbeschwerden und Schlaflosigkeit litt. Auch diesmal hatten die Wiener Arcana Erfolg und erhielt MARIA FRANCESCA 600 Dukaten und die Zusicherung freien Geleites in der Stadt als Lohn; jeder Versuch jedoch, die Stadt zu verlassen, sollte mit dem Tode bestraft werden.

Der Erfolg der Kur beim Sultan verbreitete sich schnell in allen Kreisen der vornehmen Welt Konstantinopels und alle Haremsfrauen der reichen Türken strömten ihr zu, so daß sie im Verlaufe dreier Jahre über 1000 Kranke behandelte und sich ein Vermögen von über 6000 Dukaten sammelte. Beim Sultan kam sie immer mehr in Gnade, da es ihr ein zweites Mal gelang, ihn von seinem Leiden zu befreien. Diesmal war nebst 600 Dukaten auch ein eigenes prächtiges Haus der Lohn, jedoch nur unter der Bedingung, daß sie binnen einem halben Jahre zum mohammedanischen Glauben übertrete. Sultan Mahomed IV. wurde jedoch 1687 entthront und sein Bruder Soliman wurde Herrscher aller Gläubigen. Kurz darauf wurde MARIA FRANCESCA zur Lieblingsfrau des Großveziers gerufen, die eine Christin war und aus Sizilien stammte. Sie behandelte die an Lungenentzündung erkrankte Frau, wofür sie ein kostbares Kleid und die Zusicherung eines Jahresgehaltes erhielt. Ferner heilte sie den Mustapha Pascha, der an einer offenen Wunde litt, die er sich bei der Belagerung von Ofen zugezogen hatte. 100 arabische Dukaten waren der Lohn.

Da trat nun ein Ereignis ein, das MARIA FRANCESCA wieder in die Ferne führte. Durch ihre vertraute Freundin wurde es bekannt, daß sie ein Kind türkischer Eltern sei und daß ihr Vater vormals Statthalter von Damaskus war. Als nun einige Tage später Ibrahim Pascha, der Beherrscher von Ägypten, ein Bruder von MARIA FRANCESCAS Vater, beim Sultan erschien, um ihm den jährlichen Tribut zu bringen, forderte er von ihm, daß ihn seine Nichte nach Kairo begleite. Im März 1689 bestieg sie mit großem Gefolge ein türkisches Schiff, das sie vorher nach Alexandrien brachte. Auf dem Wege dahin litt die ganze Besatzung an der Seekrankheit, die MARIA FRANCESCA durch die Darreichung einer „besonders zubereiteten aqua vita“ sehr milderte. Während eines kurzen Aufenthaltes behandelte sie die Frau des Aga in Rhodos an einer Nierensteinkrankheit.

In Alexandrien wurde Aufenthalt gemacht, da der Statthalter die berühmte Ärztin mit Ehrentruppen abholen ließ und sie zugleich bat, seine drei an „Durchlauf“ schwer erkrankten Frauen zu heilen. Zwei von den Patientinnen wurden gänzlich hergestellt.

In Kairo angelangt, begann MARIA FRANCESCA unter der Ägide ihres mächtigen Onkels nunmehr eine umfassende Tätigkeit. In dieser Stadt waren stets hunderte Personen durch den Genuß des schlechten Nilwassers erkrankt. MARIA FRANCESCA ordnete an, daß man das Wasser vor dem Gebrauche zuerst ruhig stehen lassen solle, sodann mußte es mit geriebenen Mandeln präzipitiert und durch feine Seide durchgeseiht werden. Tatsächlich besserte sich durch diese Maßregeln, durch diese allerdings primitive Filtrierung des Trinkwassers der Gesundheitszustand der Stadt. Der Ruf der Ärztin stieg sehr schnell, sie erhielt eine ständige Leibwache zugeteilt, die sie auf ihren Gängen zu den Kranken stets begleitete. Sie erweiterte ihr Wissen über die endemischen Krankheiten Ägyptens mit Hilfe des Arztes und Astronomen ABAHU, der mit ihr gemeinsam monatelang eingehende Konferenzen abhielt. In der Kenntnis dieser Endemien übte sie nun die Praxis in großem Maßstabe aus und wurde von Arm und Reich ob ihrer Heilerfolge vergöttert.

Das ägyptische Volk nährte sich zu jener Zeit meistens von Garten- und Feldfrüchten, Kohl, Bohnen, Erbsen, Linsen, Melde, Bammie, Melichien und Datteln; von Fleisch sehr wenig. Einige Male im Jahre aßen die Leute Hammelfleisch, mit welcher Brühe sie dann den Reis kochten, dann aßen sie Fische aus dem Nil, Hechte und Barsche. Die Speisen aßen sie viermal täglich, jedoch nur sehr wenig, sie aßen sich niemals satt, so daß sie, falls nicht der Genuß des schlechten Nilwassers durch den gefürchteten „Durchlauf“ ihrem Leben früher ein Ende setzte, 95 bis 100 Jahre alt wurden. Die in Kairo ansässigen Europäer wurden jedoch nicht so

[2]) Mit diesem Namen wurde zu jenen Zeiten die Dysenterie bezeichnet.

alt. Als Grund hierfür gibt MARIA FRANCESCA nicht das Klima an, sondern glaubt, daß das viele Fleischessen und Weintrinken „die natürliche Wärme und das übermäßige Blut gar zu stark vermehre, wodurch das Lebenslicht frühzeitig ausgelöscht werde", während bei den Ägyptern „durch das mäßige Essen und das Wassertrinken kein überflüssiges Blut durch die Leber gebildet werde, wodurch ihre Lebensflamme mit mäßigem, aber nicht überflüssigem Öl unterhalten werde".

In der armen Klasse herrschten viele Krankheiten, weil die armen Leute viel schmutziges Nilwasser tranken und schlechtes Kamelfleisch und eingesalzene Krokodile aßen und die Speisen wegen Holzmangels mit gedörrtem Kuhmist zubereitet wurden, wodurch sie niemals gar und durch das Heizmaterial verunreinigt wurden.

Epidemisch traten Krätze, Aussatz (Lepra), triefende Augen (Trachom), Nierensteine, Schwindsucht, böse Fieber und Kopfgrind auf. Dazu kam noch aus Syrien und Griechenland alljährlich die Pest, die in manchen Jahren 400—500.000 Menschen hinwegraffte.

Mit Feuereifer trat MARIA FRANCESCA dafür ein, daß die Kleider der verstorbenen Pestkranken verbrannt wurden; jedoch vergeblich, die Leute waren Fatalisten, die ihrem Glauben gemäß annahmen, daß jedem Menschen sein Lebensalter bestimmt sei, das er weder zu verlängern, noch zu verkürzen vermöge. Auch dem übermäßigen Baden im kalten Nilwasser schrieb MARIA FRANCESCA viele Krankheiten zu. Ihre Tätigkeit erstreckte sich über die Stadt Kairo und die Vorstädte Bulach, Charaffa, Alt- und Neu-Kairo. Sie leitete auch das große Krankenhaus, was im ganzen Lande großes Aufsehen machte, denn eine Frau war einem Spitale noch nie vorgestanden. Im Laufe der Jahre behandelte sie viele Tausende Kranke im Spitale und außerhalb desselben und wendete die verschiedensten Heilmittel an, jene die sie von Wien her kannte und auch die in Ägypten gebräuchlichen. Die körnige Substanz aus dem Beutel des Moschustieres, das Sekret der Zibetkatze, „das Salizin, den Bitterstoff aus der Weide, im Lande Kulif genannt, gegen Schmerzen in Händen und Füßen und zur Auffrischung des Herzens".

Ferner das Moschkraut und dessen Samen Abel Mosch, welche dem Moschus ähnlich riecht; diese Blätter waren ein gutes Heilmittel gegen verschiedene Frauenkrankheiten, insbesondere gegen Blutungen aus den Genitalien, dann die Schoten und Blätter des Tamarindenbaumes, ferner die Blätter von Akazia, Abrus, Absus und Sesban gegen die Entzündung der Leber und der Nieren. . . .

Im Jahre 1690 sollte MARIA FRANCESCA als Ärztin einen Pilgerzug von 40.000 Leuten nach Mekka und Medina begleiten. Sie hatte jedoch die Bekanntschaft eines Franzosen, Le Blanc, den sie an Wassersucht behandelte, gemacht, der sie bestimmte, mit ihm zu entfliehen. Sie übergab ihm ihr erspartes Geld, das er mit seinem Gepäck heimlich nach Alexandrien bringen ließ, und entfloh zur selben Stunde, als die Mekkapilger die Stadt verließen. In Alexandrien stellte ihr der französische Konsul einen Paß aus, in dem sie als — Diener des Herrn Le Blanc bezeichnet wurde.

Kurz nach der Abfahrt kam das Schiff durch vier Tage in einen Sturm, wurde bis in die Nähe der Insel Cypern verschlagen, wurde leck, scheiterte und wurde nun ein Teil der Bemannung bei Sidon ans Ufer geworfen, darunter auch MARIA FRANCESCA DE VOËWINA, die das Glück hatte, ihren Medikamentenkasten und ihr gesamtes Geld, über 2500 Dukaten, zu retten.

Nun erfolgte eine abenteuerliche Irrfahrt durch Palästina. Die Schiffbrüchigen kamen nach Jerusalem. Daselbst heilte MARIA FRANCESCA zwei Mönche, die an Rotlauf erkrankt waren. Interessant ist im Tagebuch die Beschreibung einer mohammedanischen Massenbeschneidung. „Die Mütter ritten am neunten Tage schon aus, den Säugling auf dem Pferde vor sich, betraten jedoch die Moschee nicht, sondern übergaben sie vor dem Tore den Geistlichen, die sie übernahmen und wiederum operiert zurückbrachten." Der Präfekt von Jerusalem, den MARIA FRANCESCA von einem Ausschlage befreite, schenkte ihr ein Pferd und einen Diener und stellte ihr einen neuen Paß aus. Als sie eines Abends in ihr Quartier kam, wohnte sie dem Sterben ihres Wirtes bei. Die Nachbarn umgaben den Sterbenden, schrien ihm mit aller Lungenkraft Mut zu, „Mahomed würde ihm im Himmel schon einen Ort aussuchen, er warte schon auf ihn". Sofort nach dem Tode wuschen sie ihn, stopften ihm Baumwolle in alle Leibesöffnungen zum Zeichen dafür, daß keine Sünde mehr in ihn hineindringen könne, legten ihn in einen Sarg und begruben ihn sofort, kaum eine halbe Stunde nach dem Hinscheiden.

Mit Hilfe ihres neuen Passes reiste MARIA FRANCESCA mutig ganz allein nach Damaskus, behandelte den Bassa an einem drei Tage währenden Fieber, was ihr ein Honorar von 100 Dukaten und freie Fahrt nach Aleppo eintrug, von dort kam sie nach Ninive, wo sie viele an Fieber erkrankte Christen heilte, von dort kam sie nach Bagdad und Ormus. Hier bestieg sie eine portugiesische Galeere. Auf dieser Reise rettete sie sich und die ganze Reisegesellschaft. In der Nähe der Insel Madagaskar verdarb durch die große Hitze der gesamte Wasservorrat. 28 Tage lang lag das Schiff mit stillen Segeln in sengendem Sonnenbrande und der Mangel an genießbarem Trinkwasser wurde immer fühlbarer. Menschen und Vieh starben, einige Leute wurden wahnsinnig, über 20 Engländer nahmen sich das Leben. „Ich allein verzagte im Unglück nicht, destillierte das faulige Wasser und machte es wieder trinkbar, worüber alles ‚Wunder! Wunder!' schrie", schrieb MARIA FRANCESCA in ihrem Tagebuche.

Auf die lange Stille erfolgte ein Sturm, so daß die Reisegesellschaft das Schiff verlassen mußte und sich auf Booten rettete. Bei dieser Gelegenheit kam der heldenmütigen Ärztin ihr ganzes Vermögen bis auf 100 Pfund abhanden, ferner auch ihr Tagebuch. Ein Teil der Besatzung, mit ihnen auch MARIA FRANCESCA, rettete sich auf eine Insel, auf der sie sich wochenlang von Datteln und Schildkröten nähren mußten. Endlich nach langen bangen Wochen nahm ein Schiff die Schiffbrüchigen auf und brachte sie nach Kapstadt, nachdem sie am 30. September 1690 das Kap der guten Hoffnung umschifft hatten.

In dieser Stadt blieb MARIA FRANCESCA bis zum 12. Oktober 1694, über vier Jahre, übte auch hier ihren ärztlichen Beruf aus und sammelte wiederum ein kleines Vermögen. Auf der Heimreise nach Europa, vorerst nach England, erkrankte ein großer Teil der Schiffsmannschaft nach dem Genusse eines Fisches, die Leute bekamen Lähmungen an Händen und Füßen. Es gelang MARIA FRANCESCA, durch die Darreichung starker Brechmittel aus ihrem Arzneischatze einem großen Teil der Erkrankten Heilung zu bringen. Der Fisch hieß Torpedo.

Über St. Helena ging die Reise weiter und es erfolgte die Landung ohne weitere Zwischenfälle am 16. Januar 1695 zu Cornwall in England, in welcher Stadt sie in der Familie einer Reisegenossin ein Asyl fand und sich bald einen neuen Wirkungskreis schuf.

In ihrem Tagebuche gab die Autorin ihrer Freude über die endlich nach jahrelangem gefahrvollen Umherirren in der weiten Welt gefundene Ruhe in folgenden Versen Ausdruck:

Post nubila Phoebus!

Nach dem Krachen, nach dem Knallen,
Nach dem Donner, nach dem Schallen
Kommt der helle Sonnenschein!

Man muß durch das Wetter dringen,
Will es heute nicht gelingen,
Wird es doch wohl morgen sein!

Seit ihrer Ankunft in England scheint die Spur der MARIA FRANCESCA DE VOËWINA verloren gegangen zu sein. Man weiß nicht, was aus ihr geworden ist, ihr Tagebuch gibt über die Zeit vom Jahre 1695 ab keinen Aufschluß mehr. Erst nach 40 Jahren erschien das Werkchen im Buchhandel, das uns Kunde gibt von dem Leben einer hochbegabten, tapferen, todesmutigen Frau, die den Ruhm der österreichischen ärztlichen Kunst in alle Weltteile trug, die unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen ihre ersprießliche Tätigkeit entfaltete. Mögen diese Zeilen dazu beitragen, den Namen einer wackeren Frau, der ersten österreichischen Ärztin, der Vergessenheit zu entreißen!

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der deutschen med. Fachpresse".)

XIX.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

J. Hofbauer: Biologisches von der menschlichen Plazenta.

Im Anschlusse an seinen Vortrag auf dem diesjährigen Anatomenkongreß in Jena über die assimilierende Fähigkeit der Plazenta für Fette, Eisen und Eiweiß bespricht Vortr. experimentelle Untersuchungen betreffs des Übergangs kolloider Lösungen von Mutter auf Kind. Nach intravenösen Injektionen von kolloidalem Silber und von Kieselsäure in verdünnten Lösungen konnten niemals diese Stoffe im Fötus nachgewiesen werden. Fernerhin werden Versuche erwähnt von Verfütterung spezifischer Fette an trächtige Tiere. Nach Fütterung von mit Sudan- oder Alkannarot gefärbten Fetten konnten diese Farbstoffe im Fötalblute nachgewiesen werden; sie konnten nur von Fetten oder Fettsäuren getragen ins Fötalblut gelangt sein. Sesamöl ließ sich mittelst der Baudoinschen Reaktion im Fötalblut nicht nachweisen nach Verfütterung von Sesamöl ans Muttertier. Dagegen war Jod nachweisbar nach Eingabe von Jodipin ans Muttertier. Entscheidend waren Versuche mit Kokosölfütterung. Dieses Öl ist durch den hohen Laurinsäuregehalt charakterisiert. Da Laurinsäure sonst im Tierkörper nicht vorkommt, so mußte der positive Ausfall der Untersuchung der Föten auf Laurinsäure als beweisend dafür angesehen werden, daß zum mindesten Fettsäuren die Plazenta passieren. Ob Fett als solches durchgeht, war damit nicht erwiesen. Für die Fähigkeit der Plazenta, Ester im allgemeinen zu spalten, spricht die vom Vortr. erhobene Tatsache der Salolspaltung. Die in den fötalen Organen nachweisbaren Fette müssen daher in ihren Komponenten vom Blutfett resp. Nahrungsfett der Mutter abgeleitet werden. Fett ist im Fötus insbesondere in größerer Menge in der Leber nachzuweisen, ferner im Herzen und in der Niere sowie im Ovarium, und zwar insbesondere dann, wenn hier Follikel zur Reife kommen; dieser letztere Vorgang ist dann kombiniert mit starker Erweiterung der Kapillaren des Uterus, subepithelialen Hämatomen daselbst, sowie Ansammlung von Blut in der Korpushöhle, Wanderzellen durchsetzen die Schleimhaut, somit durchwegs Erscheinungen, die lebhaft an Beobachtungen bei der normalen Menstruation erinnern.

Diskussion zu den Vorträgen der Herren Schenk, Polano, Freund und Hofbauer.

Veit (Halle a. S.) spricht seine Befriedigung darüber aus, daß sein Versuch, zum weiteren Studium der Physiologie der Schwangerschaft anzuregen, nicht ohne Erfolg geblieben ist. Allen schwebte dabei als wichtiges Ziel die Erkenntnis der Pathogenese der Eklampsie vor. Allerdings darf man sich die Verhältnisse nicht so einfach denken, daß man nun schnell ein Eklampsieserum erfinden kann. Das Eklampsiegift werden wir auch nicht so leicht chemisch bestimmen, daß wir hoffen können, es durch seine Wirkungsweise zu isolieren. Die Versuche, eine einfache chemische Substanz als Eklampsiegift hinzustellen, sind nicht ganz glücklich. Weiter warnt Veit mit Recht vor zu vielem Experimentieren an Frauen. Selbst mit der Blutentnahme nur experimenti causa sei man vorsichtig! Sodann geht Veit auf den Ausgangspunkt seiner Arbeiten, auf die Zottenverschleppung, die Deportation, ein. Zotten tauchen mit ihrer Oberfläche in mütterliches Blut; daß sie etwas aus dem Blute aufnehmen und etwas wieder abgeben, war bekannt. Aber man findet nun Zottenephithelien, ja selbst Zottenteile in Venen der Mutter; sie müssen hier resorbiert werden. Es lag daher nahe, die Ernährung und den Stoffwechsel der Frucht hiermit in Verbindung zu bringen; die Frucht gibt nicht nur chemische Substanzen ab, sondern sie bringt auch zellige Elemente in den Blutstrom. Die Ernährung des Fötus kann man nicht aus dem osmotischen Druck des mütterlichen und kindlichen Blutes bestimmen. Eine Stoffbewegung zu erklären gelingt nur durch chemische Prozesse, die wir in die Chorionepithelien verlegen. Hier gibt uns Ehrlichs Theorie die beste Erklärung. Nur diejenigen Stoffe gelangen aus dem mütterlichen Blutstrom in den Fötus, für welche in den Chorionepithelien haptophore Gruppen bestehen oder deren Zerlegung und Wiederaufbau hier möglich ist, und nur diejenigen Stoffe gelangen aus dem Fötus in das mütterliche Blut, für die hier haptophore Gruppen vorhanden sind.

Hofbauers Nachweis von Albumosen in der Plazenta und ihr Fehlen im mütterlichen und kindlichen Serum ist eine wesentliche Verbesserung unserer Kenntnisse; sein Vergleich der Chorionzotte mit der Darmzotte scheint aber nicht sehr glücklich; erstere taucht in Blut ein, letztere in eine Flüssigkeit, die sich zersetzt. Die Aufnahme von Eisen hat Veit schon in einer früheren Arbeit besprochen.

Bestätigen sich die Versuche von Liepmann und R. Freund, so sind sie außer der normalen Deportation ein wichtiger Beweis gegen die Ansicht, die Pfannenstiel neuerdings wieder vertritt, daß die mütterlichen Gefäße nicht eröffnet werden.

Zum Schluß teilt Veit ein weiteres Experiment mit, das einer seiner Schüler, Herr Karonsoge, anstellte: Legt man ein Stück Plazenta in ein spezifisches Serum, so sieht man nach einigen Stunden Auflösungsvorgänge, die Plazenta ist in eine schleimige Masse eingehüllt; dies fehlt vollständig, wenn man die Plazenta in ein normales Serum legt.

Hofbauer: Die Vorgänge, welche in den Chorionepithelien vorgehen, seien absolut analog den in den Darmzotten, so daß der Vergleich mit den Darmzotten voll aufrecht erhalten werden muß.

Uhlenhuth: Wir sind heutzutage imstande, das Körpereiweiß einer bestimmten Spezies zu bestimmen, aber wir können nicht verschiedene Eiweißarten derselben Spezies biologisch unterscheiden. Auf ein Menschenblutantiserum reagieren sämtliche Eiweißsorten derselben Spezies. Sperma kann man vom Blut auf biologischem Wege nicht unterscheiden. Ein für menschliche Plazenta spezifisches Serum kann man wohl darstellen, aber einen praktischen Wert hat dieses nicht. Es gibt bei dem Serum so feine Dinge, die beobachtet werden müßten, ein Serum ist nie dem anderen gleich, ein opaleszierendes, sonst normales Serum gibt z. B. mit Kochsalzlösung eine Trübung. Diese opaleszierenden Sera geben Anlaß zu Irrtümern. Die Unterscheidung chemisch reiner Eiweißkörper ist nicht möglich, viel weniger ein Eiweißgemisch, wie das des menschlichen Organismus.

Halban (Wien): Die von Freund als spezifisch angegebene Serumreaktion nach Einspritzung mit Urin Eklamptischer stellt nichts Spezifisches vor, da sie auch nach Injektion normalen Urins auftritt. Ebenso ist die Reaktion des dadurch entstandenen Serums auf den Urin Eklamptischer nichts Spezifisches, sondern die entstehende Trübung ist als sehr feine Reaktion auf das im Urin bereits vorhandene Eiweiß aufzufassen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 9. März 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

H. Loebl stellt einen Fall von Antipyrin-Exanthem vor. Bei dem 35jährigen Pat. traten, sobald er Antipyrin oder eines seiner Derivate nahm, wiederholt folgende Erscheinungen auf: Brennen auf Zunge und Wangenschleimhaut, Erschwerung der Sprache, Schwellung der Zunge, dann Blasen im Munde, welche linsen- bis bohnengroß und mit klarem Serum gefüllt waren, schließlich platzten und sich zu Geschwüren umwandelten. Gleichzeitig bestand Fieber. Die ganze Attacke dauerte 10—14 Tage. Zur nämlichen Zeit trat an beiden Handflächen Ödem auf, welches nach einigen Stunden verschwand. Die Therapie bestand in Gurgeln mit Wasserstoffsuperoxyd und Insufflation von Orthoform und Anästhesin.

A. Bleier führt ein Mädchen mit Anaemia splenica neben temporär perniziös-anämischem Blutbefund vor. Man fand ursprünglich hochgradige Anämie, leichte Vergrößerung der Leber, einen hochgradigen derben Milztumor, Hämoglobingehalt nach Fleischl 18—20%, Erythrozyten 890.000, weiße Blutkörperchen 5100. Im gefärbten Blutpräparate zeigten die roten Blutkörperchen ausgesprochene Poikilozytose, neben Mikrozyten fanden sich zahlreiche Makrozyten und kernhaltige Normoblasten; weiße Blutkörperchen bis auf eine Vermehrung der kleinen Lymphozyten (40%) normal. Während eines zweimonatlichen Spitalsaufenthaltes ist eine erhebliche Besserung eingetreten; auch der Milztumor hat sich verkleinert.

H. Schur hat einen Fall beobachtet, in dem eine Kombination von perniziöser Anämie mit Milztumor vorkam.

Adr. Sturli demonstriert Präparate von Aortenveränderungen an Kaninchen nach Injektion von Methylamino-Acetobrenzkatechin und Adrenalin. Das verwendete Präparat, welches in der chemischen Formel dem Adrenalin sehr ähnlich ist, wirkt qualitativ analog wie das letztere, es erzeugt Gefäßverengerung und Blutdrucksteigerung. Die Frage, ob das Adrenalin direkt auf die Nervenendigungen der Vasomotoren oder direkt auf die glatte Muskulatur der Gefäße wirkt, ist noch strittig, doch neigen einige Experimentatoren der letzteren Annahme zu. Die nach wiederholten Adrenalininjektionen auftretenden Veränderungen bestehen in einer Verdünnung der Aortenwand, die zu einer zirkumskripten Erweiterung und Ausbuchtung derselben führt, welche in hochgradigen Fällen die ganze Aorta einnehmen können. Im Anfangsstadium der Affektion sieht man mikroskopisch Stellen in der Media, wo das zwischen den elastischen Lamellen befindliche Gewebe streckenweise zugrunde gegangen ist, die elastischen Fasern verlieren an diesen Stellen ihre wellige Struktur und schieben sich zusammen, oder sie gehen zugrunde; stellenweise

bilden sich durch teilweise Verkalkung des interelastischen Gewebes starre Platten. Die so veränderten Stellen werden später ausgebuchtet. Der Vortr. hält die experimentelle Adrenalinaortensklerose für eine Veränderung sui generis, welche sich mit der menschlichen Aortensklerose kaum vergleichen läßt; die Annahme ist nicht unwahrscheinlich, daß das Adrenalin die glatten Muskelfasern direkt angreift: die Steigerung des Blutdruckes ist dabei nicht das ausschlaggebende Moment, was auch die Experimente BRAUNS beweisen, bei denen nach Injektion von Adrenalin, verbunden mit Amylnitrit, trotz Fehlens der Blutdrucksteigerung dieselben Veränderungen auftraten. Auch bewirkt die subkutane Injektion von Adrenalin und des Methylamino-Acetobrenzkatechins höchstens eine minimale Blutdrucksteigerung, die Veränderungen an der Aorta treten aber trotzdem auf.

L. v. Schrötter bemerkt, daß die Untersuchungen des Vortr. einen Beweis für die Richtigkeit der von ihm seit Jahren verfochtenen Ansicht bilden, daß den unter dem Begriff „Arteriosklerose" subsumierten Veränderungen verschiedene pathologisch-anatomische Prozesse zugrunde liegen können.

Hans Meyer berichtet über seine Versuche mit Methylamino-Acetobrenzkatechin, aus welchem er durch Reduktion eine dem Adrenalin nahekommende Substanz gewonnen hat, die auch die physiologische Wirkung des letzteren besitzt; so sind die nach Injektion beider Substanzen resultierenden Blutdruckkurven beinahe identisch. FRIEDMANN hat den umgekehrten Weg eingeschlagen, indem er Adrenalin oxydierte. Die physiologischen Wirkungen des Adrenalin und des Methylamino-Acetobrenzkatechins sind einander ganz ähnlich, die Wirkung des letzteren scheint aber länger anzuhalten; beide rufen nach der Injektion einen sehr ausgesprochenen Diabetes hervor, welcher wahrscheinlich vasomotorischen Störungen in der Leber seine Entstehung verdankt.

Ludw. Braun zeigt ein mikroskopisches Präparat aus der Aorta eines Adrenalin-Kaninchens, das im ganzen 6mal 3 Tropfen der gewöhnlichen Adrenalinlösung (1:1000) intravenös injiziert erhalten hat. Man sieht in den innersten Mediaschichten eine Platte von osteoidem Gewebe, welche die Mediafasern auseinander drängt. Diese durch toxische Beeinflussung der Gefäßwand zustande kommenden Veränderungen scheinen schon nach 1—2 Injektionen von Adrenalin aufzutreten, nur sind sie — weil makroskopisch nicht erkennbar — schwer aufzufinden.

Wiesel weist darauf hin, daß auch im Verlaufe von Infektionskrankheiten Veränderungen an dem elastischen Gewebe der Media auftreten. Das Adrenalin ist also nicht der einzige Stoff, welcher derartige Veränderungen hervorruft.

HERM. NOTHNAGEL: Zur Pathogenese der Kolik.

Das Wort „Kolik" bezeichnet ursprünglich den Dickdarmschmerz, dann wurde es für eine typische Art von Schmerz in verschiedenen Organen angewendet. LENNANDER hat bei Operationen in Lokalanästhesie feststellen können, daß das Peritoneum parietale außerordentlich empfindlich ist, das Peritoneum viscerale, die Leber, Gallenblase und auch noch andere Unterleibsorgane gegen mechanische, chemische und thermische Reize vollkommen unempfindlich sind. Daraus zog er den Schluß, daß die Kolik, der Dickdarmschmerz, nicht im Darme entstehe, sondern nur durch eine Reizung des Peritoneum parietale hervorgerufen werde. DUMS erklärt den Kolikschmerz durch Zerrung des Mesenteriums. Gegen die Schlüsse der beiden Autoren läßt sich vorbringen, daß nicht immer Verhältnisse bestehen, wo bei Kolik eine Zerrung des Peritoneum parietale erfolgen kann, auch spricht dagegen die Tatsache, daß bei akuter Darminvagination nur im Momente der Invagination ein heftiger Schmerz empfunden wird. Zur Erklärung der Kolik kann man auf die Tatsache der Unempfindlichkeit der Gehirnsubstanz auf äußere Reize zurückgreifen, die trotzdem auf „adäquate" Reize in heftigster Weise reagieren kann. Wir sehen dies z. B. bei akuten Infektionskrankheiten, Vergiftungen, Anämie, Neurasthenie. In ähnlicher Weise könnte der Kolikschmerz in der Darmwand entstehen. Das primäre Moment ist die tetanische Kontraktion des Darmes, bei welcher erfahrungsgemäß Kolikschmerz auftritt. Es scheint, daß in den Nerven der Darmwand als adäquater Reiz die Anämie wirkt. Dafür sprechen u. a. die Kolikschmerzen bei Embolie einer A. mesenterica. Anämie der Darmgefäße entsteht nun auch beim Tetanus der Darmwand, durch welchen die Darmgefäße komprimiert werden. Die Art des Kolikschmerzes ist vielleicht in der Eigenart der Nervenzellen des Sympathikus begründet.

Notizen.

Wien, 11. März 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. SCHMARDA einen Knaben mit traumatisch entstandenem Hirnabszeß nach der Operation desselben. — Hierauf führte Dr. EXNER einen Mann vor, bei dem sich nach einem Trauma (Hufschlag) ein Hämatom des Pankreas und aus diesem eine Pankreaszyste entwickelt hat. Dieselbe mußte schließlich operativ beseitigt werden. — Dr. S. TAUBER stellte einen Mann mit einem Angiom der rechten Schläfengegend vor, welches wahrscheinlich mit dem intrakraniellen Venensinus zusammenhängt und die angrenzenden Knochen usuriert. — Dr. v. ABERLE führte ein Mädchen aus dem LORENZschen Ambulatorium vor, das er vor einigen Monaten wegen ganz besonders hochgradiger Genua valga demonstriert hatte und das seither erfolgreich operiert worden ist. Die Operation bestand in dem Heraussägen je eines mit der Basis medial gewendeten Keiles aus dem Oberschenkelknochen oberhalb der Kondylen, Fixation der alsbald redressierten Beine in Gipsverband und Nachbehandlung in einem Schienenhülsenapparate. Die durch die Operation bedingte doppelseitige Peroneuslähmung ist gegenwärtig völlig zurückgegangen. Hofrat v. EISELSBERG empfahl zur Verhütung der Peroneuslähmung die Vornahme des Redressement in mehreren Akten. Ferner zeigte Dr. v. ABERLE eine wahrscheinlich auf fungöser Grundlage entstandene spitzwinklige Kniegelenksankylose. — Prof. RIEHL demonstrierte ein Mädchen mit einem sogenannten Adenoma sebaceum des Gesichtes. Die Affektion besteht in kleinen, adenomähnlichen, schon in der Kindheit des Individuums auftretenden persistierenden Geschwülstchen. Die Therapie hat auf elektrolytischem und operativem Wege vorzugehen. — Schließlich hielt Priv.-Doz. S. FRÄNKEL den angekündigten Vortrag „Über Enzyme". Vortr. erörterte speziell die Diastase. Nach Besprechung der älteren unzureichenden Darstellungsmethoden der in ihrer wahren Natur noch nicht erforschten Körper (Fällung durch indifferente Niederschläge, Metallsalze oder Alkohol) schilderte F. seinen eigenen Versuchsmodus: Er maischt Gerstenmalz bei einer Temperatur von 15—20°, reinigt die Diastase in Lösung enthaltende Flüssigkeit von Kohlehydraten und kolloiden Körpern durch Zentrifugieren und Filtrieren und beseitigt schließlich das Eiweiß aus der Lösung durch Vergären der letzteren mit hochgärender Hefe. Nach Wiederholung des Reinigungsprozesses kann die annähernd reine Diastase enthaltende Lösung im Vakuum konzentriert und die Diastase in Pulverform dargestellt, vielleicht auch näher erforscht werden.

(Universitätsnachrichten.) An der Universität in Zürich soll ein Lehrstuhl und ein Institut für physikalische Behandlungsweise errichtet werden. Es ist geplant, daß der präsumptive Direktor in etwa 30 Betten nicht nur die Patienten behandelt, welche ihm von den anderen Kliniken und Polikliniken zugewiesen werden, sondern daß in seiner Abteilung auch diejenigen Patienten Aufnahme finden, bei denen die physikalischen Heilmethoden angezeigt sind und welche durch Ärzte direkt empfohlen werden. — Die Universität in Moskau hat vor kurzem das Jubiläum ihres 150jährigen Bestandes gefeiert. — Die Zahl der Medizinstudierenden an den deutschen Universitäten hat auch im laufenden Wintersemester gegenüber dem Vorjahre abgenommen. Sie beträgt dermalen 5953 (8533 im Jahre 1898). — In der Sitzung des österreichischen Abgeordnetenhauses vom 3. d. M. sind die finanziellen Mißstände an den Krakauer Universitätskliniken, die wir schon wiederholt erörtert haben, ausführlich zur Sprache gekommen.

(Frequenz der österreichischen medizinischen Fakultäten.) Dem Ausweise des Unterrichtsministeriums über die Frequenz an den österreichischen Universitäten im Wintersemester 1904/1905 entnehmen wir in bezug auf die medizinischen Fakultäten folgendes: Es zählte die medizinische Fakultät in Wien: 1006 ordentliche Hörer, 32 ordentliche Hörerinnen, 484 außerordentliche Hörer, 4 außerordentliche Hörerinnen und 1 Hospitantin; in Innsbruck: 129 ordentliche, 23 außerordentliche, 8 Hospitanten; in Graz: 223 ordentliche Hörer, 4 ordentliche Hörerinnen, 69 außerordentliche Hörer und 9 Hospitantinnen; in Prag, deutsche Universität: 184 o. Hörer, 7 o. Hörerinnen, 44 a. o. Hörer; böhmische Universität: 360 o. Hörer, 3 o. Hörerinnen, 84 a. o. Hörer, 5 a. o. Hörerinnen und 5 Hospitantinnen; in Lemberg: 95 o. Hörer, 10 o. Hörerinnen, 8 a. o. Hörer; in Krakau: 126 o. Hörer, 21 o. Hörerinnen, 7 a. o. Hörer und 15 Hospitantinnen.

(Personalien.) Kaiserl. Rat Dr. JOSEF SCHREIBER in Meran-Aussee, der auf dem Gebiete der Klimatologie und Mechanotherapie wertvolle Leistungen aufzuweisen hat, begeht am 17. d. M. in voller geistiger und körperlicher Frische seinen 70. Geburtstag. — Geheimer Med.-Rat Prof. Dr. HERMANN FISCHER in Berlin hat am 6. d. M.

sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. Der Jubilar ist bekanntlich, seitdem er seine Professur in Breslau niedergelegt, Bibliothekar der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. —Der städtische Bezirksarzt in Wien Dr. IGNAZ EHRMANN ist in den Ruhestand getreten.

(Die Internationale Vereinigung der medizinischen Fachpresse) wird ihre diesjährige Delegiertenkonferenz am 27. April in Bern unter Vorsitz von CORTEZO (Madrid) abhalten.

(Statistik.) Vom 26. Februar bis inkl. 4. März 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8365 Personen behandelt. Hiervon wurden 1783 entlassen, 166 sind gestorben (8·51% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 72, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 119, Scharlach 55, Masern 239, Keuchhusten 33, Rotlauf 45, Wochenbettfieber 1, Röteln 16, Mumps 24, Influenza 7, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 789 Personen gestorben (+ 22 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Auf einer Forschungsreise in Trinidad ist vor wenigen Tagen der berühmte Professor der Ethnologie Dr. med. ADOLF BASTIAN im 79. Lebensjahre gestorben. Das große Museum für Völkerkunde in Berlin und eine schier unübersehbare Zahl völkerpsychologischer, ethnographischer und sprachvergleichender Studien bilden das Lebenswerk des großen Ethnologen. — Gestorben sind ferner: In Budapest der Privatdozent für Balneologie Dr. EMANUEL HASENFELD, 67 Jahre alt; in Potsdam Generalarzt Dr. ERNESTI; in Karlsruhe der ehemalige Kurarzt von Badenweiler Geh. Hofrat Dr. SIEGEL; in Hannover der Generaloberarzt Dr. PFUHL.

Auszeichnung der Kuranstalt Radein. Wie wir vernehmen, wurde die Kuranstalt Sauerbrunn Radein, Höhn & Co., in Bad Radein, k. und k. Hoflieferanten und päpstliche Hoflieferanten, deren Heilquellen mit Recht einen weitverbreiteten Ruf genießen, vom Obersthofmeisteramt Seiner kaiserl. und königl. Apostolischen Majestät jetzt auch mit dem Titel **„kaiserl. und königl. Kammerlieferanten"** ausgezeichnet, was ein neuerlicher Beweis des steten Aufschwunges der Kuranstalt Radein ist.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

B. Salge, Taschenbuch für die Kinderpraxis. Berlin 1905, Fischers med. Buchhandlung. — M. 2·60.

Max Martin, Die Anästhesie in der ärztlichen Praxis. München 1905, J. F. Lehmann.

A. Reissner, Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

A. Brandeis, Beitr. zur Erziehungshygiene. Prag 1905, G. Neugebauer.

A. Adamkiewicz, Die wahren Zentren der Bewegung. Wien und Leipzig 1905, W. Braumüller. M. 1·20.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 13. März 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. F. LUITHLEN: Die Hautkrankheiten des Kindes in ihren Beziehungen zum Gesamtorganismus.

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Mittwoch, den 15. März 1905, 7 Uhr abends, Vollversammlung im Hörsaale des k. k. hygienischen Universitäts-Institutes, IX., Schwarzspanierstraße 17.

Dr. JOHANN ILL, Stadtphysikus in Brünn: In welcher Weise könnte in Österreich eine Förderung der Wasserversorgungs-, Abwässerreinigungs- und Kanalisierungsanlagen stattfinden?

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der Pädiatrischen Sektion: Donnerstag, den 16. März 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik ESCHERICH.

I. Dr. R. NEURATH: Beitrag zur Poliomyelitis anterior acuta. —
II. Dr. S. SZÉKELY: Über die Begründung der neueren Modifikation meines Verfahrens zur Erzeugung von Säuglingsmilch.

Demonstrationen können in dieser Sitzung nicht abgehalten werden.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Gujasanol"** und der chemischen Fabrik **E. Merck** in **Darmstadt** über **„Thyreoid-Jequiritol-** und **Streptococcen-Serum** und **Typhusdiagnostikum Ficker"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 19. März 1905. Nr. 12.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K: Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Technik der Diagnose.

Von **Hofrat Professor Dr. Hermann Nothnagel**, Wien.*)

M. H.! Zunächst bitte ich um Ihre gütige Nachsicht, daß ich für den heutigen Vortrag nicht ein bestimmtes, scharf umschriebenes Gebiet der Pathologie oder Therapie, sondern die weit umspannende Frage der Technik der Diagnose gewählt habe. Aber ich meinte, daß es doch vielleicht nicht ganz ohne Interesse sein dürfte, auch einmal eine allgemeine Frage zu behandeln, welche einen Vorgang unserer geistigen Tätigkeit betrifft, der von einem jeden von uns Tag für Tag so und so oft bewußt und unbewußt vollzogen wird. Und deshalb glaube ich auf Ihre gütige Indemnität rechnen zu dürfen und so gehe ich gleich in medias res über.

Mit dem Ausdruck „Technik der Diagnose" will ich die Gedankenoperationen bezeichnen, durch welche wir zur Aufstellung einer Diagnose gelangen. Nicht diejenigen Manipulationen und Hilfsmittel will ich erörtern, mittelst deren wir zur Aufnahme der Krankheitssymptome kommen. Zu diesen gehört alles das, was wir durch unsere Sinne, in erster Linie das Gesicht, ferner das Gehör, den Tastsinn und Geruch aufnehmen und von pathologischen Erscheinungen feststellen, ob dies mit Hilfe von Instrumenten oder ohne solche geschieht. Alles ferner, was die chemische Untersuchung des Blutes, der Sekrete und Exkrete, die mikroskopische, kryoskopische und radiologische Untersuchung, das bakteriologische und vivisektorische Experiment, der explorative chirurgische Eingriff uns lehrt, bietet die Grundlagen für die Diagnose. Die Anamnese ferner, die Berücksichtigung der äußeren Lebensbedingungen, ja oftmals auch der seelischen Vorgänge im Kranken helfen die Diagnose aufbauen. Aber alle auf diese Weise gewonnenen Tatsachen geben uns noch nicht die Diagnose selbst. Erst ihre zweckmäßige gedankliche Verwertung, die Fähigkeit, jeden dieser Bausteine an seinen richtigen Platz zu stellen, helfen das Gebäude aufrichten, welches dann zuweilen als ein leuchtendes Denkmal für den Baumeister dasteht.

Wenn BOERHAVE vor beinahe 200 Jahren die Diagnose auf die Spontanruptur eines gesunden Ösophagus stellen konnte, wenn SCHÖNLEIN, LEYDEN die Diagnose in derselben Weise wieder stellten, so erfüllt uns das immer aufs neue mit Bewunderung. Da ich selbst als Assistent an der Klinik LEYDENS zufällig Zeuge war, wie diese Diagnose gestellt wurde, möchte ich mir erlauben, diesen Fall ganz kurz mitzuteilen: Es handelte sich um einen Matrosen, der direkt von einem englischen Schiff in die Klinik in Königsberg eingebracht wurde. Er war noch nicht einmal im Krankenzimmer — saß auf einem Tragsessel, hatte Atemnot, war cyanotisch — LEYDEN trat ein, betastete sein gedunsenes Gesicht und den Hals — es knisterte. Patient hatte vor einigen Stunden heftig erbrochen. „Wahrscheinlich eine Ruptur des Ösophagus," sagte LEYDEN. Die Sektion ergab eine Längsruptur im gesunden Ösophagus. Ich kann nur den Eindruck wiederholen, daß eine solche Diagnose imponiert.

M. H.! Die Diagnose ist eine künstlerische und eine naturwissenschaftliche Leistung; bald überwiegt dieser, bald jener Teil der geistigen Tätigkeit dabei. Im großen und ganzen kann man aber sagen, daß der nach den Regeln streng

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 30. Januar 1905. Vom Vortr. revidiertes Stenogramm der „Wiener Med. Presse".

naturwissenschaftlichen Beobachtens und Denkens sich vollziehende Vorgang der weitaus häufigere und verläßlichere ist. Und je mehr von den Eigenschaften, welche den Naturforscher stempeln, im Arzte steckt, ein desto besserer Diagnostiker wird er sein.

Hierher gehört die Fähigkeit, unbefangen die Naturvorgänge zu beobachten und scharf aufzufassen, ferner das Wesentliche von dem Unwesentlichen zu unterscheiden, also eine bestimmte Art von Kritik.

Doch gibt es auch einzelne Ärzte von einer derartigen geistigen Individualität, daß bei ihnen die Diagnose wie ein dichterisches Kunstwerk entsteht. Sie besitzen das Vermögen, den Zusammenhang einer Reihe von Erscheinungen intuitiv zu erraten, ungemein schnelle, unbewußt sich vollziehende Assoziationsvorgänge, also einen gewissen Grad von dem, was wir Phantasie nennen. Bei diesen letzteren entsteht die Diagnose wohl auf dem Wege, den ich nachher als Diagnosis per analogiam bezeichnen werde, bei den ersteren als Diagnosis per analysin. Wenn Sie mir gestatten, möchte ich Ihnen einige Beispiele anführen. Es liegt selbstverständlich nahe, solche aus unserer unmittelbaren Nähe zu wählen.

Ich kann da allerdings nur berichten, was ich nicht selbst erlebt, nur gehört habe von den meisterhaften Diagnosen zweier Männer allerersten Ranges, die den meisten von Ihnen noch aus persönlicher Bekanntschaft erinnerlich sein dürften, ich meine Oppolzer und Skoda.

Oppolzer hat bekanntlich sehr wenig Schriftliches hinterlassen; aber aus Gesprächen, die ich mit meinem hochverehrten Kollegen Bamberger oft über ihn gepflogen und nach allem, was ich sonst gehört habe, empfing ich den Eindruck, daß Oppolzer bei seiner Diagnosenstellung viel mehr ein Künstler als ein Naturforscher war. Er diagnostizierte per analogiam, nicht per analysin, und Bamberger gab mir Recht. Das Gegenteil dürfte Skoda gewesen sein, der streng analytisch die Erscheinungen vornahm und auf diesem Wege die Diagnose aufbaute. Wenn es mir dann auch gestattet ist, aus persönlicher Kenntnis einen Meister der analytischen Diagnostik anzuführen, so muß ich Traube nennen. Sie werden nachher hören, wie sich bei Traube der Vorgang vollzog — genau nach Art einer naturwissenschaftlichen Analyse.

M. H.! Wir wissen alle, daß eine Reihe von Fachgenossen bezüglich der Diagnosenstellung sich in einer beneidenswert glücklichen Situation uns Internisten gegenüber befindet. Der Dermatolog hat die Diagnose auf die Haut gezeichnet vor sich, es kommt nur noch darauf an, das Wesen des Prozesses zu erkennen.

Ebenso sieht der Ophthalmologe unmittelbar und im Hintergrunde des Auges die Diagnose in der Regel direkt vor sich.

In derselben günstigen Lage befindet sich der Laryngologe. Wenn Sie an das Buch von Ruehle denken, welches unmittelbar vor Abschluß der vorlaryngoskopischen Zeit erschien, wie da die Diagnose noch aufgebaut werden mußte, und wenn nun mit einem Schlage durch die unsterbliche Erfindung des Kehlkopfspiegels durch Türck alle jene früheren Schwierigkeiten bei der Diagnose der Kehlkopferkrankungen mit einem Schlage behoben worden sind, dann werden Sie zugeben, daß es jetzt für den Laryngologen eine leichte Sache ist, eine Diagnose zu stellen.

Durch einen anderen Sinn, den Tastsinn, sind die Gynäkologen in der Lage, meist eine direkte, exakte Diagnose zu stellen.

Etwas schwieriger schon sind die Chirurgen daran, wenn es sich um Erkrankungen der großen Körperhöhlen handelt, während bei den chirurgischen Erkrankungen der Extremitäten die Sache sich meist verhältnismäßig leicht gestaltet.

Am traurigsten sind wir Internisten gestellt. Auch wir bauen die Diagnose auf Grund sinnlicher Wahrnehmungen auf, und doch kommen wir oft entweder zu gar keiner sicheren oder gar zu einer falschen Diagnose. Warum? Weil uns die tatsächlichen Wahrnehmungen nur äußerst selten die Diagnose gleichsam direkt vor Augen oder Ohren führen oder an die Hand geben, weil wir immer angewiesen sind auf Schlüsse.

Hier möchte ich einen wehen Punkt berühren, das ist das Kapitel der falschen Diagnosen.

Falsche Diagnosen zerfallen, wie bereits Stokes bemerkt hat, in zwei Gruppen, in entschuldbare und nicht entschuldbare. Nicht entschuldbar sind sie, wenn der Arzt nicht untersucht hat oder nicht untersuchen kann. Diese Art von Fehldiagnosen kommt leider nicht selten vor. Eine der häufigsten ist z. B. die des Rektumkarzinoms. Viele Kranke gehen lange herum mit dem Symptom der Obstipation, oder des Stuhldranges, oder mit leichten Rektalblutungen. Man denkt an Hämorrhoiden; aber der Arzt scheut sich, mit dem Finger zu untersuchen, und die Diagnose entgeht ihm. Das ist eine nicht entschuldbare falsche Diagnose.

Entschuldbar kann die Fehldiagnose unter folgenden Verhältnissen werden: Osler, der amerikanische Kliniker, hat vor 10 Jahren Vorlesungen über die Abdominaltumoren publiziert. Am Schlusse des Buches, von den bei Abdominaltumoren so leicht möglichen Fehldiagnosen sprechend, gedenkt er in höchster Verehrung Traubes, den er den Typus, das Muster eines wirklich hippokratischen Arztes nennt. Wenn Traube, erzählt Osler, eine irrtümliche Diagnose gestellt hatte und die Epikrise des Falles gab, „in einer sanft sich selbst tadelnden Weise“, so pflegte er zu fragen: Haben wir alle Tatsachen untersucht, welche in diesem Falle aufzunehmen sind? Ja. Haben wir unsere Schlüsse auf Grund dieser Tatsachen gemacht? Ja. Warum haben wir eine falsche Diagnose gemacht? Weil wir an irgend einem Punkte nicht richtig geschlossen haben. An diesem Punkte führte uns so der falsch eingeschlagene Weg in die Irre.

Die irrigen Schlüsse, auf welche wir Internisten angewiesen sind, die sind es, die uns auch in den Fällen, wo wir gewissenhaft untersucht haben, auf die falschen Diagnosen bringen. Z. B. wir finden einen großen Aszites. Wir untersuchen genau, erwägen alle Möglichkeiten, die in Betracht kommen könnten. Ein allgemeiner Hydrops mit Aszites infolge von Herzleiden, Nephritis kommt nicht in Betracht. Wir müssen auch einen peritonitischen Erguß ausschließen. Wir müssen, geführt durch die Analyse der Symptome, eine Stauung im Bereiche der Pfortader annehmen. Wovon kann aber diese abhängen? Die weitere Analyse lehrt, daß eine Lebererkrankung nicht angenommen werden kann. Der Schluß lautet: Es handelt sich um einen Pfortaderverschluß. Was ist dessen Ursache? Und nun glauben wir auf Grund gewisser Momente berechtigt zu sein, zu schließen, daß eine peritonitische Umschnürung der Pfortader bestehe. Die Anamnese scheint zu ergeben, daß der Kranke vielleicht (Cholezystitis mit Pericholezystitis?) Erscheinungen einer umschriebenen Peritonitis gehabt hat, welche dann die Pfortader durch eine Strangbildung umschnürte. Also wir diagnostizieren eine peritonitische Umschnürung der Pfortader. Exitus. Die Autopsie ergibt aber: Pfortaderverschluß durch eine Thrombose infolge einer Pylophlebitis adhaesiva e causa ignota. Das ist eine entschuldbare falsche Diagnose.

Ich möchte hier zugleich Ihre Nachsicht für eine falsche Diagnose erbitten, die ich jüngst in einem Falle gestellt habe. Es bestand ein großer, offenbar dem Darm angehöriger Tumor und ich diagnostizierte eine maligne Neubildung, und zwar Sarkom. Aus mehreren Gründen: Weil der Mann sehr frühzeitig hochgradig anämisch war ohne entsprechende Abmagerung, keine Stenosenerscheinungen hatte und eine bestimmte Art von Leukozytose darbot. Die Sektion ergab aber ein Karzinom und kein Sarkom. Sie wissen, daß vor der mikroskopischen Untersuchung die Diagnose, ob Karzinom, ob Sarkom, auch bei der Untersuchung leichter zugänglicher Stellen oft genug fehlgreift.



M. H.! Beantworten wir uns jetzt vor allem die Frage: Was ist die Diagnose, was verstehen wir unter Diagnose? Es ist Ihnen allen bekannt, daß die alte Medizin nur Symptome und eine symptomatische Diagnose kannte. Man diagnostizierte einen Hydrops, ein Asthma, einen Aszites. Über diese Periode sind wir natürlich längst hinaus.

Als die pathologische Anatomie durch MORGAGNIS unvergängliche Arbeit weitere Verbreitung erlangte, rückte die anatomische Diagnose in den Vordergrund. Diese ist dann durch die große französische Schule LAENNEC, LOUIS ANDRAL und weiterhin durch ROKITANSKY und VIRCHOW maßgebend und heute Allgemeingut geworden.

Die anatomische Auffassung muß die Grundlage unserer Diagnose bleiben. Ich sage das mit voller Absichtlichkeit gegenüber Bestrebungen, eine andere Seite des Diagnostizierens in den Vordergrund zu drängen. Der sichere Boden ist die pathologische Anatomie; ohne pathologische Anatomie keine Diagnose. Der Arzt wird nie ein guter Diagnostiker und Kliniker sein, und er mag der ausgezeichnetste Experimentator oder Mikroskopiker oder Bakteriologe oder Chemiker sein, welcher nicht ein guter pathologischer Anatom ist.

Die wichtigste Aufgabe der Diagnose ist, die anatomische Grundlage des Leidens festzustellen.

Aber die anatomische Diagnose allein bleibt unvollkommen und ungenügend, wenn sie nicht ergänzt und erweitert wird durch die physiologische Auffassung und Durchdringung der Vorgänge, wenn sie sich nicht auch zur funktionellen Diagnose gestaltet.

Die physiologische Diagnose wurde erst möglich, als die Physiologie die Medizin zu beherrschen anfing, als JOHANNES MÜLLER die Medizin reformierte, als er und seine großen Schüler die Medizin in neue Bahnen führten und als die physiologische Erkenntnis auf die Klinik übertragen wurde durch die Kliniker, die gleichzeitig Kliniker und Forscher waren, in dem Sinne, daß sie Experimentatoren waren.

TRAUBE gebührt ein großer Teil des Verdienstes, das Experiment in die Klinik eingeführt und gelehrt zu haben, es für die Pathologie zu verwerten. Eine große Anzahl von Forschern hat in seinen Spuren gearbeitet, und ihnen verdanken wir die funktionelle Diagnose.

Heutzutage besteht zum Teil die Neigung, die funktionelle Diagnose zu übertreiben: „was brauche ich zu wissen, wie das Organ beschaffen ist, wenn ich nur weiß, wie seine Funktion gestört ist". Das ist ja ganz richtig. Dem Patienten ist es ganz gleichgültig, ob die Leber, die Niere groß oder klein, ob seine Magen- oder Darmschleimhaut so oder so beschaffen ist. Er will nur keine Funktionsstörungen haben. Er will nur Appetit haben. Aber das ist für uns nicht gleichgültig. Wir wollen auch die anatomische Grundlage feststellen.

Mein lieber Schüler und Freund O. ROSENBACH insbesondere betont heutzutage die funktionelle Diagnose. Er hat ganz Recht damit; aber wir dürfen darüber nie vergessen, uns über die anatomischen Verhältnisse im konkreten Falle klar zu werden — das eine muß das andere ergänzen und durchdringen. Wir müssen uns immer fragen: Welche Organe sind krank, und welches ist die Art ihrer anatomischgeweblichen Erkrankung? und dann: wie ist der physiologische Zusammenhang, und wie hängen die Symptome voneinander ab?

Aber die Diagnose hat noch eine weitere Seite, die in den letzten Jahrzehnten einen staunenerregenden Ausbau erfahren hat: die ätiologische Diagnose. Wir alle haben die Fortschritte derselben durch die Entwicklung der Bakteriologie miterlebt.

Nachdem ABBE die Leistungsfähigkeit des Mikroskops auf ihre jetzige Höhe gebracht, konnte KOCHS eminentes Forschertalent die Ätiologie der Infektionskrankheit klarlegen. Sublata causa tollitur effectus. Das glänzendste Ergebnis der ätiologischen Arbeitsrichtung ist das, daß wir manchen Krankheiten jetzt vorzubeugen imstande sind.

Ich hatte vor 2 Jahren Gelegenheit, in einem Vortrage in Kairo meinen Standpunkt dahin zu präzisieren, daß ich als die Aufgabe der Medizin des beginnenden Jahrhunderts die Prophylaxe betrachte, daß wir Ärzte uns überflüssig machen sollen, indem wir der Entwicklung der Krankheiten vorbeugen. Ob und wie weit die Wissenschaft dieses höchste Ziel erreichen wird, steht dahin.

Die Summe alles dessen, was ich eben genannt habe, die uralte symptomatische Diagnose, die anatomische Diagnose, die der Angelpunkt ist und bleibt, die funktionelle Diagnose und die ätiologische, sie alle zusammen erst geben das Bild der Krankheit, liefern eine wirkliche vollständige Diagnose.

Ich sprach vorhin von den Bausteinen, mit deren Hilfe wir die Diagnose aufbauen.

Wir fangen bei der Anamnese an. Ich halte es nicht für richtig, wenn der Arzt in der Weise vorgeht, daß er fragt: Worüber klagen Sie? und nun sofort zur Untersuchung schreitet.

Die Anamnese ist eine wirkliche Leistung, sie erfordert viel Umsicht und Schulung. Sie kann uns irreführen, kann uns aber auch in vielen Fällen eine große Summe von Anhaltspunkten liefern.

Ein einfachster Fall. Es kommt ein Mann, er klagt über Diarrhöe. Er hat im Tag 6—8 Stühle; Schmerzen hat er nicht. Der Stuhl sieht schleimig und blutig aus. Er erzählt, vor 4 Jahren bin ich in Sumatra gewesen und da habe ich eine Dysenterie bekommen, und seit jener Zeit hat die Diarrhöe nicht aufgehört — sofort sind wir für die Auffassung auf den richtigen Weg geleitet.

Die Anamnese gibt uns oft unvergleichlich wichtige Anhaltspunkte an die Hand, aber sie muß, wie gesagt, mit großer Vorsicht aufgenommen werden. Gar zu leicht kann es geschehen, daß der Arzt dem Patienten Antworten suggeriert und dadurch zu Trugschlüssen verleitet wird.

Und hier will ich noch einen Punkt berühren, den ich für sehr wichtig halte.

Wenn der Status praesens uns einen Befund ergibt, der in einen unlösbaren Widerspruch gerät mit der Anamnese, so halte ich es für entschieden richtig, daß wir uns dann an den objektiven Befund halten. Was der Patient erzählt, kann ja richtig sein, muß es aber nicht sein; was wir aber selbst objektiv konstatieren bei der Untersuchung, das ist sicher. Die Anamnese hat einen großen Wert, aber doch nur einen bedingten.

Wir kommen nun zur Untersuchung der einzelnen Symptome.

Man spricht so sehr viel von pathognomonischen Symptomen; solche gibt es indessen nur außerordentlich wenige. Pathognomonische Symptome sind solche oder sollen solche sein, aus welchen ich sofort mit positiver Bestimmtheit entnehmen kann, daß ein gewisser pathologischer Zustand besteht.

Wenn man die Krankheiten durchgeht, so wird man finden, daß es fast ausnahmslos physikalische Symptome sind, die einen ganz bestimmten diagnostischen Wert besitzen. Wenn ich ein weiches diastolisches Geräusch über der Aorta und sonst nichts höre, so weiß ich, daß der Patient eine Insuffizienz der Aortenklappen haben muß. Höre ich ein präsystolisches Geräusch, auf die Herzspitze beschränkt, so kann ich mit absoluter Sicherheit eine Stenosis ostii venosi sinistri diagnostizieren. Das sind eindeutige physikalische Symptome.

Metallisches Klingen über der Lunge, das kann schon auf verschiedene Zustände hindeuten: eine große Kaverne, ein Pneumothorax, aber auch noch etwas anderes. Als ich Unterarzt bei TRAUBE war, hatte ich Gelegenheit, folgenden Fall zu beobachten. Auf der Klinik lag ein Phthisiker, bei dem wir Assistenten vor seinem Tode noch einen Pneumo-

thorax konstatierten. Es wird die Nekropsie gemacht: keine Spur von einem Pneumothorax. Der Mann hatte einen sehr stark aufgeblähten Magen, und der metallische Klang, den man bei der gleichzeitigen Perkussion und Auskultation auch noch an der Leiche deutlichst demonstrieren konnte, rührte vom Magen her.

Oder: Jemand hat einen sehr hohen Druck in der Radialis. Das kann von einer Nierenschrumpfung, Arteriosklerose oder Bleivergiftung herrühren. Wie Sie sehen, sind alles dies mehrdeutige Symptome.

Es lassen sich vielleicht noch einzelne Symptome als pathognomonische anführen, aber ihre Reihe ist beschränkt, und die ungeheure Mehrzahl aller Krankheitserscheinungen ist a priori vieldeutig, erlangt ihren bestimmten diagnostischen Wert erst im Zusammenhange mit anderen Erscheinungen.

Lassen Sie mich noch einige Beispiele anführen. Grüne Sputa können ihre Färbung erhalten durch Gallenfarbstoff, Blutfarbstoff, chromogene Bakterien. Nach TRAUBEs Lehre findet man sie, abgesehen von den sehr seltenen Fällen bei Ikterus, dann, wenn sich eine krupöse Pneumonie sehr stark in die Länge zieht. Es geht dann das rostfarbene Sputum in ein gelbes über, und allmählich kommt es durch Oxydation zu einem grünen Sputum. Das kann wieder verschwinden, es tritt doch noch die Lysis ein. Oder das grüne Sputum wird bei einer Pneumonie zum Warner, daß eine Abszedierung eintreten wird. Oder das grüne Sputum zeigt sich bei einer perakut verlaufenden tuberkulösen Infiltration („käsige Pneumonie"). Abgesehen davon können nun aber grüne Sputa bei Pneumonie auch vorkommen, ohne daß von irgend einer der soeben genannten Möglichkeiten die Rede ist, nämlich einfach dadurch, daß zufällig chromogene grüne Bakterien in das Sputum gelangen.

Sie sehen also, wie vieldeutig diese Symptome sind. Ein anderes Beispiel: Wir sind gewohnt, ein rotes Sputum, welches aus einer innigen Mengung von Schleim und Blut besteht, wobei sich das letztere nicht in Geldrollenform, sondern die einzelnen Erythrozyten nebeneinander gelagert nachweisen läßt, wir sind gewohnt, sage ich, dieses echte rubiginöse Sputum zur Diagnose der krupösen Pneumonie heranzuziehen. In den meisten Fällen haben wir auch Recht. Aber wir dürfen nicht vergessen, daß es sich auch genau in derselben Weise finden kann, wenn jemand einen embolischen Lungeninfarkt hat, und ferner, daß es ebenso sich darstellen kann bei der braunen Pigmentinduration der Lunge. Wir dürfen also auch das schönste rubiginöse Sputum nicht als pathognomonisch ansehen, dürfen aus ihm allein keine Diagnose auf krupöse Pneumonie stellen.

Wir haben eine Fieberkurve vor uns mit exquisit intermittierendem Typus, sei es Quotitiana oder Tertiana. Der erste Gedanke ist der an eine Malaria. Wir finden aber nichts von einer Malaria, und dieses Fieber entpuppt sich hinterher als ein septisches Fieber, hervorgerufen z. B. durch einen Leberabszeß, wobei genau dieselbe Fieberkurve vorkommen kann. Ein echt intermittierender Fiebertypus kann auch bei malignen Neoplasmen (ohne Eiterung), bei Karzinom oder Sarkom vorkommen. Sie sehen also, m. H., auch die intermittierende Fieberkurve ist nicht eindeutig.

Oder man hört krepitierendes Rasseln. Dieses Phänomen findet man bekanntlich bei der Pneumonie im Beginne, im Stadium des Engouement, und ebenso bei der Resolution (Crepitatio redux). Aber wir hören krepitierendes Rasseln auch unter anderen Umständen: Wir haben einen dekrepiden Karzinomkranken vor uns. Er hat durch längere Zeit die Rückenlage eingenommen, er wird aufgesetzt, man auskultiert hinten über den unteren Lungenpartien und hört exquisit krepitierendes Rasseln, ein zweites Mal schwächer und dann ist es verschwunden. In die früher atelektatischen Partien der Lunge dringt beim Aufsetzen die Luft hinein, die verklebten Alveolen werden auseinandergerissen und auf diese Weise kommt das anfänglich krepitierende Rasseln zustande.

Ferner kommt bekanntlich bei der Bronchiolitis krepitierendes Rasseln zustande; endlich auch bei Oedema pulmonum. So vieldeutig also ist die klinische Bedeutung des Knisterrasselns. Und wenn auch ein geübtes Ohr imstande ist, das Knisterrasseln bei einer Atelektase oder Pneumonie von demjenigen beim Lungenödem auskultatorisch zu differenzieren, so muß man doch festhalten, daß auch dieses Phänomen absolut nicht pathognomonisch ist.

Oder wir haben eine bandförmige Stuhlentleerung vor uns, auf welcher man Rinnen wahrnimmt. Man denkt an eine Darmstenose, und es ist ganz richtig, daß man an einen malignen Tumor denken muß; es wäre aber ein schwerer Mißgriff, schon deshalb eine solche Diagnose sofort zu stellen. Denn unter Umständen können solche Stuhlentleerungen auch durch funktionell spastische Verengerungen des Darmlumens hervorgerufen werden; ich habe sie sogar bei einer Atrophie des Dickdarms mit den Abdrücken der Haustra gesehen.

Oder wir untersuchen einen Patienten, der blaß ist, abgemagert, bei dem eine Reihe von Symptomen auf ein Magenleiden hinweist; die chemische Untersuchung des Mageninhalts ergibt Anazidität. Wir denken an ein Karzinom. Wir dürfen aber nicht vergessen, daß Anazidität auch vorkommen kann bei Atrophie der Magenschleimhaut und selbst einfach funktionell.

Oder es bietet jemand das Bild eines epileptischen Anfalles mit allen charakteristischen Symptomen desselben. Es kann dies ein Anfall von echter Epilepsie sein, aber ebenso gut ein Tumor cerebri oder eine Urämie oder eine Encephalopathia saturnina oder ein reflektorisch vom Darm ausgelöster Anfall.

Bei der Deviation conjugée (der gleichsinnigen Abweichung der Kopf- und Augenachse) denken wir an eine anatomische Hirnläsion, die auf der Seite sitzt, nach der hin die Drehung des Kopfes und des Auges erfolgt. Das ist die Regel. Nun kommt es aber vor, daß der Kranke Kopf und Augen nach rechts dreht, der Herd aber links sitzt. Es gibt eben Ausnahmen nach allen Richtungen hin, und wir dürfen, wie ich schon früher betonte, gerade aus den funktionellen Symptomen nur mit großer Vorsicht Schlüsse ziehen und müssen uns immer vor Augen halten, daß funktionelle Symptome bei bestimmten Erkrankungen wohl in der Regel vorhanden sind, aber auch fehlen können.

Einen Herpes labialis beobachtet man am häufigsten bei Pneumonie, dann auch bei Meningitis cerebrospinalis, bei der Malaria, bei einer akuten Miliartuberkulose und in vielen anderen Fällen akuter Infektionskrankheiten. Eine Regel aber gilt als ziemlich zuverlässig: wenn ich einen Herpes sehe, so kann ich einen Abdominaltyphus ausschließen. Aber diese Sicherheit geht nur bis auf 94%. In einer großen Statistik hat LIEBERMEISTER nachgewiesen, daß in 6% der Fälle von Abdominaltyphus Herpes labialis vorkommen kann. Wer gibt mir nun im konkreten Falle die Garantie, daß der Kranke nicht einer von jenen 6% ist?

Am allerwichtigsten sind, glaube ich, die anatomischen und physikalischen Symptome. Wenn ich einen blassen Menschen vor mir sehe und bei der Blutuntersuchung eine enorme Menge von Leukozyten finde, so ist die Leukämie sicher.

Wenn ich einen Menschen mit geschwollenen Beinen vor mir habe und bei der Urinuntersuchung Eiweiß in großen Mengen sich findet mit verschiedenen Formen von Zylindern, so kann ich mit Sicherheit sagen: hier liegt eine wirkliche Nephritis vor.

Wenn ich pleuritisches Reiben höre, dann habe ich wirklich eine Pleuritis vor mir.

Wenn ich in einen Kehlkopf hineinsehe und die Stimmbänder bleiben bei der Phonation stehen, so ist eine Stimmbandlähmung vorhanden.

Ich habe einen Patienten mit einer akuten Infektionskrankheit vor mir; ich finde einen Milztumor, allgemeine Fiebersymptome, Benommenheit, aber ich finde trotz wiederholter Untersuchung sonst nichts in den einzelnen Organen. Nun mache ich eine Blutuntersuchung und finde Rekurrensspirillen, so ist die Diagnose gesichert.

Nun kommen aber auch Fälle vor, in denen die Diagnose sich auf rein funktionellen Symptomen aufbauen muß. Bei einer Frau ist die rechtsseitige Pupille erweitert, die rechte Gesichtshälfte gerötet. Sonst findet man nichts, nur vielleicht in der Fossa supraclavicularis dextra leichte Schwellung und Druckempfindlichkeit. Das führt uns auf die Diagnose einer Lähmung des Halssympathikus. Die Nekropsie ergibt eine Karies der ersten Rippe mit kollateraler entzündlicher Infiltration des Bindegewebes und Druck auf den Stamm des Halssympathikus.

Endlich benutzen wir für die Diagnose auch rein empirisch gewonnene Krankheitsbilder. Ein Patient zeigt athetotische Bewegungen; wir denken an eine zerebrale Affektion. Wenn ein Kind die als choreatisch charakteristischen Bewegungen und sonst keine Erscheinungen darbietet, so diagnostizieren wir Chorea minor. Warum? Weil es keine Krankheit gibt, die dieses Symptomenbild machen kann, als die Chorea. Aber was dieser Zustand seinem Wesen nach sei, darauf müssen wir heute noch die Antwort schuldig bleiben.

M. H.! Gestatten Sie mir an diesem Punkte eine kurze Unterbrechung des Gedankenganges. Jeder derselben bietet Vorzüge. Für den eigentlichen Zweck der Ausbildung auf der Universität kommt aber meines Erachtens ganz unbedingt in erster Linie, vielleicht ausschließlich, der streng klinische Unterricht in Frage, denn dieser allein kann dem Lernenden das geben, worauf er sich nachher im Leben als Arzt stützen kann: eine Methode.

Wir unterscheiden klinischen und ambulatorischen Unterricht.

Die Natur ist nicht bloß multiplex, sie ist multiplicissima. Bei der ungeheuren Menge von pathologischen Möglichkeiten ist es nie und niemals durchführbar, alle vorkommenden Fälle dem Lernenden vorzustellen. Das Schwergewicht des klinischen Unterrichts muß darauf liegen, daß der junge Arzt, wenn er in die Praxis geht, eine feste Basis, d. i. eine bestimmte Methode der Untersuchung gewonnen hat. Diese Methode kann er aber nur dann gewinnen, wenn er nicht eine Fülle von Bildern an sich vorüber huschen sieht, sondern gründlich auf den Fall eingeht. Von der Universität soll der angehende Arzt methodisches Untersuchen und Denken in das Leben mitnehmen, auch eine feste Methode für den Aufbau der Diagnose.

Wie kommen wir nun zur Diagnose? Ich unterscheide zwei Hauptgruppen von Diagnosen, die sich in der Art ihrer gedanklichen Entwicklung scharf unterscheiden. Die eine bezeichne ich als Diagnosis per analogiam, die andere als Diagnosis per analysin. Dazu kommt ergänzend noch die Diagnosis per exclusionem. Die Diagnose per analogiam vollzieht sich in der Weise, daß man nach Aufnahme der Anamnese nacheinander alle Organe untersucht und dann nach beendigter Untersuchung sich frägt, was das sei, und das aufgenommene Bild mit bekannten Krankheitsbildern vergleicht. Es ist Analogieschluß: ergo wird es im vorliegenden Falle das und das sein. Wenn sich Zweifel ergeben, so kann man im einzelnen Falle noch die Exklusionsdiagnose anschließen.

Die eigentliche Gedankenarbeit wird bei der Diagnosis per analogiam hinter den Akt der eigentlichen Untersuchung verlegt. Meines Erachtens kann dies häufiger und leichter zu Fehldiagnosen führen als der andere Weg.

Diesen anderen Weg gehe ich, wenn ich die Diagnose per analysin aufbaue. Das Wesen derselben besteht darin, daß ich im Laufe der Untersuchung mit dem ersten Schritte schon beginnend an jede einzelne Tatsache und Erscheinung sofort Erwägungen und Schlüsse knüpfe. Ich habe z. B. einen Schriftsetzer als Patienten (Bleivergiftung!) vor mir. Ich erfahre, daß er über Bauchschmerzen und heftige Diarrhöen klage (Bleikolik? aber auffällig wären dabei die Diarrhöen!). Nun gehe ich an die Aufnahme des allgemeinen Habitus, berücksichtige die Lage, die Haltung, den Knochenbau, ob Oedema crurum usf. Nun untersuche ich den Puls. Hierbei ist es von Wichtigkeit, zu entscheiden, ob die Arterienwand atheromatös oder fibroatheromatös ist, ob die Arterie wenig oder stark gefüllt ist, welche Spannung sie besitzt, ferner noch besondere andere Eigentümlichkeiten, wie etwa den Pulsus celer.

Hier nebenbei eine Bemerkung.

Ich habe mich bei der Pulsuntersuchung gewöhnt, stets beide Arterien anzufühlen. Es hat sich nämlich gezeigt, daß bei sehr vielen Menschen eine Differenz in den Radialarterien beider Seiten besteht.

An die Pulsuntersuchung schließt sich sofort die Untersuchung der Respiration und Temperatur an. Es besteht Fieber, 39·6°, eine Pulsfrequenz von 94 und Respirationsfrequenz von 40. Das führt sofort zu dem Schluß, daß etwas anderes vorliegen müsse, als eine Bleikolik; und zugleich gibt die hohe Respirationsfrequenz zu denken. Der Mann hat nur über Bauchschmerzen und Diarrhöen geklagt. Wenn er aber 40 Respirationen in der Minute macht, so ist folgendes möglich: Entweder hat er eine Peritonitis und diese bereitet ihm solche Schmerzen, daß er oberflächlich atmen muß (gegen Peritonitis sprechen aber die Diarrhöen!), oder er hat eine akut fieberhafte Erkrankung des Respirationsapparates, kombiniert mit einer Intestinalaffektion, oder umgekehrt, letztere kombiniert mit einer irgendwie veranlaßten Verkleinerung der respiratorischen Oberfläche.

Wir haben bisnun eine ganze Reihe von Schlüssen schon gemacht. Jetzt gehen wir an die Untersuchung der einzelnen Organe. Dabei ist die Regel zu befolgen: Zuerst untersucht man dasjenige Organ, auf welches sich die Hauptklage des Patienten bezieht (im vorliegenden Falle also das Abdomen) und hierauf sämtliche anderen Organe und Organsysteme in entsprechender Weise. Ich will das angefangene Beispiel nicht weiter durchführen (Enteritis acuta infectiosa mit Meteorismus und Empordrängung des Diaphragma), sondern nur allgemein folgendes bemerken:

Auf die angegebene Art analysiert man jedes einzelne Symptom. In jedem Momente, wo man ein neues Symptom feststellt, frägt man sich: Was bedeutet im Rahmen der bisher aufgenommenen Erscheinungen dieses Symptom? Denn die diagnostische Bedeutung eines jeden einzelnen Symptoms wird um so eingeengter, d. h. um so bestimmter und schärfer, d. h. im gegebenen Moment um so mehr pathognomonisch, je mehr Möglichkeiten man im Laufe der Untersuchung schon hat abweisen müssen. Auf diesem Wege der Analyse der einzelnen Symptome, indem man so Schluß an Schluß reiht, kommt man meist ganz sicher an das Ziel, wenn dasselbe überhaupt erreichbar ist. Ja es kann geschehen, daß die Diagnose gerade auf diese Weise überraschend schnell und zugleich sicher gemacht werden kann. Z. B. eine 50jährige Frau klagt seit einiger Zeit über migräneartigen Kopfschmerz, an dem sie früher nie gelitten. Beim Beginne der Untersuchung finde ich sofort die Radialarterie eng, nicht sklerotisch, aber enorm gespannt (zirka 180 *mm* Quecksilberdruck nach GÄRTNERS Tonometer). Sofort ist die Schlußfolgerung: Schrumpfniere mit migräneartigem Kopfschmerz. Die weitere Untersuchung bestätigt diese Diagnose vollständig.

Auf diesem Wege werden wir selten irregehen und wir können manchmal schon mit ganz wenigen Bausteinen ein Gebäude aufführen.

Ich wurde zu einem 60jährigen Manne gerufen, der vor etwa vier Wochen mit einem plötzlichen Schmerz in der rechten Oberbauchgegend erkrankt war. Dieser Schmerz per-

sistierte seit jener Zeit, und seit 14 Tagen bestand außerdem irreguläres septisches Fieber. Der behandelnde Arzt dachte an Cholelithiasis mit eitriger Cholezystitis. Die Untersuchung ergab außer dem Fieber und einer umschriebenen schmerzhaften Stelle in der rechten Oberbauchgegend in der Größe eines Guldenstückes gar nichts. Da der Patient auch, der Anamnese zufolge, schon einige Zeit über Verdauungsstörungen und Magenschmerzen beim Essen geklagt hatte, so dachte ich an die Wahscheinlichkeit eines Ulcus ventriculi, das perforiert wäre und zur Bildung eines subphrenischen Abszesses geführt hätte. Ich proponierte die Laparatomie. Dieselbe wurde gemacht — nichts gefunden. Der Mann starb, und bei der Nekropsie fand sich in der Tat ein subphrenischer Abszeß, der einen halben Liter Eiter enthielt. Wäre der Abszeß eröffnet worden, so wäre dieser Mensch vielleicht gesund geworden.

So könnte ich, m. H., eine endlose Fülle von Kasuistik anführen, wo die genaue Analyse selbst nur weniger zur Verfügung stehender Symptome die Diagnose ermöglicht. Ich will aber Ihre Geduld nicht ermüden. Außerdem ist meine Zeit abgelaufen, und ich muß eine ganze Reihe von Gesichtspunkten, welche ich noch zu erörtern beabsichtigte, beiseite lassen. Vor allen Dingen die Besprechung der diagnostischen Regeln, welche sich für die Untersuchung bei Erkrankungen der Organe und Organsysteme aufstellen lassen. Gestatten Sie mir deshalb nur noch eine ganz kurze Schlußbemerkung allgemeinen Inhalts, die ich so formulieren möchte: Bei der Auffassung und Gruppierung der Gesamtheit der pathologischen Erscheinungen, welche sich in einem Falle vorfinden, müssen wir trachten, dieselben möglichst unter einen einheitlichen Gesichtspunkt zu bringen, d. h. festzustellen, welche Erscheinungen die primären, unmittelbar von einer bestimmten Organerkrankung abhängigen, sind, und welche die sekundären, die in der weiteren Konsequenz sich entwickelten, oder mit anderen Worten, in welcher Weise die verschiedenen Symptome koordiniert resp. subordiniert sind. Sehr leicht ist dies z. B. für den Fall eines Vitium valvularum cordis im Stadium der gestörten Kompensation durchzuführen. Andere Male kann die Aufgabe sehr schwierig sein, und es erfordert gelegentlich eine gewisse Aufmerksamkeit, festzustellen, ob alle vorhandenen Symptome überhaupt bei dem betreffenden Individuum auf denselben Prozeß zurückgeführt werden müssen oder nicht, wie es ja auch vorkommen kann, daß bei demselben Kranken zufällig nebeneinander drei, vier und noch mehr pathologische Prozesse, die gar nichts miteinander zu tun haben, bestehen.

Über den sogenannten Morbus Banti.

Von **Dr. Emil Aspelin**, Stockholm.

(Schluß.)

Ich will nun kurz über den Fall von Prof. Berg und meine eigenen Fälle berichten.

Der erstere betrifft einen 36 Jahre alten Fähnrich, der am 7. April 1897 auf die chirurgische Abteilung des Seraphimerlazaretts aufgenommen wurde. Erbliche Krankheiten sind nicht nachzuweisen. Er wuchs unter günstigen Verhältnissen auf, war mit 18 Jahren Volontär in einem Artillerieregimente und versah stets seinen Dienst, wurde auch befördert. Alkohol wurde nicht mißbraucht; Syphilis und Fieber hatte er nie. Im Jahre 1883 hatte er angeblich Beulen am Oberkörper und den Beinen, im Jahre 1886 Typhoidfieber. Im Sommer 1890 begann er zu leiden an Appetitlosigkeit, Auftreibung des Bauches, vereint mit Meteorismen, ungleichem Stuhlgang, welcher zeitweise wie Kitt verfärbt war; zeitweise hatte er starkes Jucken am Körper und fühlte sich matt und kraftlos. Im August desselben Jahres wurde er untersucht und es wurde ein Tumor konstatiert, welcher als die vergrößerte Milz angenommen wurde. Er kam ins Garnisonslazarett, erhielt Arsenik und Chinin, worauf sich der Zustand bedeutend verbesserte. In den nächstfolgenden 3 Jahren litt er zeitweise an Digestionsstörungen und Ikterus, der Tumor wuchs allmählich und er konnte fast ausschließlich nur leichte Arbeit verrichten. Im Januar 1894 konstatierte Dr. Landberg: Ikterus (dunkler Urin, Haut grau gelbbraun), Magen schlaff, enthaltend des Morgens stagnierende saure und in Gärung begriffene Massen. Milz stark vergrößert, reicht nach oben bis zur 5. Rippe, überschreitet rechts die Mittellinie um 5 *cm* und reicht nach links bis zur Wirbelsäule. Leberdämpfung vergrößert, am unteren Rande des Brustkorbes ist die Leber tastbar. Schleimhäute blaß, rote Blutkörperchen 2,800.000, Hämoglobin 52%, die Zahl der weißen Blutkörperchen nicht vermehrt. Magenspülungen, Massage, Arsenik, Jodkalium und Schmierkur verbesserten den Zustand derart, daß er im Sommer an den Felddienstübungen teilnehmen konnte. Im April 1897 traten plötzlich Übelkeiten auf, gefolgt von einer geringeren, hernach einer sehr starken Magenblutung. Nach und nach besserte sich wieder sein Zustand, er hatte zeitweise Digestionsstörungen, war aber im ganzen einigermaßen frisch, bis im Dezember 1896 eine neuerliche Magenblutung mit teerfarbigen Stühlen auftrat. Im Sommer 1895 folgte eine dritte Magenblutung, die bloß durch schwarze Stühle sich manifestierte, die nächsten Tage nach derselben sollen leichter Aszites sowie Ödem des Skrotum vorhanden gewesen sein, sind jedoch bald geschwunden. Er litt an hochgradiger Mattigkeit und wurde anfangs April 1897 ins Seraphimerlazarett aufgenommen. Der Status am 10. April war folgender: Er ist mager, sehr bleich, mit einem Stich ins Gelbliche. Puls 96, regelmäßig, Urin klar, normal gefärbt, frei von Albumen. Körpertemperatur nicht erhöht. Die Milz ist bedeutend vergrößert, fest, glatt und unempfindlich, reicht nach rechts 3 *cm* über die Mittellinie, nach unten 3 *cm* über die Nabelebene und nach oben 6 *cm* unter die Mammillarebene. Der untere Rand der Leber nicht palpabel, der Perkussionston über der Leber im rechten Hypochondrium tympanitisch. Lungen gesund, über den Herzostien anämische Geräusche. Rote Blutkörperchen 1,970.000, weiße nur 1000 im Kubikmillimeter. Deutliche Poikilocytose. Am 12. April Splenektomie, nach einigen Wochen Rekonvaleszenz und dann Genesung. Der Mann befindet sich wohl, ist Magazinsverwalter und verrichtet seinen Dienst ungestört.

Diese Krankengeschichte spricht für sich selbst. Der Fall ist entsprechend den Beschreibungen Bantis und Oslers in seinem Verlaufe typisch und nahm dank der Splenektomie einen günstigen Ausgang. Es ist jedoch, abgesehen von diesem Umstand, auch dadurch sehr interessant, daß man bei der Operation keine Anhaltspunkte finden konnte, woher die Magenblutungen kamen, speziell konnten keine erweiterten Venen nachgewiesen werden, und weiters dadurch, daß auch späterhin, wie der ihn weiters beobachtende Arzt Dr. Gibson berichtet hat, keine Blutungen bis heute aufgetreten sind. Dieser Fall legt daher Einspruch gegen die Allgemeingültigkeit der Behauptung von Marchand, daß die bei Morbus Banti vorkommenden Magenblutungen am öftesten auf die bei Lebercirrhose so häufig vorkommenden Venektasien im Magen zurückzuführen seien. Und sie bestätigen die Ansicht Oslers, daß die wiederholten Magenblutungen die entscheidendste Indikation für die Vornahme der Operation bilden.

Meine eigenen Fälle beobachtete ich während meines Aufenthaltes an der medizinischen Klinik in Helsingfors in der 2. Hälfte 1902. Prof. Runeberg hatte die Liebenswürdigkeit, die daselbst zur Zeit vorgekommenen 3 Fälle mir zur Bearbeitung zu überlassen. Die Krankengeschichten sind in aller Kürze folgende:

Fall 1. 26 Jahre alte Bäuerin, verheiratet, von Juva im südlichen Finnland, aufgenommen den 25. August, entlassen den 5. November 1902.

Die Mutter lebt und ist gesund, Vater starb im 50. Lebensjahre an unbekannter Krankheit. Sie hat 4 gesunde Geschwister am Leben, ein Bruder starb mit 20 Jahren. Unter günstigen Verhältnissen aufgewachsen, hatte sie außer Pocken keine ernsteren Krankheiten durchgemacht; seit einigen Jahren verheiratet, gebar sie zwei gesunde Kinder, das letzte zu Beginn 1901. Den Beginn ihrer



jetzigen Krankheit verlegt sie in die Zeit dieser Entbindung. Derselbe machte sich bemerkbar durch allgemeine Mattigkeit und Schwäche, zeitweise auftretende Kopfschmerzen und wiederholtes Nasenbluten. Der Urin war oft grießlich und nach schwererer Arbeit empfand sie oft Atemnot und hatte eine vorübergehende Geschwulst beider Beine. Die Darmtätigkeit war oft träge, zeitweise fühlte sie Fröste. Bei der ersten Untersuchung wurde konstatiert: etwas graziler Knochenbau, Ernährungszustand ziemlich gut, Haut bleich mit einem leichten Stich ins Gelbliche. Die Bindehaut bleich, keine Blutungen, Zahnfleisch gesund, aber bleich. Die Lungen ergeben normalen Befund, die untere Grenze der rechten Lunge ist nach oben verschoben. Das Herz vergrößert, reicht bis 2 Finger außerhalb der Mammillarlinie; an der Spitze ein lautes systolisches Geräusch. Die Herztätigkeit etwas beschleunigt, aber regelmäßig. Die obere Bauchpartie etwas aufgetrieben. Die Leber vergrößert, reicht bis etwas unter den Rippenbogen. Die Milz deutlich palpabel, reicht ein gutes Stück über den Rippenbogen, erstreckt sich medial gegen den Nabel, so daß der vorderste Rand 8 *cm* von demselben entfernt ist. Sie füllt das ganze linke Hypochondrium aus, so daß sie unmittelbar an den linken Leberlappen anzustoßen scheint.

Sowohl der Leber- als auch der Milzrand sind glatt. Kein Ödem. Nirgends geschwollene Lymphdrüsen. Der Urin grieslich mit einer Spur von Albumen; im Sediment zahlreiche rote und weiße Blutkörperchen nebst vereinzelten granulierten Zylindern. Sonst keine pathologischen Bestandteile. Die Blutuntersuchung ergab: Hb. 40, rote Blutkörperchen 2,475.000, weiße 3800 — vereinzelte Makro- und Mikrozyten, aber keine kernhaltigen roten Blutkörperchen. Keine pathologischen Leukozytformen. Das prozentische Verhalten der einzelnen Leukozytformen zeigte eine bedeutende Störung, so daß die polynuklearen, neutrophilen und normalen, welche normalerweise ungefähr 70% ausmachen, hier nur in 45% vorhanden waren; die Lymphozyten dagegen, die normalerweise in ungefähr 25% vorkommen, betrugen hier bis zu 48%. Während des zirka 10wöchentlichen Aufenthaltes im Krankenhause war die Patientin Gegenstand häufiger Untersuchungen und einer verschiedenartigsten Therapie. Im großen und ganzen veränderten sich die Symptome nicht; die Milz sowohl als die Leber blieben sich gleich, der Hämoglobingehalt und die Zahl der Erythrozyten wechselten zwischen 40 bis 55% resp. 2,800.000—3,000.000; die Lymphozyten hielten sich zwischen 40—50%, der Urin zeigte stets eine Spur Albumen, rote und weiße Blutkörperchen, wechselte im spezifischen Gewichte zwischen 1010—1016 und war zeitweise recht reichlich bis zu 2400 cm^3.

Blutungen traten nicht auf, nur im Zusammenhang mit der Extraktion eines kariösen Zahnes kam es zu einer schwer zu stillenden, starken Blutung; die Abendtemperatur betrug oft 38° und mehr. Plasmodien fanden sich nie, ebenso negativ waren Kulturversuche des Blutes auf den verschiedensten Substraten. Tuberkelbazillen weder im Urin noch im Sputum. Die Behandlung war abwechselnd Chinin, Methylenblau, Salizylsäure resp. Aspirin und Arsen.

Die Patientin fühlte sich bei der Entlassung subjektiv gebessert und wies eine Gewichtszunahme von 8 *kg* auf.

Fall 2. Derselbe konnte nur während einiger Tage beobachtet werden. Er betraf einen 24jährigen Arbeiter, der am 31. August aufgenommen wurde und über eigenen dringenden Wunsch am 9. September entlassen werden mußte. Eltern gesund, ebenso 5 Geschwister. Hatte nie eine Krankheit durchzumachen oder sonstige Zufälle erlitten. Ungefähr 5 Wochen vor dem Eintritt in die Klinik begann er ohne jede Veranlassung eine auffallende Mattigkeit und Schwäche zu fühlen, welche ihn jedoch während der nächsten Zeit nicht hinderte, seine gewöhnliche Arbeit zu verrichten; nachdem jedoch später Kopfschmerzen und zeitweise auftretendes Frösteln hinzukam, mußte er das Bett aufsuchen. Besondere Schmerzen in irgend einem Körperteil, Schweiße oder Hitze hat er nicht vermerkt. Während seines kurzen Aufenthaltes auf der Klinik klagte er über nichts Besonderes, lag zumeist im Bette, stand aber auch öfters auf, aß und trank gut, war jedoch auffallend niedergestimmt und traurig. Die Temperatur zeigte die letzten 5 Abende seines Aufenthaltes eine Steigerung bis 38° und etwas darüber, war sonst normal, zuweilen subnormal. Die Untersuchung ergab folgendes: Normaler Körperbau, etwas reduzierter Ernährungszustand, aber nicht eigentlich mager. Allgemeine Hautfarbe blaß, mit einem leichten Stich ins Gelbliche. Am Rumpfe und an der Vorderseite der Beine stecknadelkopf- bis erbsengroße Purpuraflecke. Konjunktiven und sichtbare Schleimhäute bleich, ohne Blutungen. Lungen gesund; die rechte untere Lungengrenze nach oben verschoben. Zirkulationsorgane normal. Leberdämpfung verbreitert, in der vorderen Axillarlinie 10 *cm*, das ganze rechte Hypochondrium ausfüllend nach links in die Milzdämpfung übergehend, welche ebenfalls stark vergrößert ist und 23 *cm* in der Länge, 13 *cm* in der Breite mißt. Die Oberfläche der Leber ist glatt, ebenso der untere Pol der Milz, welcher eine Querhand breit unter dem Brustkorbrande palpiert werden kann. Kein Ödem, keine Schwellung der Lymphdrüsen. Stuhl weich, von gewöhnlicher Farbe. Urin zeitweise grießlich, enthält Urate, spez. Gew. 1018 *g*, weder Zucker noch Eiweiß oder Gallenbestandteile. Das Blut enthält 3,000.000 rote, 8200 weiße Blutkörperchen, Hb. 658%, spez. Gew. 1042 *g*. Vereinzelte Poikilozyten, Makro- und Mikrozyten, reichliche kernhaltige rote Blutkörperchen. Keine abnormalen Leukozytformen. Bedeutende prozentische Abnahme der polynuklearen Elemente (bloß ungefähr 27%), bedeutende Steigerung der mononuklearen bis zu 70%. Plasmodien wurden wiederholt und stets vergebens gesucht.

Fall 3. Der 3. Fall betrifft ein 27 Jahre altes Fräulein aus Knopio, welches vom 26. September bis zum 18. November beobachtet wurde.

Die Anamnese ergibt nichts Besonderes. Sie hatte mit 8 Jahren Masern. War stets schwach und zart und der Laune nach sehr empfindlich und oft niedergestimmt. Vor 7 Jahren hatte sie oft Schmerzen in der rechten Hälfte des Bauches, welche jedoch nach Ansicht des Arztes von einer Senkung der rechten Niere herrührten. Die letzten Jahre litt sie an einem hochgradigen Mattigkeitsgefühl und öfterem Nasenbluten. Im Sommer 1902 Temperatursteigerungen und Frostschauer, welche nach ihrer Meinung auf Wechselfieber bezogen wurden; doch haben die behandelnden Ärzte nie sichere Zeichen eines solchen vorfinden können. Bei der Aufnahme klagte sie nur über Mattigkeit und die Untersuchung ergab folgendes: Guter Körperbau und Ernährungszustand. Appetit und Schlaf gut. Gesicht etwas blaß mit fliegender Röte; Hautfarbe sonst normal; Konjunktiven und sichtbare Schleimhäute blaß; Augenhintergrund normal. Lunge und Herzbefund normal. Epigastrium leicht aufgetrieben, resistent und gibt matten Perkussionston. Leberdämpfung verbreitert, beginnt an der 5. Rippe und reicht bis zum Rippenbogen. Nach links übergeht sie in die Milzdämpfung, welche gleichfalls verbreitert ist. Milz ist deutlich palpabel und reicht ca. 3 Querfinger über den Brustkorbrand.

Keine geschwellten Drüsen, kein Ödem. Das Blut zeigte bei der ersten Untersuchung Hb. 76%, rote Blutkörperchen ca. 5,000.000, weiße 10.400, Lymphozyten 58%. Urin frei von Albumen und Zucker, gewöhnliche Farbe. Stuhl normal, Abendtemperatur leicht gesteigert, 38·7° C.

Während der 7—8wöchentlichen Beobachtungszeit änderten sich nur die objektiven Symptome dahin, daß die Temperatursteigerung am Abend unter Chininbehandlung wich. Die Zahl der roten Blutkörperchen zeigte eher eine Tendenz zum Sinken, da dieselbe bei 3 verschiedenen, in einer Zwischenzeit von 14 Tagen vorgenommenen Zählungen 4,400.000 resp. 4,200.000 betrug. Der Hämoglobingehalt variierte zwischen 70—85%. Die medikamentöse Behandlung bestand nur in Eisen und Arsenik. Die Zahl der Lymphozyten variierte zwischen 7—9000, die Prozentzahl derselben zwischen 50—60; Plasmodien konnten nie nachgewiesen werden. Die Leber blieb unverändert, ebenso die Milz, welche deutlich palpabel war und bei der Entlassung einige Querfinger außerhalb des Thoraxrandes zu fühlen war. Subjektiv war die Patientin bedeutend gebessert und ihr Mattigkeitsgefühl schwand.

Die Diagnose des Morbus Banti stütze ich in diesen Fällen

1. auf die Abwesenheit von anamnestisch auffindbaren oder klinisch nachweisbaren ätiologischen Momenten;

2. auf das schleichende Auftreten der Krankheit bei vorher gesunden oder nahezu gesunden Individuen mittleren Alters und auf die Chronizität des Verlaufes, die zu konstatieren war;

3. auf die Beschaffenheit des Blutbefundes, welcher eine mäßige Anämie sekundären Typus ohne Vermehrung oder mit normaler oder selbst verminderter Leukozytenanzahl und mit einer bedeutenden Verschiebung des prozentischen Verhaltens der Leukozyten zugunsten der mononukleären Elemente aufweist;

4. auf die Anwesenheit oder Neigung zu Hämorrhagien und

5. auf die abendlichen Temperatursteigerungen.

Im ersten Falle, wo auch ein Herzfehler vorhanden war, dürfte es ungewiß sein, ob die leichte vorfindliche Blutbeimischung zum Urin der Ausdruck des letzteren war oder ob sie auf die hämorrhagische Diathese zurückgeführt werden kann.

Der dritte Fall erweckt wohl den Verdacht auf Malaria, zumal zu der Zeit in Finnland eine schwere Malariaendemie herrschte; doch konnten Plasmodien nie nachgewiesen werden, und eine Malaria, welche in diesem Falle seit dem Sommer bestanden hätte, würde ohne Zweifel nebst anderem eine bedeutende Reduktion der Zahl der roten Blutkörperchen herbeigeführt haben.

Wohl ist der definitive Beweis für die Richtigkeit der Diagnose in diesen Fällen nicht gegeben und kann auch erst in einigen Jahren geliefert werden, bis entweder der Tod eingetreten sein wird oder die heilende Milzexstirpation jeden Zweifel beseitigt hat, aber es ist nicht allzu sehr gewagt, schon jetzt zu behaupten, daß die gesamten Krankheitsbilder dem Morbus Banti in dessen anämischem Stadium zuzurechnen sind.

Referate.

L. BÉRARD (Paris): Darmtuberkulose als Ursache der Invagination.

Verf. konnte zwei Fälle von Darmtuberkulose beobachten, die zur Invagination führten („La semaine médicale", 1904, Nr. 17). Ein Fall ging zugrunde, der zweite genas, nachdem er laparotomiert worden war und BÉRARD einige Adhäsionen gelöst hatte. In den letzten 10 Jahren sind fünf analoge Beobachtungen veröffentlicht worden. Drei von diesen betrafen Erwachsene, zwei — und zu diesen kommen noch die Fälle von BÉRARD selbst — Kinder. Durch einfache Lösung der Invagination, der zur Verhütung von Rezidiven eine Ileozökopexie angeschlossen wird, kann völlige Heilung erzielt werden. Eine radikalere Therapie ist bei Kindern unnötig, da bei diesen — falls die Tuberkulose nicht zu weit vorgeschritten ist — die bazillären Darmläsionen zuweilen mit überraschender Leichtigkeit zur Ausheilung gelangen. BÉRARD zitiert Fälle von KÖNIG und RÖTTER, wo die einfache Laparotomie tuberkulöse Darmprozesse bei Kindern ausheilte. J. St.

B. FISCHER (Bonn): Über hereditäre Syphilis des Herzens.

Ein fünfjähriger Knabe, der in den letzten sechs Monaten seines Lebens wiederholte, aber immer vorübergehende Anfälle von schwerer Dyspnoe durchgemacht hatte, wird plötzlich während des Spieles von heftigen Leibschmerzen erfaßt, wird cyanotisch und ist vor dem Eintreffen des herbeigerufenen Arztes eine Leiche. Die gelegentlich der früheren Anfälle erhobenen klinischen Erscheinungen sind zwar ziemlich dürftig, hatten aber doch auf eine Affektion des Herzens hingewiesen, da Vergrößerung der Herzdämpfung, der Leber und wechselnder Aszites erwähnt werden. Die nach dem Tode des Kindes noch erhobene Anamnese ergab, daß der Vater an Pneumonie verstorben war, daß der Geburt des Kindes zwei Abortus vorausgegangen waren und daß auch diese dritte Schwangerschaft denselben Ausgang zu nehmen gedroht hatte; der Abortus sei aber durch mehrwöchentliche Bettruhe hintangehalten worden. Verf. schildert sodann noch ausführlich („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 15) den anatomischen Befund: Der rechte Vorhof des Herzens ist so enorm vergrößert, daß das ganze Herz dadurch bedeckt, fast wie ein Anhängsel an ihm erscheint. Für diese Hypertrophie sind folgende Veränderungen verantwortlich zu machen: Das Endokard ist allenthalben, insbesonders im rechten Herzen, schwielig verdickt, ebenso sind die Papillarmuskeln an ihrer Wurzel vollständig fibrös verändert, auch die Herzmuskulatur weist zahlreiche Einlagerungen von fibrösen Herden auf und am Conus venosus findet sich ein kirschkerngroßes Aneurysma. Hierdurch traten wesentliche Funktionsstörungen in der an sich eigentlich nicht erkrankten Trikuspidalklappe ein, welche die Vergrößerung des Vorhofes erklären. Auch die Nieren zeigen fibröse Schrumpfung einzelner Glomeruli, daneben vereinzelte Herde von kleinzelligen Infiltraten; hypertrophische Leberzirrhose, hochgradige multiple Lymphdrüsenschwellungen sowie weiters Milztumoren bilden insgesamt Momente, welche die anatomische Diagnose „Syphilis" ermöglichen. Klinisch wird noch hervorgehoben, daß der aus scheinbarem Wohlsein plötzlich eintretende Tod gerade bei Herzlues keine seltene Beobachtung ist. DEUTSCH.

VORDERBRÜGGE (Danzig): Über schädliche Chloroformnachwirkung.

Die neueren Beobachtungen haben gelehrt, daß das Chloroform nicht nur während der Narkose seine schädlichen Wirkungen auf den Organismus entfalten und zu Todesfällen führen kann, sondern daß auch noch einige Tage nach der Narkose Todesfälle auftreten können, die ihre Ursache in der sogenannten verspäteten Chloroformwirkung haben. Man findet in diesen Fällen bei der Obduktion eine sehr weit fortgeschrittene parenchymatöse Degeneration der Niere, des Herzens und der Leber, ohne daß irgend welche andere pathologische Zustände existieren würden. Zwei hierher gehörige Fälle hat Verfasser beobachtet („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", Bd. 74, H. 1). Im ersten Falle handelte es sich um ein 10jähriges Kind, das wegen einer chronischen Appendizitis operiert wurde und ca. 30 *g* reinen Chloroforms verbraucht hatte. Zwei Tage nach der Operation trat bei dem früher lebhaften Kinde eine apathische Ruhe auf, zu der sich am nächsten Tag Ikterus der Konjunktiven, Delirien, starke Albuminurie und Herzschwäche gesellten, ohne daß irgendwelche peritonitische Erscheinungen vorhanden gewesen wären. Die Obduktion ergab auch, daß die Bauchhöhle frei war von Exudat und daß nur die früher hervorgehobene Degeneration in den Organen und Fettanhäufung in der Leber zu finden war. Ähnlich, aber ohne tödlichen Ausgang verlief ein zweiter Fall bei einem 5jährigen Kinde, das 12 *g* Chloroform verbraucht hatte. Die Intoxikationserscheinungen schwanden nach 2 Tagen und die Pat. erholte sich vollständig. Prophylaktisch rät Verf., bei Leuten mit Herz- und Nierenerkrankungen, die durch das Chloroform besonders gefährdet erscheinen, mit der Chloroformnarkose sehr vorsichtig zu sein. Es empfiehlt sich daher einige Zeit vor Beginn der Narkose 0·01 Morphin zu injizieren, weil dadurch an Chloroform gespart werden kann. Bei eingetretener Vergiftung muß die Herzkraft durch Exzitantien gehoben werden, die Diurese und Diaphorese müssen angeregt werden, um das Gift aus dem Körper möglichst schnell auszuscheiden. ERDHEIM.

Aus der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke in Marburg a. d. L. (Direktor: Prof. Ostmann).

HEMPEL: Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidinserum (MÖBIUS).

Unter den Methoden der Behandlung der BASEDOWschen Affektion nimmt jene mit dem Serum von schilddrüsenlosen Hammeln, entweder subkutan oder neuerdings per os, eine hervorragende Stellung ein. Es sind bisher nur wenige derartig behandelte Fälle in der Literatur beschrieben. Verf. berichtet („Münchener med. Wochenschrift", 1905, Nr. 1) nun über einen einschlägigen Fall. Wenn auch in demselben das subjektive Moment nicht außer acht gelassen werden darf, so sprach doch der Umstand, daß die Pulszahl wieder anstieg, als die Verabreichung des Serums auf zwei Wochen ausgesetzt wurde und mit erneuter Darreichung wieder fiel, dafür, daß das Serum wirklich heilend wirken kann. Dafür sprach auch das Kleiner- und Weicherwerden des Kropfes, das nicht nur vorüber

gehend war, sondern auch noch nach Monaten bestand. Der Halsumfang blieb um 2 *cm* kleiner. Eine Hebung des Allgemeinbefindens drückte sich in einer Gewichtszunahme von 3 Pfd. aus. Um zu entscheiden, wieviel von dem betreffenden Medikament — Milch oder Serum — und wie lange hindurch seine Verabfolgung erforderlich ist, um dauernde Besserung oder gar Heilung zu erzielen, genügen die gemachten Erfahrungen noch nicht. Jedenfalls hat es den Anschein, daß die Behandlung der BASEDOWschen Krankheit mit Präparaten, die von entkröpften Tieren gewonnen werden, den rechten Weg beschritten hat und daß hierbei nicht eine ephemere Suggestion von Ärzten und Patienten zur Geltung kommt. G.

Aus der inneren Abteilung des Augusta-Hospitals (Geheimrat Prof. Dr. C. A. Ewald) zu Berlin.

JULIUS SIGEL: Therapeutische Beobachtungen.

Seit der Empfehlung des Theocins durch MINKOWSKI, DRESER u. a. sind mehrere Arbeiten erschienen, die sich günstig über die Theocinwirkung aussprechen. Auch Verf. hat in 20 Fällen von Theocin Gebrauch gemacht und gefunden, daß bei fast allen Herz- und Nierenaffektionen mit Aszites und Ödemen sich das Theocin als gutes Diuretikum erwies („Berliner klin. Wochenschr.", 1904, Nr. 1). Die Wirkung tritt meist sehr prompt ein, bereits am 2. und 3. Tage beginnt gar nicht selten eine Harnflut von mehreren Litern einzusetzen. Dann sinkt die Urinsekretion gewöhnlich ziemlich stark, um nach mehrtägigem Aussetzen des Mittels beim erneuten Gebrauch wieder zu steigen. Im allgemeinen war die diuretische Wirkung groß, so daß Verf. in allen Fällen, wo es darauf ankam, den ödematösen Körper rasch zu entlasten, das Theocin in Dosen von 2—3mal täglich 0·3 *g* verordnete. Eine Einwirkung auf das Herz und den Blutdruck war nicht zu konstatieren. Die einzige schädliche Wirkung des Theocins sah SIGEL von seiten des Magens, indem in nicht ganz seltenen Fällen Erbrechen auftrat. Um in diesen Fällen auf die günstige Wirkung des Theocins nicht verzichten zu müssen, gab er das Theocin in Form von Suppositorien (0·3 pro dosi). Das Erbrechen hörte dann sofort auf; dasselbe war also auf die örtliche Reizung und nicht auf eine allgemeine Intoxikation zu beziehen. Reizungszustände von seiten des Nervensystems bei Theocingebrauch sah Verf. nie; er hatte daher auch keine Veranlassung, das Theocin, wie DRESER vorschlug, zusammen mit Hedonal zu geben. L.

HYNEK (Prag): Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.

Verf. behandelte zwei Fälle von Leukämie mit X-Strahlen. Im ersten Falle trat eine auffallende objektive und subjektive Besserung auf, die aber später, da der Kranke seinem Berufe nachging und die Behandlung unterbrach, wieder nachließ. Doch nach wiederholten Sitzungen trat wieder Genesung ein. Im zweiten Falle war die Wirkung eine nicht so evidente, obwohl ein günstiger Einfluß der Röntgenstrahlen nicht abgeleugnet werden kann. Die Wirkung der X-Strahlen besteht in der Zerstörung der Lymphzellen, deren Hyperplasie nach Verf.s Ansicht die Ursache aller Leukämien wäre. Auch bei perniziöser Anämie konnte Verf. mit dieser Behandlung gute Resultate erzielen, doch will er noch abwarten, ob die Heilung eine dauerhafte sein wird. Ein Fall chronischer Lymphozytämie bot kein therapeutisches Resultat, außer Verkleinerung der Milz und der Leukozytenzahl. Verf. glaubt, in den X-Strahlen ein Mittel zu besitzen, womit das Leben der Leukämiker am besten verlängert werden kann („Sbornik klinický", Bd. 6, H. 1). STOCK.

COUTEAUD (Paris): Hyperostosis blennorrhagica der unteren Extremität.

FOURNIER machte zuerst auf Periostitiden blennorrhagischen Ursprungs aufmerksam und gab eine klassische Beschreibung des „pied blennorrhagique" („Gazette des Hôpitaux", 1904, Nr. 111). Nach ihm sind nur wenige ähnliche Beobachtungen veröffentlicht worden. COUTEAUDs Fall betraf einen 24jährigen Soldaten der französischen Kolonialtruppen in Tonkin, der im September 1903 an einer akuten Gonorrhöe erkrankte, die ihn aber nicht im Dienste behinderte. Im Dezember desselben Jahres traten ohne jede äußere Veranlassung Schmerzen im rechten Sprunggelenk auf, die den Patienten nötigten, das Bett aufzusuchen. Drei Monate lag er im Spital zu Hanoï und wurde dortselbst mit Immobilisation, Ignipunktur und Jodnatrium behandelt. Dann kam er nach Frankreich in das Spital von Saint Mandrier, wo er folgenden Befund bot: Starres Ödem des rechten Oberschenkels, die Muskulatur hart, der Umfang des Oberschenkels um $^1/_2$ *cm* größer als links, dabei besteht deutliche muskuläre Atrophie im Bereich der ganzen unteren Extremität, während die Knochen hypertrophisch sind. Das rechte Knie ist ankylotisch, ebenso das rechte Sprunggelenk, die Artikulation des ersten Metatarsus und der großen Zehe. Es bestehen Zeichen einer Endokarditis (gonorrhoica?). Unter zweimonatlicher Behandlung mit Jod- und Schwefelbädern bessert sich der Zustand des Patienten soweit, daß er wieder schmerzfrei gehen kann, wenngleich mühselig. Die Untersuchung des Blutes — vier Monate nach Beginn der Erkrankung der rechten unteren Extremität — ergab keine Gonokokken. Die Knochenveränderungen, die besonders Oberschenkel und Knie betrafen, waren im Röntgenbild sehr deutlich sichtbar. J. ST.

K. E. RANKE (Arosa): Über die Abhängigkeit der Ernährung vom Wärmehaushalt.

Verf. fand („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 2): Das kalte Außenklima wird durch die technischen Schutzmittel gegen die Kälte meist in ein thermisch indifferentes physiologisches Klima umgewandelt: Es erzwingt also meist nicht einen hohen Stoffwechsel, wohl aber erlaubt es ihn ohne starke Inanspruchnahme der stets als Anstrengung empfundenen aktiven Wärmeregulation. Gegen das heiße Außenklima stehen uns bis jetzt Schutzmittel noch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Es ist also meist auch ein heißes physiologisches Klima. Dasselbe führt bei längerer Einwirkung extremer Hitzegrade zu einer starken Beeinträchtigung der instinktiven Nahrungsaufnahme und damit zu Unterernährung, als deren Folge der sogenannte Tropenmarasmus aufzufassen ist. B.

JOH. JUL. SCHMIDT (Frankfurt a. M.): Die Pylorusstenose der Säuglinge.

Aus dem Studium der Literatur und der Beobachtung von zwei Fällen folgert Verf. folgendes („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 7): Es gibt eine angeborne, graduell verschiedene Pylorusstenose im Säuglingsalter, die vielleicht gar nicht so selten ist, indem sie als solche nur in ihrer schweren Form erkannt wird und zur Behandlung kommt. Die weitaus größte Anzahl dieser Fälle gehört ganz sicher der echten hypertrophischen, auf anatomischer Basis beruhenden Form an und kann nur durch einen chirurgischen Eingriff geheilt werden. Die seltenen Fälle von reinem Spasmus des Pylorus geben ein dankbares Feld für die innere Therapie ab, ebenso wie die relativen organischen Stenosen mit kompensatorischer Magenhypertrophie. Höchstwahrscheinlich treten auch häufig Mischformen auf, indem zu den muskulären Anlagen hypertrophischer Pylorusstenosen sekundäre Spasmen hinzutreten, die dann erst das Krankheitsbild zu einem vollständigen machen. L.

H. RUGE: Zur physiologischen Begründung der Massagewirkung beim Kalt- und Warmblüter.

Bei seinen Untersuchungen an Kalt- und Warmblütern ist RUGE („Deutsche Medizinal-Ztg.", 1904, Nr. 59) zu dem Resultat gekommen, daß kein prinzipieller Unterschied in bezug auf die Wirkung der Massage bei diesen beiden Gruppen besteht. Die verschiedenen Muskeln wurden stets in derselben Weise durch Öffnungsinduktionsschläge bis zur Ermüdung gereizt. Dann wurden vergleichend bald Ruhepausen von 5—10 Minuten eingeschoben, ehe die Reizung fortgesetzt wurde, bald ebensolange dauernde Massagen. Die Erholung eines ermüdeten Muskels ist durch Massage viel vollkommener als durch Ruhepausen. Bei allen derartigen physiologischen Untersuchungen gibt erst die

Beobachtung des zeitlichen Ablaufes der Zuckungen ein richtiges Urteil über die Wirkung der Massage. Die Versuche beim Warmblüter waren besonders schwierig, weil hier der lebende, natürlich durchblutete Muskel sehr schwer ermüdbar ist und oft erst nach 30.000 Einzelleistungen alle Zeichen schwerer Ermüdung aufweist. Es dehnen sich hier alle Phasen (Treppe, Abfall, Dehnung der Kurven) auf eine viel größere Anzahl von Kontraktionen aus. Ferner müssen viel kürzere Reizintervalle zur Ermüdung des Warmblütermuskels angewendet werden. Endlich erfolgt beim Warmblüter die Verkleinerng der Hubhöhen bei Ermüdungsreihen in schnellerem Tempo als die Dehnung der Kurven. G.

Kleine Mitteilungen.

— Einen **Beitrag zur Impftechnik** publiziert R. FLACHS („Archiv f. Kinderheilk.“, Bd. 40). Als Impfstelle benutzt er die untere Thoraxhälfte, zunächst aus kosmetischen Rücksichten, dann aber auch aus dem Grunde, weil in dieser Region die Haut wenig Bewegungen ausgesetzt ist. Zum Schutze des Impfgebietes werden die Impfstellen mit vierfacher Lage steriler Gaze bedeckt und diese durch einen breiten Streifen eines klebenden Pflasters festgehalten. Die Pusteln entwickeln sich typisch nach 5 Tagen. Bei der Nachschau werden die Pusteln wieder mit Gaze bedeckt, das Gazestück mit vier Pflasterstreifen derart befestigt, daß die Pusteln nicht unter den Streifen liegen. Hierdurch ist der Luftzutritt gewahrt und die Pusteln können eintrocknen. Zur lockeren Fixation werden außerdem noch Bindentouren angebracht und diese nach dem Bade immer erneuert. Reizlosigkeit der Impfstellen, Ausbleiben schwerer Impfschädigungen (Drüsenschwellung, Erythem, Autoinfektion) bieten den Lohn des allerdings etwas umständlichen Verfahrens.

— Über erfolgreiche **Behandlung eines Falles von Erysipel mit Argent. colloidale** berichtet FELDMANN („Deutsche med. Wochenschrift“, 1905, Nr. 3). Unter heftigem Schüttelfrost war bei einer frisch entbundenen Frau die Temperatur binnen 24 Stunden auf 41·8° gestiegen, worauf sich innerhalb 15 Minuten ganz plötzlich das charakteristische Erysipelexanthem entwickelte. Am fünften Krankheitstag erhielt die Patientin, deren Temperatur 40·8° betrug und die wegen des kleinen, zeitweise aussetzenden Pulses mit Exzitantien behandelt werden mußte, 2·5 *g* Ungt. Arg. coll. eingerieben. Am folgenden Tag war die Temperatur auf 39·1° und nach einer erneuten Einreibung derselben Dosis tags darauf auf 37·3° gesunken, worauf sie sich dauernd unter 37·5° hielt, obwohl das Erysipel noch in einzelnen Schüben weiterwanderte. Pat. erholte sich rasch. Eine puerperale Infektion als Ausgangspunkt des Erysipels schien ausgeschlossen. Bemerkenswert findet Verf. an dem geschilderten Fall das plötzliche Auftreten des Exanthems und die nachhaltige Wirkung des Arg. coll., das mit einem Schlag das Krankheitsbild dauernd veränderte.

— Seine Erfahrungen über **Serumbehandlung der Diphtherie** publiziert COHN („Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“, 1904, H. 4 u. 5). Verf. hat 1000 bakteriologisch sichere Diphtheriefälle aus dem Krankenhaus Moabit verarbeitet. Er fand, daß von allen Diphtheriekindern nur 28·6% zur Tracheotomie kamen gegen 60% früher, und daß von den Tracheotomierten nur 25·9% starben, früher 71·2%. Von den innerhalb der ersten drei Krankheitstage Gespritzten starben 9·8%, von den später Behandelten 23·5%. Die Injektion muß eben noch gewissermaßen prophylaktisch wirken, ehe die Giftwirkung den Gesamtorganismus ergriffen hat. Injektionsabszesse wurden nicht mehr gesehen, seit man in die Linea alba unterhalb des Nabels injizierte. Die Zahl der Nephritiden hat seit Einführung der spezifischen Therapie nicht zugenommen, die der Pneumonien sehr abgenommen. Serumexantheme wurden in 5% der Fälle beobachtet, sie waren von Scharlach im Beginne häufig kaum zu unterscheiden. Den Umschwung der Verhältnisse schreibt Verf. dem BEHRINGschen Serum zu; daß der Genius epidemicus sich geändert habe, kann er nicht finden. Ausführlich geht er auf die Sektionsbefunde ein, namentlich auf die Fälle, in denen die Serumtherapie versagte, d. h. zu spät kam; er legt klar, daß aus den Obduktionsbefunden kein Grund gegen die Serumtherapie abgeleitet werden könne.

— In der **Therapie der Herzklappenfehler** räumt MOORE dem Agurin eine hervorragende Stellung ein („The Can. Journ. of Med. and Surg.“, 1904, Nr. 5). Er hat dasselbe in Fällen von Mitralinsuffizienz, Hypertrophie des Herzens mit unterbrochener Kompensation, Arteriosklerose etc. angewandt und war mit der Wirkungsweise immer zufrieden. Das Präparat bewirkt niemals unangenehme Nebenerscheinungen. Immer verschwanden die Ödeme rasch und das Befinden der Patienten besserte sich zusehends. Die Erfolge des Agurins bei kardialem Hydrops lassen dasselbe zudem bei dem gänzlichen Fehlen von toxischen Nebenwirkungen geradezu als Spezifikum für derartige Fälle erscheinen.

— Als **Antihydrotikum** und noch mehr als Desinfizienz und Desodorans verordnet WEITLANER das Mesotan gegen Hyperidrosis pedum („Monatsh. f. prakt. Dermat.“, 1904, Bd. 3). Vor allem ist die schweißhemmende Wirkung eine hervorragende, nicht bloß bei den lästigen Schweißausbrüchen der Phthisiker und Bronchitiker überhaupt, sondern auch an diesem entfernten Gebiete, den Fußsohlen; dann ist die Desodorisation wohl infolge der Salizyldesinfektion eine eklatante. Zur Anwendung gelangte nur das Mesotanöl (Mesotan, Ol. olivar. aa. p.), wovon täglich morgens beim Aufstehen, unmittelbar bevor die Strümpfe angezogen wurden, ein erbsengroße Menge auf jede Fußsohle mit der Hohlhand kurz eingerieben wurde. Dies geschah bis jetzt durch 2 Monate hindurch. Affektionen der Fußsohle oder der übrigen Hautdecke traten in keinem Falle auf, was um so auffallender ist, als unmittelbar darauf gegangen wurde, also die Fußsohlen beständig massiert wurden. Außerordentlich wichtig bei der Anwendung des Mesotanöles ist dessen hervorragende Bequemlichkeit. Mit einem Fläschchen Mesotanöl zu 30 *g* kommt der Schweißleidende durch Wochen hindurch aus. Die Behandlung ist deshalb auch recht billig.

— Als **hustenreizstillendes Mittel** hat DALMADY („Budapesti Orvosi Ujság“, 1904, Nr. 38) das Heroin in ausgedehntem Maße erfolgreich gebraucht, insbesonders bei Lungentuberkulose, und zwar in folgender Verschreibung:

Rp. Heroin. hydrochl. . . . . 0·05
Sacchari . . . . 3·0
M. f. p. Div. in dos. Nr. X.
DS. Täglich 2 bis 3 Pulver oder abends 1 bis 2 Pulver.

Rp. Emulsionis oleosae . . . . 150·0
Heroin. hydrochl. . . . . 0·02
MDS. zweistündlich ein Eßlöffel.

Rp. Aq. amygdal. amar. . . . . 15·0
Heroin. hydrochl. . . . . 0·08
MDS. 3mal täglich 8 Tropfen oder abends 12 bis 16 Tropfen.

— Den **Einfluß der Nephrotomie** auf den Tierorganismus hat HERMAN studiert („Deutsche Ztschr. f. Chir.“, Bd. 73, H. 1—3). Er fand: Nach Längsinzision der Niere (Sectio renis) tritt ein bedeutender, mitunter halbseitig auftretender Schwund derselben ein. Der Grund dieses Schwundes liegt in erster Linie in der Bildung ausgebreiteter Infarkte, in zweiter Linie im Auftreten einer interstitiellen Entzündung. Bei Versuchstieren, bei denen die nicht operierte Niere vollkommen gesund war, hatte dieser künstlich im Nierengewebe hervorgerufene Defekt augenscheinlich keine größere Bedeutung. Es läßt sich jedoch daraus nicht der Schluß ziehen, daß diese Schädigung auch beim Menschen gleich harmlos sei. Den Verlust einer Nierenhälfte gleicht der Organismus durch Hypertrophie der verbliebenen Hälfte und der anderen Niere aus. Diese Hypertrophie tritt jedoch nur in dem Falle ein, wenn der Organismus jung und gesund ist, wenigstens soweit dies die Nieren betrifft. Wir können jedoch gerade bei Menschen unter diesen Bedingungen selten operieren. Bei querer Inzision der Niere ist der Schwund des Nierengewebes unvergleichlich geringer als bei Sectio renis. Die gleichzeitige Inzision beider Nieren ist ein mit großer unmittelbarer Gefahr verbundener Eingriff. Wenn durch irgend welche Gründe diese Operation beim Menschen ausgeführt werden müßte, sollte man grundsätzlich die durchschnittenen Nieren nicht vernähen, sondern die Wunde offen lassen und nur mit steriler Gaze tamponieren. Denselben Grundsatz sollte man auch in Fällen einhalten, wo wir gezwungen wären, in derselben Sitzung nach Exzision der einen Niere

die andere zu inzidieren. Bei beiderseitiger querer Nephrotomie haben wir bedeutend größere Wahrscheinlichkeit, das Tier am Leben zu erhalten, als bei Längsinzision.

— Den **therapeutischen Wert des Dymals** erörtert DE DIEGO („La Med. Pract.", 1904, Nr. 25). Dasselbe ist ein feines, schwach rosa gefärbtes, stark an der Haut haftendes Pulver von angenehmem Geruch. Dasselbe hat sich bei nässenden Dermatosen als wirksam erwiesen. Auch vom Verf. ist es mehrfach gebraucht worden. Man konnte immer eine austrocknende und vernarbende Wirkung beobachten, die es vor vielen anderen Mitteln auszeichnet. Deshalb, und weil es weder reizend noch giftig wirkt, keinen unangenehmen Geruch besitzt und viel billiger als Jodoform ist, verdiente seine Anwendung eine allgemeine zu werden. Die Pulverform ist die zweckmäßigste; man kann aber ebensowohl auch eine Salbe von 1 oder 2 Teilen auf 30 Teilen Vaselin benutzen.

Literarische Anzeigen.

Hygiene des Auges im gesunden und kranken Zustande. Von **Dr. med. Otto von Sicherer** in München. Mit 15 Illustrationen. Stuttgart, Ernst Heinrich Moritz.

Seit dem Erscheinen des ersten Lehrbuches der Hygiene des Auges von HERMANN COHN (1892) sind bereits mehrere treffliche Bücher ähnlichen Inhaltes erschienen, welche jedoch teils zu umfangreich, teils nicht allgemeinverständlich genug waren, um in weitere Kreise dringen zu können. In dem vorliegenden Werkchen, welches den 4. Band der „Bibliothek der Gesundheitspflege" bildet, hat Verf. auf Grund seiner im Münchener Volkshochschulverein über diesen Gegenstand abgehaltenen Vorträge eine volkstümliche Darstellung der wichtigsten Grundbedingungen für die Erhaltung des Sehvermögens zu geben versucht. Das handliche Werkchen ist in zehn Kapitel geteilt. In den ersten zwei Kapiteln wird der Bau (Anatomie) und die Tätigkeit (Physiologie) des menschlichen Auges kurz beschrieben, wobei gute, zum Teile kolorierte Abbildungen wesentliche Unterstützung bieten. In den zwei folgenden Kapiteln ist der Entstehung der Kurzsichtigkeit sowie namentlich den hygienischen Maßnahmen zur Verhütung der Kurzsichtigkeit (Schulbank, Schreiben und Lesen, Wirkung zu geringer und zu greller Beleuchtung, künstliche Beleuchtung etc.) ausgiebiger Raum gewährt. Es folgen die Kapitel: Übersichtigkeit und Alterssichtigkeit, die wichtigsten Allgemeinkrankheiten in ihren Beziehungen zur Erkrankung des Auges, schädliche Wirkungen des Tabaks und Alkohols, Schädigungen durch Gewerbebetrieb und zum Schlusse eine zusammenfassende Übersicht über die in den verschiedenen Altersperioden auftretenden Augenerkrankungen und ihre Verhütung. Die Aufgabe, die sich Verfasser gestellt hat, ist in geschickter Weise gelöst, indem in knapper, klarer, für weitere Kreise berechneter Darstellung die Gesundheitspflege des Auges besprochen wird, so daß dem Bändchen die weiteste Verbreitung zugesichert sein dürfte. BONDI-Iglau.

Schulgesundheitspflege. (Handbuch der Erziehungs- und Unterrichtslehre für höhere Schulen. 2. Band, 2. Abteilung, 2. Hälfte.) Von **Dr. med. et phil. Ludwig Kotelmann.** Zweite, neubearbeitete Auflage. München 1904, C. H. Becksche Verlagsbuchhandlung.

Es ist nicht leicht, wichtige Gebiete der Medizin gebildeten, aber der Vorbildung entbehrenden Kreisen verständlich in gedrängter Kürze so nahe zu rücken, wie es KOTELMANN im vorliegenden Buche gelungen ist. Dabei zeigt sich hier in der Beschränkung der Meister. Mit Hinweglassung allen Ballastes gliedert Autor den Stoff in zwei Kapitel: die Hygiene der Schulräume und die Hygiene der Schüler; beide sind leicht faßlich, gründlich und vor allem anregend gehalten. Das Buch wird durch einen interessanten historischen Abriß der Schulgesundheitspflege in Deutschland eingeleitet. Die somatische Magerkeit des Buches deckt eine solche Fülle des Stoffes, daß uns der Autor damit einen nie versagenden Ratgeber für alle einschlägigen Fragen und eine gute Basis für die aktuelle Schularztfrage geliefert hat. Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich. NEURATH.

Über die spezifische Behandlung der Tuberkulose (Tuberkulin- und Serumtherapie). Von **Dr. Hermann Frey.** Leipzig und Wien 1905, Franz Deuticke.

Verf. macht es von dem Kräftezustande des Kranken abhängig, ob eine aktive Immunisierung (Tuberkulinbehandlung) oder eine passive Immunisierung (Serumbehandlung) stattfinden soll und empfiehlt erstere bei gutem Kräftezustand, letztere bei heruntergekommenen Kranken mit schweren toxischen Erscheinungen oder rasch progredientem Verlaufe. Die Anwendungsweise der KOCHschen Tuberkuline, des DENYSschen Tuberkulins und des Serums von MARMOREK findet eine eingehende Besprechung und ermöglicht es jedem Arzte, von den Erfahrungen des Verf.s Gebrauch zu machen. A.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Med. Presse".)

II.

— 14. März 1905.

Berlin war, wenn auch nicht der Schauplatz bewegter Studentendemonstrationen und akademischer Aufregungen um die „Akademische Freiheit", aber doch in den verflossenen Monaten das Zentrum, wohin naturgemäß von verschiedenen Hochschulen die Fäden zusammenliefen und von wo aus sie durch das preußische Kultusministerium und selbst durch den Reichstag ins Land hinaus führten. Da der Ursprung dieser Bewegung auf österreichischem Boden lag und es sich ursprünglich nur um eine Sympathiekundgebung hannoverischer Studierender an die stammverwandten deutschen Studierenden Innsbrucks handelt, so mögen hier einige Worte, von Berlin nach Wien gerichtet, gestattet sein. Der Anlaß war im Grunde genommen ein recht harm- und aussichtsloser, wie jede in patriotischer Aufwallung gefaßte Resolution. Allerdings war an allen deutschen Universitätskreisen die Verwälschung der echt deutschen Hochschule von Tirols Hauptstadt aufs peinlichste empfunden worden. Es ist für uns unfaßbar, mit welchem Ungeschick man dort verfuhr, um italienischen Elementen die ganz unberechtigte Möglichkeit zu bieten, das Deutschtum daselbst an die Wand zu drücken, wie dies schon in Prag aus übergroßer Zuneigung für die Tschechen geschehen ist. Da war es denn sehr natürlich, daß deutsche Studierende eine Erklärung an ihre deutschen Kommilitonen in Österreich sandten, um sie zu ermutigen, ihnen — wenn auch nur platonisch — das Gefühl der Solidarität zu geben. So etwas führt wohl nie zu diplomatischen Verwicklungen; es beruhigt sich der „Sturm im Glas Wasser" ganz von selbst. Drüben und hüben hat man aber die Sache viel zu ernst genommen und dadurch auch bei uns die Erregung auf die leicht erregbare akademische Jugend anderer deutscher Universitäten übertragen. Statt mit Ruhe, Geschick und einiger Bonhomie die Angelegenheit im Sande verlaufen zu lassen, verhängte man Relegationen und zog erst den Entrüstungsrummel groß. Nun — er hat sich, nachdem die Relegationen zurückgenommen und Verhandlungen mit Studentenkomitees in freundlichen Formen geführt wurden, wieder beruhigt. Das war vorauszusehen; denn im Grunde war die „akademische Freiheit" — und dies war der Zankapfel — gar nicht so schlimm bedroht. Diese ist ein ziemlich unbestimmter, schwer definierbarer Begriff. Wir alle, die wir studiert haben und längst gereifte Männer sind, haben sie genossen, d. h. wir haben ganz nach unserem Behagen und nach unseren Mitteln auf der Universität gelebt, ohne jeden Zwang als den, zu rechter Zeit ins Examen zu steigen und es möglichst gut zu bestehen. In der Lebensfreude und im Studium waren wir unbeschränkt, aber letzteres kam von selbst zu seinem Recht. Kein Mensch hat uns die „akademische Freiheit" verkümmert und keiner tastet sie bei uns der jungen akademischen Generation an. Allein man darf doch nicht vergessen, daß nur der Mensch — und zumal nur der erst in der Entwicklung begriffene Mensch — wahrhaft frei ist, der diese Freiheit selbst maßvoll zu zügeln, sich selbst zu beherrschen versteht. Wir Mediziner der ältesten Semester wissen sehr wohl, daß es auch auf ethischem Gebiete regulatorische und Hemmungsapparate gibt, unent-

behrliche, heilsame Vorrichtungen, die selbst im sozialen Leben und Verkehr sehr segensreich wirken. Nicht früh genug kann deren automatisches Funktionieren geübt werden. Gewiß sind Impulse oft edel und schön und „rasch fertig ist die Jugend mit dem Wort"; aber die verständige, ruhige Überlegung und Erwägung, die Selbstkritik muß bei Zeiten dem Tatendrang zur Seite stehen. Hätten die deutschen Studierenden ihre Kräfte richtig abgeschätzt, so würden sie vielleicht von zwecklosen Demonstrationen abgesehen haben.

Österreich und Deutschland sind allerdings Brüdervölker, weniger auf politischem als auf wissenschaftlichem Gebiete. Das zeigt wieder einmal die 26. Versammlung der „Balneologischen Gesellschaft", welche heute hier eröffnet wird. In der stattlichen Reihe von Vorträgen, welche die nächsten Tage bieten werden, ist Österreich stark vertreten, vor allem durch den Nestor seiner Balneologen, den Jubilar WINTERNITZ, der sich die „Mißgriffe bei Wasserkuren" zum Thema gewählt hat. Von Franzensbad sind STEINSBERG, FISCH, FELLNER und NENADOWICZ als Redner gemeldet; aus Marienbad ist KISCH, aus Levico LIEBMBERGER, aus Königswart NEUPAUER mit Vorträgen vorgemerkt. Sehr zu begrüßen ist es, daß alle Vorträge einen strenger wissenschaftlichen Charakter haben, als dies früher der Fall war, wo man nur zu oft orationes pro domo zu hören bekam. Davon ist jetzt nicht mehr die Rede. Ein zweiter Fortschritt ist der, daß auch die ersten hiesigen Kliniker (HEUBNER, PASSOW, EWALD, GRAWITZ, BRIEGER, POSNER, EULENBURG, LIEBREICH etc.) mit Vorträgen vertreten sind, daß also das Niveau dieses Kongresses durch die Mitarbeit der Akademiker ungemein gehoben worden ist. Aber auch die Praktiker der Badeorte haben meist rein wissenschaftliche Themata gewählt und dadurch gezeigt, daß der Begriff „Badearzt", der früher nicht sehr hoch im Werte stand, heutzutage ein in jeder Hinsicht bedeutenderer geworden ist. Deshalb sieht man auch der diesjährigen ärztlichen Studienreise, welche sich über die südösterreichischen Kurorte erstrecken und in Meran enden wird, mit großem Interesse entgegen.

Inzwischen hat sich eine Art von friedlicher Eroberung auf medizinisch-journalistischem Gebiete vollzogen, die zum Teil von Wien ausging und in Berlin festen Fuß gefaßt hat. Ich meine die Gründung der Wochenschrift: „Medizinische Klinik" durch Urban und Schwarzenberg. Sie ist spezifisch deutsch, wie die Namen seiner Herausgeber zeigen. Lediglich deutsche Universitätslehrer werden hier für den praktischen Arzt das Wort ergreifen. Da zeigt es sich wieder einmal, daß die Wissenschaft keine Grenzpfähle kennt; daß sie, nachdem der rühmlich bekannte Verlag in Berlin ebenso heimisch geworden ist, wie er es in Wien schon längst gewesen, doch nur eine einzige, politisch untrennbare Macht ist, die sich über ganz Deutschland, bis nach Österreich und der Schweiz hin erstreckt. Der gediegene Inhalt der bis jetzt erschienenen Nummern dieser Zeitschrift bürgt für deren glückliche Zukunft. Es ist anzunehmen, daß sie sich neben den langjährigen, altangesehenen Blättern der medizinischen Presse Deutschlands bald einen ehrenvollen Platz sichern wird.

Der hiesige Verein für Feuerbestattung, der ungemein rührig für die uns Ärzte ja sehr interessierende Einäscherung agitiert, hat wieder in seinem neuesten Jahresbericht „Fortschritt auf der ganzen Linie" zu melden. An der Spitze der Vereins steht einer der angesehensten Ärzte Berlins, Sanitätsrat Dr. HERZBERG, und unter den Mitgliedern befinden sich viele Ärzte. Wir sind eben bei jeder Sache des Fortschritts „allezeit voran". Allerdings setzt in Preußen, Sachsen, Bayern etc. die Regierung der fakultativen Leichenverbrennung noch entschiedenen Widerstand entgegen; dafür aber hat Württemberg (ebenso wie Baden) die Feuerbestattung zugelassen, in Karlsruhe ist ein Krematorium, das dritte in Baden, errichtet; die Zahl der jährlichen Einäscherungen in Deutschland ist von 1079 (1893) auf 1381 (1894) gestiegen. Heidelberg, Offenbach, Mainz sind zu Gotha, Eisenach, Jena, Hamburg etc. hinzugekommen, und wo die Leichenverbrennung noch versagt ist, entstanden wenigstens zahlreiche Vereine, von denen der hiesige 2761 Mitglieder zählt. Das treffliche Vereinsorgan „Die Flamme" hat weit über 9000 Abonnenten. So ist denn anzunehmen, daß diese Bestattungsform, welche den höchsten sanitären sowie ästhetischen Ansprüchen genügt und tatsächlich mit keinem Dogma kollidiert, auch fernerhin weiter an Ausdehnung gewinnen wird. Das Einzige, was bisher hier erreicht wurde, ist die Genehmigung, Leichenreste der Anatomie einzuäschern und in der Urnenhalle eines hiesigen Simultanfriedhofs die Aschenreste auswärts Verbrannter in würdiger Weise aufstellen zu dürfen. Wann wird endlich die Zeit kommen, wo sich auch hier „jeder nach seiner Fasson" bestatten lassen darf?

Während „hinten fern in der Mandschurei" die Völker aufeinander schlagen, fand auch in unserer „Medizinischen Gesellschaft" ein Kampf statt, glücklicherweise nur mit geistigen Waffen, der Kampf um die Ätiologie des Krebses. Hier stehen sich ebenfalls zwei Heere gegenüber: die pathologischen Anatomen der VIRCHOWschen Schule unter der Führung ORTHs und die der Parasitärtheorie, geführt unter v. LEYDEN. Es ist unmöglich, zu sagen, wem der Sieg zufallen wird; doch scheinen vorläufig die Chancen der Zellularpathologen, die nur das anerkennen, was sie selbst sehen oder doch selbst als zweifellos konstatieren, die günstigeren zu sein. Noch zweifeln sie an der Existenz von spezifischen Karzinomkeimen, so oft auch solche von verschiedenen Autoren — und in sehr verschiedener Gestalt — aufgestellt worden sind. Noch halten sie die Morphologie und das Isolierverfahren für anfechtbar, noch halten sie eine künstlich experimentelle Erzeugung von Krebs durch Übertragung dieser Protozoen für nicht erwiesen und gar die Heilung dieser traurigen Krankheit auf dem Wege der Serumtherapie für einen Wunsch, der in absehbarer Zeit noch keine Verwirklichung finden dürfte. Es scheint fast, daß das Suchen nach einem „Krankheitserreger" in diesem Fall auf einem toten Punkt angelangt ist und daß vorläufig noch das Messer des Chirurgen mehr das Feld behaupten wird als die Injektionsspritze. Und doch wäre eine unanfechtbare Aufklärung, ein praktisches Resultat der Krebsforschung so dringend zu wünschen! ✉

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen

der

76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der deutschen med. Fachpresse".)

XX.

Abteilung für innere Medizin.

STENBECK (Stockholm): **Über den Einfluß der Teslaströme auf die Lungentuberkulose.**

In Deutschland liegen darüber bisher wenig Untersuchungen vor. Ref. hat bei Nachprüfung der Versuche von DOUMER, OUDIN u. a. festgestellt, daß nur sehr starke Ströme eine Wirksamkeit entfalten. Die sogenannten Effluvien müssen 15—30 *cm* lang sein und von einem Induktorium von 50—60 *cm* Funkenlänge stammen. Ohne Änderung der Lebens- und Ernährungsweise erlangten die Kranken bei ambulatorischer Behandlung ständige Körpergewichtszunahme und Besserung des Allgemeinbefindens. Ein abschließendes Urteil läßt sich aber noch nicht fällen.

BORNSTEIN (Leipzig): **Der Schwefel- und Phosphorstoffwechsel bei abundanter Eiweißkost.**

In Ergänzung seiner früheren wiederholten Mitteilungen über Eiweißmast durch ausschließliche Zulage künstlicher Eiweißnährpräparate berichtet Vortr. über den Gang der Schwefel- und Phosphorausscheidungen, die ein paralleles Verhalten zum N-Stoffwechsel zeigen und einen weiteren Beweis für das tatsächliche Zustandekommen der Eiweißmast in den Zellen erbringen sollen.

JOLLES (Wien): **Über die Bedeutung der quantitativen Bestimmung der Oxydasen im Blute.**

Zum Studium des Zusammenhanges zwischen dem Katalasengehalt des Blutes und den Oxydationsvorgängen im Organismus hat Vortr. im Verein mit Dr. OPPENHEIM quantitative Bestimmungen der Katalasen im Blute an einem umfangreichen klinischen Materiale durchgeführt. Das Verfahren besteht im Prinzip darin, daß das Blut in bestimmter Verdünnung auf eine gegebene Menge Wasserstoffsuperoxyd in be-

stimmter Konzentration einwirkt. Man nimmt mitteist einer Kapillarpipette 0·05 *cm*³ Blut, bringt diese Blutmenge quantitativ in ein 50 *cm*³-Kölbchen, welches bereits zirka 30 *cm*³ physiologischer Kochsalzlösung enthält, spült die Pipette wiederholt mit physiologischer Kochsalzlösung aus und füllt dann mit letzterer bis zur Marke auf. Von der so erhaltenen Blutlösung wurden stets 10 *cm*³ entnommen, mit 30 *cm*³ Wasserstoffsuperoxyd vermischt, bei Zimmertemperatur durch 2 Stunden stehen gelassen; hierauf wird mit Schwefelsäure angesäuert und tropfenweise Jodkalilösung hinzugefügt, wobei sofort Jodausscheidung eintritt. Man läßt 1 Stunde stehen und titriert das Jod mit Thiosulfatlösung zurück. Die Differenz zwischen dem so gefundenen Wert und dem ursprünglichen Titer der Wasserstoffsuperoxydlösung gibt die Menge H_2O_2 an, welche von der angewendeten Blutmenge 0·01 *cm*³ zersetzt wurde. Die 1 *cm*³ Blut entsprechende Menge zersetzten H_2O_2 soll als Katalasenzahl bezeichnet werden. Die Katalasenzahl beträgt beim normalen Blut zwischen 18—30, die meisten Werte liegen zwischen 20 und 26. Arterielles und venöses Blut, ebenso solches von männlichen und weiblichen Individuen, zeigt keine Differenzen. Bei gewissen Erkrankungen wie Tuberkulose, Nephritis und Karzinom finden sich oftmals abnorme niedrige Werte (zwischen 1—10), so daß eine Bestimmung der Katalasenzahl in Verbindung mit den übrigen Daten der Blutuntersuchung zur Charakterisierung des Blutes einen wesentlichen Beitrag liefern kann.

JACOBSON (Berlin): **Über interne Wirkung von Formaldehyd.**

Auf Grund von Tierversuchen empfiehlt Vortr. die interne Anwendung von Formaldehyd in Verbindung mit Milchzucker, welche keine Ätzwirkung entfalte. 31% Formaldehyd werden durch die Nieren wieder ausgeschieden, das übrige wird zu Ameisensäure und Kohlensäure oxydiert, ein Teil auch an Eiweiß gebunden.

P. Rosenberg (Berlin) hat nach mehrjähriger Anwendung des Formaldehyds keine Mißerfolge bei mehreren hundert Fällen von Angina, Scharlach, Diphtherie, Erysipel und namentlich Zystitis mehr gesehen, seit er größere Dosen (1—2 *dg* pro die) anwendet, und zwar von einer 1%igen Lösung in Verbindung mit Milchzucker, neuerdings in Tablettenform.

Weintraud (Wiesbaden) macht darauf aufmerksam, daß das Formaldehyd eine unlösliche Verbindung mit der Harnsäure eingeht, auch im sauren Harn. Dennoch erzielt man bei harnsaurer Diathese durch Citarin keine Erfolge, weil zu wenig Formaldehyd in den Harn übergeht und das Alkali dabei hauptsächlich nur zur Wirkung gelangt. Immerhin erscheinen weitere Versuche erwünscht.

Stern (Breslau) hat selbst nach großen Dosen Urotropin kein Formaldehyd im Blutserum nachweisen können.

Müller (München) hat sicher beobachtet, daß durch Citarin die spontane Ausscheidung von Harnsäure aufgehalten wird. Aber die Wirksamkeit beschränkt sich auf die Harnsteine, sie erstreckt sich nicht auf die Gicht. Eine innere Desinfektion kommt niemals zustande.

MOHR (Berlin): **Über die Beziehungen zwischen Fett- und Kohlehydratgehalt des Organismus bei der Phosphorvergiftung.**

Vortr. weist auf Grund von Versuchen an Ratten nach, daß außer vermehrtem Eiweiß- und Fettverbrauch auch die Kohlehydrate des Körpers stärker in Anspruch genommen werden: sowohl die Leber als die übrigen Organe der Tiere werden an Glykogen und anderen Kohlehydraten ärmer. Es findet also bei der Phosphorvergiftung ein vermehrter Umsatz von Körpermaterial statt, und die bei der Phosphorvergiftung auftretende Fettinfiltration der Leber bezeugt eine stärkere Beteiligung des Fettes an den Verbrennungen, sie ist also eine regenerative Ercheinung.

Rosenfeld (Breslau): In der ganzen Tierwelt ist das Fehlen des Glykogens in einer Zelle der Grund, weshalb fremdes Material, Eiweiß und Fett, einwandert.

ROSENFELD (Breslau): **Über Fettbildung aus Kohlehydraten.**

Daß sich Fett aus Kohlehydraten bilden kann, ist eine gesicherte Tatsache. Dieses Fett, ein hartes, ölsäurearmes Fett, legt sich im Unterhautbindegewebe und Mesenterium, nicht in der Leber, an. Redner hat sich die Frage gestellt, wo dieses „Kohlehydratfett" gebildet wird. Die Leber ist zwar ein Organ, in dem sich Fette und Kohlehydrate aufhäufen können, aber nicht die Bildungsstätte; denn, wenn in der Hungerleber 10% Fett existierte, so müßte jetzt durch eine starke Zuckerfütterung eine Fettvermehrung hervorgerufen werden: es tritt aber nach Zucker nur eine Verminderung des Fettes auf. Wenn man Fett einem Hungerhunde gibt, so steigt das Leberfett auf 25%; gibt man aber zugleich Zucker zu dem Fett, so tritt keine Fettanhäufung in der Leber ein. So besteht eine polare Gegensätzlichkeit zwischen Glykose und Fett in der Leber. Daraus folgt, daß Fett in der Leber nicht aus Zucker gebildet wird. Auch bilden entleberte Frösche Fett aus Zucker. In den Muskeln tritt nach Zuckerfütterung nur eine Fettverminderung auf. Darum können sie, ebenso wie das Herz, das auch durch Zuckerfütterung nicht fettreicher wird, nicht die Bildungsstätte des Kohlehydratfettes sein. Auch der Fettgehalt der Nieren hungernder (normaler wie vergifteter) Hunde wird durch Zuckerfütterung ermäßigt. Nur beim Pankreas tritt Erhöhung der Fettmenge durch Zuckerfütterung ein. Der Fettgehalt des Pankreas schwankt aber so sehr, daß das nicht beweisend ist — die Enden eines und desselben Hundepankreas können um 9% im Fettgehalt differieren.

Frösche, denen Leber und Pankreas exstirpiert wurden, können noch Kohlehydratfett bilden. Auch die Thyreoidea wird durch Zuckernahrung fettärmer. Alle diese Organe sind also nicht die Verfertiger des im Panniculus abgelagerten Kohlehydratfettes, das, wenn es in irgend einem inneren Organe gebildet wäre, auf dem arteriellen Blutwege im Hautgewebe gelangen müßte. Das Blut wird aber weder bei Hunden, noch bei Gänsen durch Kohlehydratmast fettreicher, sondern ein wenig fettärmer. Da nun kein inneres Organ Fett bildet, das der Haut zugeführt wird, so folgt, daß sich das Kohlehydratfett in dem Unterhautgewebe, und zwar in den Zellen dieses Unterhautgewebes, bildet. Dafür spricht auch, daß bei Gänsen das Venenblut reicher an Fett ist.

Müller (München): Der behauptete Gegensatz zwischen Fett und Kohlehydraten besteht nicht. Es gibt keine Fettzersetzung ohne Kohlehydratzersetzung.

REISS (Heidelberg): **Klinische Eiweißbestimmungen mit dem Refraktometer.**

Aus dem Brechungskoeffizienten des Blutserums kann auf dessen Eiweißgehalt geschlossen werden. Die Lichtbrechung von 1% Eiweiß wurde durch quantitative Untersuchungen bestimmt. Mit den hierbei erhaltenen Werten wurde eine Tabelle aufgestellt, mit Hilfe derer man aus den Skalenteilen, welche das PULFRICHsche Refraktometer angibt, den Eiweißgehalt des Blutserums direkt in Prozenten berechnen kann. Auch für Ex- und Transsudate wurde eine allerdings weniger genaue Werte liefernde Tabelle aufgestellt. Der Schwerpunkt der Anwendung der Methode für klinische Zwecke liegt in der Untersuchung des Blutserums. Da man nur eines Tropfens zur Bestimmung bedarf, ist man durch diese Methode in die Lage versetzt, zu jeder Zeit, bei jedem Kranken und so oft man will, den Eiweißgehalt des Blutserums zu ermitteln. Er schwankt bei normalen Individuen zwischen 7·42% und 9·13%. Die Abnahme des Eiweißgehalts des Blutserums bei Kranken ist keiner Krankheitsform spezifisch. Vielmehr ist sie ein allgemeines Zeichen der Erschöpfung des Organismus und nach dieser Richtung diagnostisch und prognostisch verwertbar. Bei akuten Infektionen sinkt der Eiweißgehalt nie so tief herab wie bei chronischen Kachexien. Nur bei Nephritis zeigt sich ein besonderes Verhalten. Der Eiweißgehalt sinkt mit dem Auftreten von Ödemen zu außergewöhnlich niedrigen Werten, um mit dem Schwinden der Ödeme wieder anzusteigen. Zur Eiweißbestimmung in Ex- und Transsudaten dient, wenn exakte Resultate verlangt werden, die Differenz des Brechungskoeffizienten vor und nach dem Kochen der Flüssigkeit. In dieser Weise konnte auch der Eiweißgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit bei einigen schweren Meningitiden berechnet werden.

ROSIN (Berlin): **Über Fruchtzuckerdiabetes und über die Beziehungen des Fruchtzuckers zum Traubenzucker und anderen Kohlehydraten.**

Vortr. bespricht zunächst die bisherigen Beobachtungen und betont, daß zur Sicherung des Nachweises von Fruchtzucker die Darstellung als Methylosazon sehr erwünscht ist und jedenfalls, daß es nötig ist, durch Differenz der Titration und Polarisation durch nachherige Vergärung und richtige Anwendung der SELIWANOFFschen Reaktion den Fruchtzucker nachzuweisen. Die SELIWANOFFsche Reaktion, die unter Umständen nicht ganz einwandfrei ist, hat ROSIN bei Gelegenheit seiner Untersuchungen verschärft, indem die ursprünglich fertige Methode mit kohlensaurem Natron in Substanz und Ausschütteln mit Amylalkohol zu einer spektroskopischen gemacht worden ist. Vortr. hat dann weiterhin gewisse Entstehungsmodalitäten des Fruchtzuckers beobachtet, die sehr eigentümlich sind. Er fand nämlich, daß bei längerem Kochen mit stärkerer Salzsäure alle Polysaccharide neben Trauben- auch Fruchtzucker bilden, ja, daß aus Traubenzucker selbst auf gleiche Weise Fruchtzucker entsteht und schließlich, daß sogar wässerige Traubenzuckerlösungen bei langem Sieden sich in Fruchtzucker umlagern, also eine direkte Umlagerung von Aldo- in Ketozucker.

Müller (München) warnt gleichfalls vor der S.-Reaktion, die zu Verwechslungen mit Glykosamin führen kann. Er berichtet über einen Fall von alimentärer Lävulosurie ohne Lebererkrankung. Die Lävulosurie ist nicht als einheitliche Erkrankung anzusehen.

Aus französischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Société médicale des hôpitaux.

Gilbert und Lippmann: Typhus unter dem Bilde eines Icterus catarrhalis.

Eine junge Frau, die etwa 1 Jahr in Paris weilte, bot ein Krankheitsbild, in welchem 3 Perioden unterschieden werden konnten: Die erste, ohne Anzeichen von Ikterus, war durch das starke Hervortreten der Störungen des Verdauungstraktes ausgezeichnet. Die Patientin erbrach häufig, hatte Durchfall und Appetitlosigkeit. Die zweite Periode setzte mit heftigem Ikterus ein und brachte starke nervöse Symptome: Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Delirien. Fieber bestand nicht. In der dritten Periode kam es zu Blasenstörungen. Die serodiagnostische Untersuchung während des Ikterus war deutlich positiv. Bis zur Ausführung derselben war der Fall als Icterus catarrhalis geführt worden. Die nervösen Symptome und die lange Dauer der präikterischen Periode hätten vielleicht auf die wahre Ätiologie des Ikterus schließen lassen können. Aber erst die Agglutination, die rasch abnahm und während der zunehmenden Genesung verschwand, gestattete die sichere Diagnose: Typhus. Man kann wohl annehmen, daß ähnliche Fälle von Ikterus zumeist unerkannt bleiben.

Lesieur: Über den direkten Nachweis von Mikroorganismen im Blute durch Blutegel.

Man setzt Blutegel an, läßt sie gut saugen, drückt sodann das im Magen der Tiere enthaltene Blut, welches nicht koaguliert, aus, zentrifugiert dasselbe und untersucht das Gerinnsel. Das normale Blut ist keimfrei. Bei Pneumonie und Typhus findet man in 50—75% der untersuchten Fälle die entsprechenden Mikroorganismen. Bei Lungentuberkulose fehlten die Kochschen Bazillen in 75% der untersuchten Fälle. Es kann daher dieses Verfahren zur Diagnose der Tuberkulose nicht herangezogen werden.

Courmont: Über die Wichtigkeit täglicher Wägungen hydropischer Patienten.

Nach den Untersuchungen, die Courmont im Verein mit Genet anstellte, fördert Digitalis bei Herzkranken, Theobromin bei Nierenkranken die Ausscheidung der Chloride.

Die Gewichtskurve steht nicht mit der ausgeschiedenen Harnmenge, sondern mit den ausgeschiedenen Chloriden in Zusammenhang. Das Körpergewicht sinkt oder steigt, je nachdem die Kochsalzausscheidung größer oder kleiner ist, als die auf dem Wege der Ernährung sich vollziehende Kochsalzeinfuhr. Um zu wissen, ob ein Kranker mit Asystolie von Anasarka bedroht ist, bedarf es nicht der Harnuntersuchung, respektive der quantitativen Bestimmung der Chloride, sondern es genügt die tägliche Bestimmung des Körpergewichtes, welches auch für die Feststellung der Diät entscheidend ist. Bei Herzkranken ist die Verabreichung von Digitalis, bei Nierenkranken die Verabreichung von Theobromin am Platze, sobald die Höhe des Körpergewichtes auf drohende Asystolie oder Urämie hinweist.

Oettinger: Primäre Endocarditis tuberculosa.

Vortr. beobachtete längere Zeit hindurch eine jüngere Frau, welche an einem kombinierten Herzklappenfehler litt, dem sie schließlich erlag. Die Autopsie ergab sowohl an der Valvula tricuspidalis als an der Mitralklappe schwere, durch eine chronische Endokarditis bedingte Veränderungen. Außerdem waren deutliche Zeichen einer rezenten Endokarditis in Form kleiner Auflagerungen zu sehen. Auch an der Aorta bestanden die durch eine frische Endokarditis gesetzten Läsionen. Die histologische Untersuchung ergab einen andern Fällen von chronischer Endokarditis völlig analogen Befund. Aber Tierversuche und die Inoskopie ließen erkennen, daß es sich um eine Endokarditis tuberkulösen Ursprunges handle. Die Abwesenheit tuberkulöser Läsionen von Seite der Eingeweide und der Lunge zeigte, daß die tuberkulöse Infektion zuweilen sich ausschließlich im Endokard lokalisieren könne, ein Prozeß, analog primären tuberkulösen Pleuritiden.

Die nicht so seltene Entwicklung einer Lungentuberkulose bei Individuen, die an chronischer Endokarditis unbekannter Ätiologie leiden, läßt auf einen gemeinschaftlichen Ursprung der beiden Affektionen schließen, diese Endokarditiden sind der Heilung zugänglich.

Barrié: Oettingers Beobachtung unterscheidet sich von den einschlägigen Fällen, wo zugleich Herz und Lunge erkrankt sind, durch die ausschließliche Lokalisation des Prozesses im Endokardium. Gewöhnlich beschränkt sich die tuberkulöse Endokarditis auf das linke Herz. Die chronische Lungentuberkulose wirkt als langsames Gift auf das Herz und führte zuweilen zu einer Sklerose des Endokards.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 16. März 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

R. Neurath bespricht die pathologisch-anatomischen Befunde bei Poliomyelitis ant. acuta. Über die anatomische Natur dieses Prozesses herrschen zwei Ansichten; nach der einen beruht das Wesen des Prozesses in einer primären Veränderung der Ganglienzellen, nach der anderen beginnen die Veränderungen im interstitiellen Gewebe und beeinflussen erst auf diesem Wege die Nervensubstanz. Vortr. hat zwei Fälle von Poliomyelitis ant. acuta anatomisch und klinisch beobachten können, welche einander ergänzen, indem der eine rezente, der andere alte Veränderungen darbot. Im ersten Falle handelte es sich um ein fünfjähriges Kind, welches in drei Attacken unter Fieber, Appetitlosigkeit, Schmerzen in den Extremitäten und Unvermögen, den Kopf aufrecht zu halten, erkrankte. Die beiden ersten Erkrankungen gingen rasch vorüber, bei der dritten konstatierte man eine Lähmung aller Extremitäten, der Nackenmuskulatur, Schmerzhaftigkeit, Artikulationsstörung, Schluckbeschwerden und Parese des Zwerchfells, so daß die Atmung nur thorakal erfolgte. Die Obduktion ergab: Hypertrophie des lymphatischen Gewebes, Hyperämie der Meningen, die graue Substanz des Rückenmarkes von Rundzellen durchsetzt, besonders in der Nähe der Gefäße, stellenweise Blutungen, außerdem fanden sich Ganglienzellen in allen Stadien der Degeneration von leichter Trübung des Protoplasmas bis zur Schrumpfung. Es bestand also eine intensive Myelitis, die sich durch das ganze Rückenmark erstreckte, besonders die graue Substanz und vor allem die Vorderhörner betraf. Nach der Ansicht des Vortr. gehen die Ganglienzellendegeneration und die vaskulär-interstitiellen Veränderungen einander parallel und sind, unabhängig voneinander, die Folgen einer toxischen Noxe, welche noch unbekannt ist. In dem besprochenen Falle ergab die bakteriologische Untersuchung ein negatives Resultat. In einem zweiten Falle, welcher mehrere Jahre nach überstandener Poliomyelitis zur Obduktion kam, fanden sich neben mehreren encephalitischen Herden im Rückenmarke Hyperämie der grauen Substanz, Residuen alter Blutungen, stellenweise Rarefizierung der Glia und Degeneration von Ganglienzellen in den Vorderhörnern, aber auch in den Hinterhörnern. Bis zu einem gewissen Grade kann der Ausfall von Ganglienzellen durch die gesunden kompensiert werden.

Herm. Schlesinger bemerkt, daß meningeale Veränderungen bei der Poliomyelitis häufiger vorkommen als man glaubt, wie er sich in drei genau beobachteten Fällen überzeugen konnte.

E. Redlich bestätigt die Ansicht des Vortr., daß parenchymatöse und interstitielle Veränderungen im Rückenmarke einander koordiniert entstehen können. Aus dem Vorgange bei der Entzündung im Zentralnervensystem ergeben sich fließende Übergänge von geringen Veränderungen bis zu Erweichungen, zu multipler Myelitis und selbst Querschnittsläsionen. Diese Übergänge äußern sich auch im klinischen Bilde. Meningeale Veränderungen finden sich in allen intensiveren Fällen von Poliomyelitis vor.

v. Székely beschreibt und demonstriert seine Methode der Kindermilchgewinnung. Dieselbe beruht darauf, daß pasteurisierter Rahm mit einer nach einem eigenen Verfahren gewonnenen Molke gemischt wird. In einem starkwandigen, mit einem Manometer versehenen und um eine horizontale Achse drehbaren Gefäß wird die auf 60° erwärmte Milch einem Strom von Kohlensäure ausgesetzt, welche durch Drehen des Gefäßes mit der Milch innig gemengt wird. Dadurch wird das Kasein der Milch in Form einer schwammigen Masse herausgefällt und es resultiert eine reine Molke, welche man dann mit auf 70° erwärmtem Rahm und 2% Milchzucker versetzt. Die so gewonnene Milch ist bakterienarm und qualitativ möglichst unverändert, da höhere Hitzegrade bei ihrer Darstellung vermieden werden. Ernährungsversuche mit derselben haben ein gutes Resultat ergeben.

Notizen.

Wien, 18. März 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Hofrat v. Eiselsberg einen Fall von plastischer Operation bei einem Manne vor, der im Verlaufe eines Typhus einen Wangendefekt erlitten hatte. Eine vor 15 Jahren vorgenommene Deckung des Defektes hat die Ausbildung einer hochgradigen Kieferklemme nicht verhindern können. v. Eiselsberg hat nunmehr das Ankylostoma gelöst und den Wangendefekt nach der Methode von Gersuny durch einen gegen die Mundhöhle und einen

nach außen gekehrten Hautlappen verschlossen. — Hierauf demonstrierte Dr. RANZI aus der Klinik v. EISELSBERGS neuerdings die vor einigen Wochen mit Osteomen des Stirnbeins vorgestellte Patientin nach erfolgreicher operativer Beseitigung der Tumoren. — Dr. VOLK besprach die Anwendung des Jodthions, eines ölartigen Jodwasserstoffsäureesters, welches, mit Alkohol, Öl oder einer Salbengrundlage äußerlich appliziert, dem Körper große Mengen von Jod zuführt und namentlich dann indiziert ist, wenn Jod intern nicht vertragen wird. Gleichzeitig demonstrierte Dr. VOLK einen nach dieser Methode erfolgreich behandelten Fall von hereditärer Lues aus der Abteilung des Prof. LANG. — Dr. SILBERMARK zeigte einen Knaben, bei dem sich nach Verbrennung in der Inguinalgegend eine narbige Hautduplikatur gebildet hat, welche den oberen Teil der beiden Oberschenkel schürzenartig verbindet und das Genitale verdeckt. — Sodann erstattete Dr. JERUSALEM eine vorläufige Mitteilung über seine im Vereine mit Dr. FALK an der Klinik CHROBAKS vorgenommenen Versuche über Wehen und Wehenschmerz und ihre Beziehungen zur Nase. Es zeigte sich in insgesamt 80 Fällen, daß die abnorm heftigen Wehenschmerzen Dysmenorrhoischer durch Bepinselung der unteren Nasenmuscheln mit Adrenalin und Kokain in der Eröffnungsperiode herabgesetzt wurden, während die nämliche Prozedur in der Austreibungsperiode, ferner bei Frauen mit Dysmenorrhöe infolge anatomischer Ursachen erfolglos blieb. JERUSALEM und FALK haben auch durch Reizung der unteren Nasenmuscheln Wehen hervorgerufen. — Schließlich hielt Prof. LANG den angekündigten Vortrag über „Dermatosis epithelialis degenerativa circumscripta eczemiforis (Pagets disease)". Vortr. trat für die selbständige Stellung dieses Leidens ein, das sich am häufigsten an der Mammilla und in deren Umgebung, aber auch an anderen Körperstellen entwickelt und zumeist einen karzinomatösen Ausgang nimmt. Im Anfange zeigt die gerötete, des Epithels beraubte, fein drusige Haut der erkrankten Stelle große Ähnlichkeit mit Ekzem. LANG meint, daß es sich um eine parasitäre Erkrankung handle. In der Diskussion erwähnte Hofrat NEUMANN drei von ihm beobachtete, verschieden lokalisierte Fälle, von denen zwei zu Karzinombildung geführt haben, und Dozent MATZENAUER berichtete, daß der seinerzeit von LANG vorgestellte Fall sich bei der mikroskopischen Untersuchung tatsächlich als PAGETsche Krankheit erwiesen habe.

(Allgemeine Ärzteversammlung.) Die Wiener Ärztekammer hat für heute abends eine Versammlung der Ärzte Wiens in den Saal der Gesellschaft der Ärzte einberufen. Dieselbe soll dem Proteste der Wiener Ärzteschaft gegen die Absicht der Regierung Ausdruck geben, durch einen Gesetzentwurf Laien die Berechtigung zu Eingriffen zu erteilen, die bisher dem Arzte vorbehalten waren. Es handelt sich um eine neue Phase in dem schier endlosen Kampfe zwischen Zahnärzten und „Zahntechnikern". Die Regierung hat sich entschlossen, die letzteren auf den Aussterbeetat zu setzen, gleichzeitig aber „Übergangsbestimmungen" zu treffen, nach welchen den Zahntechnikern bis dahin — d. i. beiläufig vier Dezennien — gestattet würde, „lockere Zähne und Zahnwurzeln zu ziehen und (ohne Anwendung scharfer Medikamente) zu plombieren". Mit Recht wendet sich die mit den Zahnärzten solidarische Ärzteschaft gegen dieses neuerliche Attentat auf ärztliche Tätigkeit und ärztlichen Erwerb. Wir werden über den Verlauf der Versammlung, in welcher Dr. J. KRIPS das Referat erstatten wird, berichten.

(Universitätsnachrichten.) Der a. o. Professor an der Universität Leipzig Dr. RUDOLF FICK ist zum ordentlichen Professor der Anatomie an der deutschen Universität Prag ernannt worden. — Der pathologische Anatom Professor Dr. MAX BORST in Köln ist als ordentlicher Professor nach Göttingen berufen, Prof. Dr. CELLI in Rom zum ordentlichen Professor der Hygiene, der außerordentliche Professor in Moskau Dr. KORSAKOW zum Ordinarius für Gynäkologie ebendaselbst ernannt worden. — Die philosophische Fakultät in Kiel hat den Physiologen HENSEN zum Doctor phil. honoris causa promoviert. — FRANÇOIS-FRANCK ist an Stelle MAREYS zum Professor der Physiologie am College de France in Paris, und Dr. CHAMBERLAND zum Direktor des Institut Pasteur erwählt worden. — Im preußischen Abgeordnetenhause ist kürzlich die Schaffung eines Lehrstuhles für soziale Medizin angeregt worden.

(Personalien.) Der seit einem Menschenalter auf ärztlich-sozialem Gebiete hervorragend und ersprießlich wirkende Gründer und Obmann des ärztlichen Vereines der südlichen Bezirke Wiens Dr. JOSEF SCHOLZ vollendete jüngst unter überaus sympathischer Betätigung seiner Kollegen das 70. Lebensjahr. — Der Primararzt in Salzburg Dr. FRANZ MINNICH hat den Orden der Eisernen Krone III. Kl., der Primararzt Dr. FRANK FINK und die praktischen Ärzte Dr. ULLMANN und Dr. STRUNTZ in Karlsbad haben das Marianerkreuz erhalten. — Prof. v. LEYDEN ist von der Leopoldo-Carolinischen Akademie deutscher Naturforscher in Halle durch Verleihung der goldenen Cothenius-Medaille für seine Verdienste auf klinisch-wissenschaftlichem Gebiete ausgezeichnet worden. — Der Senior der heute lebenden Laryngologen Prof. Dr. ADALBERT TOBOLD in Berlin hat am 13. März d. J. sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert.

(Stipendien.) Die kaiserliche Akademie für Wissenschaften hat folgende Subventionen für wissenschaftliche Arbeiten auf medizinischem Gebiete bewilligt: 1. Prof. Dr. E. FINGER in Wien für seine Untersuchungen, betreffend die Übertragbarkeit der Syphilis auf Affen, eine Subvention von 2000 K; 2. Dr. R. KRAUS in Wien für seine Untersuchungen über die Immunität gegen Syphilis eine Subvention von 2000 K; 3. Prof. Dr. A. SCHATTENFROH und Doz. Dr. GRASSBERGER in Wien für ihre Untersuchungen über Rauschbrand eine weitere Subvention von 1700 K.

(Die Bezüge der Gemeindeärzte.) Das Finanzministerium hat genehmigt, daß den Gemeindeärzten in der Bukowina ihre Bezüge in analoger Weise, wie jene der nicht am Sitze eines k. k. Steueramtes angestellten Lehrpersonen bzw. Seelsorgegeistlichen mittelst Postanweisungen zugesendet werden. Eine gleiche Verfügung erging in bezug auf die Ausfolgung der Bezüge jener Distriktsärzte in Mähren, welche nicht am Sitze eines k. k. Steueramtes angestellt sind.

(Aus dem Lager der Antivivisektionisten.) Die Medizinstudierenden Münchens haben, wie uns berichtet wird, vor kurzem ein Schreiben von dem Weltbund gegen Vivisektion erhalten, das sie unter Zusicherung der Geheimhaltung ihres Namens auffordert, dem genannten Verein ihre Eindrücke über die wissenschaftlichen Tierexperimente der Dozenten mitzuteilen. Es war vorauszusehen, daß die Studentenschaft diesem Ansinnen die gebührende Würdigung werde zuteil werden lassen, indem sie dasselbe zunächst überhaupt nicht beantwortete, wohl aber ihren Professoren davon Kenntnis gab. Die Klinikerschaft sprach sich nun dahin aus, daß die Beantwortung jenes Schreibens eine anonyme und hinterrücks erfolgende Kritisierung des Lehrers durch den Studierenden bedeuten würde, die mit dem studentischen Ehrbegriffe unvereinbar sei.

(Der Berufszwang des Arztes.) In der letzten Sitzung der Ärztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien machte der Präsident die Mitteilung, daß er dem nächsten Kammertage einen Antrag vorlegen werde, demzufolge die Regierung zu ersuchen sei, daß die bestehenden, allzuleicht mißbrauchbaren Bestimmungen des Berufszwanges abgeändert werden. Nach den bestehenden Vorschriften können z. B. die Kassen, wenn der Kassenarzt verhindert sei, bei einem Kassenpatienten zu intervenieren und sich durch einen anderen Arzt vertreten lasse, die Honorierung des letzteren verweigern. Auch sonst werden gegen die Ärzte bei jeder Gelegenheit die Bestimmungen des Berufszwanges hervorgekehrt und die Ärzte moralisch und materiell geschädigt.

(XV. österr. Ärztevereinstag.) Das Präsidium des Geschäftsausschusses des österr. Ärztevereinsverbandes ladet die Ärzte Wiens ein, an dem am 25. März d. J. um 9 Uhr vormittags im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte stattfindenden XV. Ärztevereinstage als Gäste teilzunehmen. Auf der Tagesordnung steht u. a. ein Referat über die Reform des Krankenkassengesetzes und eines über die Haftpflicht der Ärzte.

(Rationelle Organotherapie.) Im Verlage von Urban & Schwarzenberg ist soeben ein Werk im Erscheinen begriffen, das verdient, Gegenstand aufmerksamsten Studiums zu werden. Es ist die „Rationelle Organotherapie mit Berücksichtigung der Urosemiologie" von Prof. Dr. A. v. POEHL, Prof. Dr. Fürst J. v. TARCHANOFF und Dr. P. WACHS. Das ins Deutsche übersetzte Werk wird von dem „Journal für med. Chemie und Organotherapie" zu St. Petersburg herausgegeben. Bedenkt man, daß schon seine erste 242 Seiten

starke Hälfte auf nicht weniger als 569 Literaturangaben basiert, so wird man sich eine Vorstellung davon bilden können, mit welch ungeheurem Fleiße dieses den Gegenstand völlig erschöpfende Werk verfaßt wurde, das in 6 Kapiteln die Aufgaben der rationellen Organotherapie, die Beurteilung des Wertes der angewandten Mittel, das Spermin, das Vorkommen des Spermins im Organismus und dessen Wirkung auf den Stoffwechsel, Tierversuche über die Erhöhung der Immunität durch Spermin sowie klinische Beobachtungen über die therapeutische Wirkung desselben enthält. Wir empfehlen das durchaus originelle Werk der Aufmerksamkeit unserer Leser.

(Statistik.) Vom 5. bis inklusive 11. März 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8382 Personen behandelt. Hiervon wurden 1776 entlassen, 201 sind gestorben (10·2% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 86, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern 1, Varizellen 98, Scharlach 58, Masern 258, Keuchhusten 32, Rotlauf 32, Wochenbettfieber 2, Röteln 41, Mumps 24, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 690 Personen gestorben (— 99 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. KARL AUGUST FLIEGELMANN im jugendlichen Alter von 32 Jahren und der Oberstabsarzt Dr. LUDWIG KAMEN vom Militär-Sanitätskomitee, ein hervorragender Bakteriologe, im 45. Lebensjahre; in Budapest der Professor der Augenheilkunde Dr. WILHELM SCHULEK; in Breslau der Geheime San.-Rat Dr. RÜGNER; in Venedig Dr. ALFRED KURZ, ein Sohn des Dichters HERMANN KURZ.

Aus Krondorf berichtet man uns, daß die Füllung und Versendung des Krondorfer Sauerbrunn wieder in vollem Umfange aufgenommen wurde. Infolge des permanenten Aufschwunges, den der Konsum des Krondorfer — der ja bekanntlich einen ersten Rang unter den natürlichen alkalischen Sauerbrunnen einnimmt — genommen hat, war es nötig, die Einrichtungen zur Flaschenreinigung, Füllung etc. bedeutend zu vergrößern und den Tag- und Nachtbetrieb einzuführen, so daß die Brunnenunternehmung Krondorf nunmehr in der Lage ist, alle einlaufenden Bestellungen prompter als bisher zu effektuieren.

Es wird uns ferner berichtet, daß der Ortschaft Krondorf vom hohen Landesausschuß die Bewilligung zur Bildung einer selbständigen Gemeinde erteilt wurde.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Haberlin, Krankenkassenwesen. Zürich 1904, E. Speidel. — M. 1·—.
J. Hofbauer, Biologie der menschlichen Plazenta. Wien und Leipzig 1905, W. Braumüller. — K 6·—.
Georg Merzbach, Das Zeugungsvermögen. Halle a. d. S. 1905, C. Marhold. — M. —·30.
Goldstucker, Die tierischen Lebewesen im menschlichen Darm. Halle a. d. S. 1905, C. Marhold. — M. —·30.
Hugo Weber, Die ansteckenden Krankheiten. Halle a. d. S. 1905, C. Marhold. — M. —·30.
Albert Moll, Hypnotismus. Ibidem. — M. —·30.
Kaliski, Erste Hilfeleistung. Ibidem. — M. —·30.
L. Kamen, Die Infektionskrankheiten. Wien 1905, J. Šafář. — K 1·80.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 20. März 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dozent Dr. KARL ULLMANN: Über hartnäckige Gonorrhöe und deren Ursachen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 23. März 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik SCHRÖTTER.

I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. JUL. FLESCH, Dr. H. v. SCHRÖTTER: Tracheoskopische Bilder). — II. Dr. KAPSAMMER: Wandlungen in der funktionellen Nierendiagnostik.

Kurze Demonstrationen können nur in beschränkter Zahl zugelassen werden.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Agurin“** und **„Theocin-Natrium aceticum“**, **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Oxaphor“** und der Verlagsbuchhandlung **Urban & Schwarzenberg** in **Wien** und **Berlin** über **Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden**, herausgegeben von **Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Eulenburg, Prof. Dr. W. Kolle** und **Prof. Dr. W. Weintraud.** Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 26. März 1905. Nr. 13.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Diagnostik und Therapie der wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen.

Von **Primararzt Dr. G. Lotheissen**, Privatdozent und Vorstand der chirurgischen Abteilung des Kaiser Franz Josef-Spitales, Wien.*)

M. H.! Die Erkrankungen der Speiseröhre wurden erst seit etwa 25 Jahren eingehender studiert; die wesentlichsten Erfolge in der Diagnostik und Therapie sind noch jüngeren Datums. Sind sie also auch nicht ganz so modern wie die Blinddarmentzündung, so dürfen sie doch unser Interesse beanspruchen. Manches ist schon geleistet worden auf diesem Gebiete, aber noch viel wäre zu tun.

Nicht alle Erkrankungen besitzen jedoch die gleiche Wichtigkeit; viele haben mehr pathologisch-anatomisches als praktisches Interesse, da sie so selten sind, daß man sie selbst bei großer Erfahrung vielleicht nur einmal zu Gesicht bekommt. Diese kann man daher getrost übergehen. Hierher gehören vor allem die Mißbildungen, einzelne akut-entzündliche Prozesse und seltenere Tumoren.

Verletzungen, die von außen her den Ösophagus treffen, verursachen in der Regel so schwere Beschädigungen anderer Organe, daß hierbei der Ösophagus in den Hintergrund tritt. Wichtig sind dagegen die Verletzungen, die von innen her durch Fremdkörper hervorgerufen werden. Fremdkörper gelangen ja sehr oft in die Speiseröhre, man braucht bloß an mitgeschluckte Fruchtkerne zu denken. Kinder, die ja fast alles in den Mund stecken, verschlucken auch gelegentlich die verschiedensten Dinge (Knöpfe, Perlen, Münzen, Nadeln u. dgl.). Aber auch Erwachsene machen es nicht besser; Näherinnen klemmen Stecknadeln zwischen die Lippen, Tapezierer ihre Nägel. Gewöhnlich gelangen aber all diese Fremdkörper in den Magen und werden dann per vias naturales ausgeschieden. Im Ösophagus bleiben meist nur jene Gegenstände stecken, die zu groß sind, um anstandslos in den Magen zu gleiten, oder durch ihre Gestalt, da sie Kanten, Ecken, Zacken besitzen, sich in der Mukosa verfangen, wie einerseits Münzen bei Kindern, Gebisse bei Erwachsenen, andrerseits vor allem Knochenstücke.

Auf diese Weise können leicht auch Verwundungen der Speiseröhre entstehen. Sehr oft geben die Kranken an, daß der Fremdkörper an einer bestimmten Stelle, die sie näher bezeichnen, stecke; sie könnten gar nicht schlucken oder hätten dabei Schmerzen. Beim Sondieren tastet man nichts und die direkte Besichtigung zeigt ebenfalls, daß kein Fremdkörper da ist. Nun könnte man einwenden, er wäre mit der Sonde hinabgestoßen worden. Aber auch wenn man auf die Sondierung verzichtet und sofort zum Ösophagoskop greift, sieht man oft keinen Fremdkörper, sondern nur eine meist leicht blutende Fissur in der Mukosa. Jede Berührung dieses kleinen Schleimhautrisses ist sehr schmerzhaft und ruft das Fremdkörpergefühl hervor. Es besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit der Fissura ani. Beim Passieren der Speisen kann der Schmerz so stark werden, daß die Speiseröhrenmuskulatur sich krampfhaft zusammenzieht und so das Schlucken sehr erschwert, ja oft ganz unmöglich wird.

In solchen Fällen lassen die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden im Stich. Die Sondierung ergibt kein Hindernis, Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ergibt keinen Fremdkörperschatten, hier kann allein nur die direkte Besich-

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinisches Doktorenkollegiums am 23. Januar 1905.

tigung im Ösophagoskop Aufschluß geben; bei dieser kann aber zugleich auch therapeutisch eingewirkt werden.

Zur Einführung des Rohres braucht man, außer bei Kindern, wohl selten die Narkose; es genügt dazu die lokale Anästhesierung des Rachens mit 20%iger Kokainlösung oder, wie ich es seit $1^1/_2$ Jahren ausschließlich übe, mit $^1/_2$%iger Anästhesin-Adrenalinlösung.[1]) Außer bei starken Verkrümmungen der Wirbelsäule und bei sehr aufgeregten, widerspenstigen Patienten gelingt dann die Einführung des Tubus anstandslos.

Manchmal gleitet der Tubus über die Stelle der Verletzung hinweg und man sieht dann erst beim Zurückziehen des Rohres den Einriß in der Wand des Ösophagus. Man kann nun einen gestielten Tupfer mit der Anästhesinlösung tränken und gegen die blutende Stelle drücken, so wird sofort die Blutung stehen und Analgesie auftreten.

Diese allein genügt oft, um das normale Schlucken wieder zu ermöglichen, das Fremdkörpergefühl ist verschwunden. Man kann aber auch eine leichte Verschorfung der Fissur mit einer Lapislösung ausführen. Zweckmäßig ist es, in den nächsten Tagen mehrmals am Tage 10 Tropfen einer $^1/_2$%igen Lösung von Anaesthesinum hydrochloricum zu geben oder einer Lösung von Extract. nuc. vomic. 0·1 auf 10 Aq. laurocerasi. So wird die Anästhesierung der Fissur bis zur völligen Überhäutung erhalten.

Bleiben die Fremdkörper in der Speiseröhre stecken, so geschieht dies vorwiegend an gewissen Stellen, die für die Pathologie des Ösophagus von großer Bedeutung sind, an den „physiologischen Engen", wie sie v. HACKER genannt hat. Die erste liegt hinter dem Ringknorpel, wo die Speiseröhre beginnt, die nächste in der Höhe der Bifurkation der Trachea oder etwas oberhalb, an der oberen Thoraxapertur, eine dritte am Hiatus oesophageus. In der Regel bleiben Fremdkörper an der oberen Thoraxapertur stecken, kleinere können auch tiefer hinabgelangen; manchmal werden sie wohl durch die Sonde hinabgestoßen, ich habe aber selbst eine große Münze dicht oberhalb des Hiatus stecken sehen, auch ohne daß vorher Sondierungsversuche gemacht worden waren. Natürlich können Fremdkörper auch in narbigen oder karzinomatösen Strikturen stecken bleiben.

In seltenen Fällen rufen die Fremdkörper nur geringe Erscheinungen hervor, so daß erst nach längerer Zeit, vereinzelt sogar erst nach Jahren[2]), ein Arzt konsultiert wird. Sehen wir von den Fremdkörpern ab, die im Schlund stecken bleiben und eventuell den Zugang zum Kehlkopf verlegen, so finden wir vorwiegend Schluckstörungen. Die Nahrung geht nur schwer hinab oder kehrt zurück; zugleich besteht ein dumpfer Schmerz, wie wir ihn kennen, wenn ein etwas zu großer Bissen hinabgleitet oder ein mehr stechender, wenn eine Verletzung der Schleimhaut stattgefunden hat; eventuell findet man dann Blut im Erbrochenen.

Den Fremdkörper von außen zu tasten, ist nur dann möglich, wenn er ganz oben in der Speiseröhre sitzt und ziemlich groß ist. Untersucht man mit der Sonde, so soll man dabei sehr vorsichtig sein, man könnte sonst eventuell den Fremdkörper tiefer in die Mukosa hineindrücken oder so fest einkeilen, daß er sich später, wenn man ihn sehen kann, sehr schwer wieder lösen läßt. Man hat für Fremdkörper eigene Sonden konstruiert, Fischbeinstäbe mit Metalloliven und ähnliches. v. HACKER hat einen Silberansatz an eine gewöhnliche Schlundbougie anfügen lassen. Kommt man damit an einen beinernen oder metallenen Gegenstand, so spürt man selbst bei leiser Berührung einen deutlichen Anschlag, den andere Sonden nicht geben. Sehr vorteilhaft ist auch die Untersuchung mit Röntgenstrahlen. Man sieht deutlich den Schatten des Gegenstandes und seine Höhe und kann darnach bestimmen, ob er noch im Ösophagus oder schon im Magen liegt. Ist letzteres der Fall, so kann man sich eventuell die weitere Untersuchung sparen und verordnet eine Kartoffelkur.

Da die Fremdkörper, wenn sie länger im Ösophagus bleiben, zu schweren Schädigungen führen können, muß man trachten, sie so schnell als möglich zu entfernen. Es kann nämlich zu Dekubitus, Perforation in ein Gefäß, ins Mediastinum, zu jauchenden Abszessen (Mediastinitis) usw. kommen.

Bei hoch- (im Pharynx) sitzenden Fremdkörpern kann man eventuell mit einer Schlundzange auskommen, für tiefer sitzende hat man früher verschiedene Instrumente angewandt, die aber alle deshalb gefährlich sind, weil man im Dunkeln arbeitet und man daher, wenn es überhaupt gelingt, den Fremdkörper zu extrahieren, schwere Verletzungen der Speiseröhre hervorrufen kann. Hierher gehören der GRAEFEsche Münzenfänger und der WEISSsche Grätenfänger.

Am leichtesten und schonendsten geschieht die Entfernung der Fremdkörper mit Hilfe des Ösophagoskops. Das wird von allen zugegeben, die Extraktionen im Ösophagoskop gesehen haben. v. HACKER berichtet, daß er keine Ösophagotomie wegen Fremdkörper mehr gemacht hat, seit er sich mit der Ösophagoskopie eingehender beschäftigt (1887 bis heute) und meint, das könne wohl kein Zufall sein. Meine Erfahrung auf diesem Gebiete ist ja gewiß weit geringer, aber auch ich habe noch nie wegen eines Fremdkörpers die Ösophagotomie ausführen müssen.

Die Ösophagotomie bringt uns übrigens außer bei Fremdkörpern im Halsteil dem Gegenstande nur näher, man sieht ihn in der Regel nicht; die Extraktion muß daher ebenso wie vom Munde aus im Dunkeln geschehen. Die letzte Statistik umfaßt 53 Ösophagotomien wegen Fremdkörper (KALOYEROPULOS), von diesen starben 17%, nämlich 9 Patienten, meist solche, die Knochen oder Gebisse geschluckt hatten. Wir sehen also, daß die Ösophagotomie keineswegs ungefährlich ist, daß sie also erst dann geübt werden soll, wenn die Extraktion im Ösophagoskop mißlungen wäre. Wäre letzteres der Fall, dann müßte freilich so bald als möglich die Entfernung auf operativem Wege erzielt werden.

Noch weniger ratsam ist wegen eines Fremdkörpers die Oesophagotomia thoracica, d. h. die Eröffnung der Speiseröhre durch das Mediastinum posterius. FORGUE tat es bei einem Kinde wegen einer Münze, mußte aber wegen bedrohlicher Erscheinungen die Operation abbrechen, noch ehe er den Ösophagus eröffnet hatte. Bald darauf gelang die Extraktion mit dem Münzenfänger, die schwere Operation war also ganz überflüssig. Auch andere haben sie versucht (v. MIKULICZ [ROSENBAUM], HENLE, ENDERLEN), doch folgte darnach meist der Exitus letalis. Eher wird manchmal die Gastrotomie nötig werden, doch ist es meist auch vom Magen her schwer, die Fremdkörper zu erreichen.

Sehr häufig sind auch Verätzungen der Speiseröhre, resp. deren Folgen die Strikturen. Verengerungen, die angeboren oder anderen Ursprunges sind, z. B. nach Scharlach und anderen Infektionskrankheiten entstehen, sind ungeheuer selten. In Wien ist es meist die Laugenessenz, welche zu diesen Verätzungen führt. Das ist eine mit der Art des Waschens (Fußboden und Wäsche) zusammenhängende Wiener Lokaleigenheit, auf die schon v. HACKER und neuerdings L. TELEKY hingewiesen haben. Ich habe in Tirol in $6^1/_2$ Jahren nur drei derartige Strikturen gesehen, die alle aus Meran stammten; eine Zahl, die ich hier nicht selten in einem Monat beobachten kann.

Die Strikturen entstehen vorwiegend an den „physiologischen Engen", freilich kann auch der Ösophagus in ganzer Länge in eine Narbe umgewandelt sein, was für die Prognose dann sehr ungünstig ist. Gewöhnlich macht schon die Verätzung bedeutende Schlingbeschwerden, oft vergehen diese wieder und nach einiger Zeit wird erst das Schlucken wieder

[1]) Vgl. „Wiener klin. Rundschau", 1904, Nr. 44.

[2]) WEISS und GUILLOZ: Ein Kind, jetzt 7 Jahre alt, hat vor 4 Jahren ein Sousstück geschluckt; die Münze wurde mit einer Sonde leicht in den Magen gestoßen und ging dann per anum ab. EVANS: Ein Gebiß ist nach mehr als zwei Jahren durch Erbrechen spontan herausgekommen.

schwieriger; je mehr sich die Narbe zusammenzieht, um so stärker werden die Beschwerden.

Die Untersuchung solcher Narbenstrikturen muß mit besonderer Vorsicht geschehen. Die Ösophagoskopie kann hier nur über die Beschaffenheit des Einganges in die Verengerung Auskunft geben, wir können feststellen, ob völlige Vernarbung besteht oder ob wir granulierendes, leicht blutendes Gewebe im Lumen der Striktur vor uns haben; ob endlich das Lumen median liegt oder seitlich verzogen. Ich habe bei Strikturen selten durch die Ösophagoskopie viel mehr erfahren als ich schon durch genaue Beobachtung und Sondierung wußte. Manchmal aber können Strikturkranke, denen es schon ganz leidlich ging, plötzlich nichts schlucken, da findet man (insbesondere bei Kindern) oft einen Fremdkörper (Knopf, Glasperle u. dgl.) in der Striktur stecken und kann sofort die Extraktion, die hier freilich etwas schwieriger ist, anschließen. Für die Ösophagoskopie gelten übrigens dieselben Vorsichtsmaßregeln wie für die Sondierung.

Wenn die Sondierung zu früh oder unvorsichtig ausgeführt wird, kann leicht eine Perforation der morschen Speiseröhrenwand eintreten, die zu einer meist tödlichen Mediastinitis führt. Im Anfang nach der Verätzung soll die Sondierung daher ganz unterbleiben. Mir wurden Fälle eingeliefert, wo dadurch Perforation und tödliche Halsphlegmone entstanden waren. Je nach dem Grade der Verätzung, den man freilich nur approximativ bestimmen kann aus den Verletzungen im Mund, aus der Schwierigkeit zu schlucken und dem Allgemeinbefinden, soll man 6—8 Wochen oder auch länger warten. Gelingt es bei der Sondierung nicht einmal mit einer dünnen Darmsaite (von 2 *mm* Durchmesser), die Striktur zu passieren, so sind die Leute auch meist nicht mehr imstande, sich genügend zu ernähren, man muß sogleich die Gastrostomie ausführen. Aber auch wenn diese Darmsaite passiert, ist damit noch nicht gesagt, daß man die Gastrostomie wird ersparen können. Nach der Sondierung tritt oft eine Schwellung ein, die zu völligem Verschluß führt, die Striktur, durch die man gestern noch durchkam, ist dadurch heute unpassierbar geworden. Oder es treten Schmerzen im Rücken auf (von der Dilatation der Narbe ausgehend); halten diese an, tritt vielleicht sogar Fieber auf, so ist sogleich die Gastrostomie auszuführen. Man pausiert in all diesen Fällen am besten einige Wochen und nährt bloß durch die Magenfistel. So hört der Reiz der Ingesta auf die Geschwürsflächen auf, die Schwellung vergeht und oft werden vorher unpassierbare Strikturen nun für Darmsaiten oder gar für dünne Bougies durchgängig.

Gelingt die Passage, so ist es für die Therapie am besten, gleich das Ende der Darmsaite bei der Magenfistel herauszuziehen, einen Seidenfaden anzuknüpfen und nun die Darmsaite durch den Mund wieder zu entfernen. Jetzt liegt der Seidenfaden als Leitfaden und wenn man daran ein dünnes Drain befestigt, kann man dieses ausgezogen (dadurch wird es ja sehr dünn) durch die Striktur bringen. Läßt der Zug nach, so wird es dank seiner Elastizität in der Striktur wieder weiter und dehnt diese aus, so daß man dann eine größere Nummer durchziehen kann. v. Hacker, der dieses Verfahren angegeben hat, nannte es die „Sondierung ohne Ende". Hat man genug Geld zur Verfügung, so kann man den „konischen Schlauch" v. Eiselsbergs verwenden, bei dem keinerlei Knoten bestehen, wobei die Dilatation also weniger schmerzhaft für den Kranken ist. Man kommt daher auch viel rascher vom Fleck. Leider zerreißt dieser Kautschukfaden bald, wenn man ihn viel gebraucht; ich mußte daher zu den Drains zurückkehren.

Die Sondierung ohne Ende wird sehr oft als „retrograde Bougierung" bezeichnet, obwohl sie es gar nicht ist. Der Faden, an dem das dilatierende Drain (oder der Gummifaden) angeknüpft wird, geht retrograd, aber zuerst muß man vom Mund aus in den Magen gelangt sein. Man führt ja nicht die Darmsaite vom Magen aus durch die Striktur, so daß sie beim Mund herauskommt, das wäre retrograd. Während die gewöhnliche Bougierung unilateral ist, ich möchte sagen oral, könnte man hier eher von bilateraler Sondierung sprechen, die echte retrograde Sondierung vom Magen aus wäre etwa als stomachal zu bezeichnen.

Bei leichteren Fällen kommt man mit der Sondenbehandlung aus. Die einzelnen Nummern bleiben $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde liegen, dann folgt die höhere Nummer; so kommt man im Laufe einiger Wochen zum Ziel. Man muß diese Dilatation aber sehr lange fortsetzen (noch durch Monate, oft Jahre), da sehr rasch wieder eine Verengerung eintritt. Leider verlieren die Patienten oft die Geduld und so sieht man Leute, die schon völlig erholt waren, oft nach Monaten und Jahren in elendem Zustande wieder und das Spiel beginnt von neuem.

L. Teleky hat 1902 empfohlen, das Thiosinamin, das nach H. v. Hebras Angabe Narben in der Haut erweichen kann, auch bei den Narbenstrikturen des Ösophagus zu verwerten. Er selbst konnte über eine Reihe guter Erfolge berichten. Ich habe es wiederholt versucht, doch blieb mir leider niemals die Gastrostomie erspart. Es mag sein, daß meine Fälle zu schwerer Art waren, es handelte sich zum Teil um Strikturen, die 15 und mehr Zentimeter lang waren; bei den leichteren kam ich aber leicht und rasch auch ohne Thiosinamin zum Ziele.

Die operative Spaltung von Narbenstrikturen kann nur bei kurzen, membranartigen (klappenähnlichen) Verengerungen Erfolg versprechen. Am besten ist die Spaltung im Ösophagoskop mit einem galvanokaustischen Brenner, eventuell in mehreren Sitzungen; mit diesem Verfahren hatte v. Hacker vollen Erfolg bei einer tiefsitzenden Striktur nach Scharlachdiphtherie. Die Oesophagotomia interna ist sonst ein Tappen im Dunkeln, wobei es leicht zu Perforation und Mediastinitis kommen kann. Dasselbe gilt von dem Durchsägen der Striktur mit einem Seidenfaden (Verfahren Abbés), wie ein Fall beweist, den Willi Meyer in New-York jüngst veröffentlicht hat. Bei einem Knaben ist jetzt seit 7 Jahren der Ösophagus undurchgängig infolge dieses Verfahrens und selbst wiederholte schwere Operationen konnten keine Hilfe bringen.

Die Resektion von Narbenstrikturen kann man nur ausführen, wenn die Narbe im Halsteil sitzt und von geringer Ausdehnung ist. Leider ist beides selten der Fall.

Über Strikturen finden sich bisweilen infolge von Stauung der Nahrungsmittel Erweiterungen, die aber wenig Bedeutung besitzen, da sie selten größere Ausdehnung erlangen. Dagegen gibt es Dilatationen, die so groß werden, daß der Inhalt der Speiseröhre, der normalerweise höchstens 150 cm^3 beträgt, auf 1 *l* und mehr anwächst. Es ist ein relativ seltenes Leiden, man kennt erst etwas über 90 Fälle in der Literatur, die zumeist erst an der Leiche beobachtet wurden. In den letzten Jahren wurde aber öfters auch am Lebenden die Diagnose gestellt. Bei den meisten dieser gleichmäßigen Ektasien, die man früher „idiopathisch" nannte, besteht ein krampfhafter Verschluß der Kardia (Kardiospasmus nach v. Mikulicz), bei anderen findet sich Atonie der Ösophagusmuskulatur. Beide Male aber sind Innervationsstörungen, also oft Läsionen der Vagi die Grundursache.

Wie der Umstand beweist, daß viele Fälle erst bei der Obduktion gefunden wurden, sind oft die Beschwerden nicht sehr charakteristisch; meistens aber bestehen schwere Schlingbeschwerden, wiederholtes Erbrechen. Die Speisen kehren sofort oder erst nach einiger Zeit wieder zurück. Liegen die Speisen länger im Ösophagus, so zersetzen sie sich, daher kommt es zu Foetor ex ore. Dabei sind sie aber nicht verdaut, so daß ihre chemische Untersuchung wichtig ist. Bei der Sondierung sehen wir, daß die Sonde sich leicht nach den Seiten bewegen läßt, sie pendelt gewissermaßen hin und her. Sehr oft gelingt es nicht, in den Magen zu kommen, da die Kardia verschlossen ist.

Läßt man solche Patienten einen Kartoffelbrei mit Wismut essen, so kann man bei Durchleuchtung mit Röntgen-

strahlen ein Bild der Dilatation erhalten, über die Ätiologie erhält man aber keinen Aufschluß. Erst auf dem letzten Chirurgenkongreß in Berlin hat ETTLINGER über einen Fall berichtet, der als Karzinom angesehen und erst als etliche Jahre seit der Gastrostomie vergangen waren erkannt wurde. Hier wird nur die Ösophagoskopie Klarheit bringen; sie kann feststellen, ob ein Karzinom, eine Narbenstriktur vorliegt, ob ein Divertikel oder eine Ektasie besteht.[*] Bei der Ektasie bilden die Speiseröhrenwände kulissenartige dicke Falten, die sich aber leicht wegdrücken lassen. In der Tiefe sieht man dann die krampfhaft geschlossene, aber normale Kardia, aus der hie und da eine Luftblase dringt.

Durch regelmäßige Spülungen kann man den Zustand der chronischen Ösophagitis, die quälende Schleimproduktion bessern, doch nicht heilen. Elektrisieren des untersten Ösophagusabschnittes wirkt manchmal gut. Kommt man mit Bougies durch die Kardia, so empfehlen sich systematische Bougierungen. In manchen Fällen wird nur die Gastrostomie übrig bleiben, um die Kranken ernähren zu können. Wie bei allen Strikturen wird dann nach einiger Zeit der Ruhe der Zustand im Ösophagus besser und man kann eventuell durch die Kardia durch. Ich habe daher vor 5 Jahren empfohlen, die Gastrostomie zu machen und dann Sondierung ohne Ende einzuleiten.

In der Tat wurde dadurch auch Heilung erzielt (E. MARTIN, CAHEN), wo alle anderen Verfahren im Stich gelassen hatten.

v. MIKULICZ geht noch weiter, indem er seit zwei Jahren sechsmal die forcierte Dehnung der Kardia gemacht hat. Der Magen wird eröffnet und mit einer Kornzange, deren Enden mit Gummidrains überzogen sind, die Kardia gedehnt. Man kann sich an der Leiche überzeugen, daß es nicht immer leicht ist, in die gesunde Kardia zu kommen, wie viel schwerer wird es also bei Krampf der Kardia sein! Außerdem arbeitet man aber hier doch ziemlich im Dunkeln, einmal kam es auch zu Einrissen. Das Verfahren sollte meiner Ansicht nach also nur für ganz verzweifelte Fälle reserviert bleiben.

Unter den Divertikeln der Speiseröhre sind nur jene, die im Anfang, an der Grenze zwischen Pharynx und Ösophagus liegen, die Grenzdivertikel von größerer Bedeutung, die übrigen Formen sind äußerst selten. Man findet die Grenzdivertikel vorwiegend bei Männern, meist werden sie erst nach dem 40. Lebensjahre beobachtet, sie pflegen nämlich erst dann Erscheinungen zu machen, wenn sie schon eine gewisse Größe erreicht haben.

Die Kranken klagen dann, daß die Speisen öfter stecken bleiben, daß hie und da etwas regurgitiert und eines Tages endlich ist das Divertikel so groß, daß es, nachdem es gefüllt ist, die Speiseröhre komprimiert. Nun treten alle Erscheinungen schwerster Ösophagusstenose auf. Besonders auffallend ist jedoch, daß die Speisen erst nach einer gewissen Zeit, erst wenn das Divertikel voll ist, wieder herausgewürgt werden, daß also entgegen einem Karzinom oder einer Laugenstriktur größere Mengen erbrochen werden. Die Speisen sind wie bei der Ektasie unverdaut, nur verfault, daher starker Foetor ex ore; doch lernen manche Kranke ihr Divertikel geradezu auszuwaschen. Manchmal sieht man bei vollem Divertikel eine kropfartige Anschwellung am Hals, die bei Entleerung wieder verschwindet.

Bei der Sondierung findet man in einer Entfernung von 20 *cm* und mehr (von der Zahnreihe gerechnet), je nach der Tiefe des Sackes, einen unüberwindlichen Widerstand. Dabei ist die Sonde nach den Seiten frei beweglich, nicht wie in einer Striktur eingeklemmt. Zieht man sie etwas zurück, so gelingt es manchmal (zumal wenn die Sonde wie ein MERCIERscher Katheter seitlich abgebogen ist), wenn man neuerlich vorschiebt, doch in den Magen zu kommen. Das ist nur bei Divertikeln möglich.

Auch beim Divertikel läßt sich der Sack durch Wismut-Kartoffelbrei füllen und auf diese Weise ein Röntgenbild gewinnen. Dieses Verfahren ist besonders wertvoll zur Differentialdiagnose von tiefsitzenden Divertikeln und der gleichmäßigen Ektasie der Speiseröhre. Am deutlichsten wird das, wenn es gelingt, außerdem noch eine Metallsonde bis in den Magen zu bringen.

Gewißheit bringt auch beim Divertikel die Ösophagoskopie. Man sieht hier den faltenreichen Schleimhautsack, davor liegt die Schwelle, ein deutlicher Wulst, vor dem dann das oft ziemlich enge Lumen der Speiseröhre zu sehen ist. Man hat übrigens bisher erst 17 Divertikel ösophagoskopisch untersucht, viermal ohne Erfolg.

Oft ist es bei der Besichtigung auch möglich, den Ösophagus zu bougieren, wenn es vorher nicht gelang. So kann eventuell eine systematische Sondierung eingeleitet werden; doch ist auf diese Weise wirkliche Heilung eines Divertikels bisher erst in einem Falle (BERKHAN) erzielt worden.

Die schönsten Erfolge hat die chirurgische Behandlung bei den Grenzdivertikeln aufzuweisen. Die Totalexstirpation des Divertikels ist hier das beste Mittel zur dauernden Heilung des Leidens. Man hat sie bereits 33mal ausgeführt, die Mortalität beträgt 18%, doch stammen die meisten der 6 Todesfälle aus den Anfängen. Die Totalexstirpation ist aber nicht immer möglich, weil die Kranken oft zu sehr ausgehungert sind oder weil andere Kontraindikationen gegen den immerhin nicht unbedeutenden Eingriff bestehen. In solchen Fällen bleibt, wenn Sondenernährung nicht gelingt, nur die Gastrostomie übrig, um den Kranken vor dem Hungertode zu schützen.

Die häufigste Erkrankung der Speiseröhre (fast 60% der chirurgischen Kranken mit Ösophagusbeschwerden) ist leider das Karzinom. Ihm gegenüber sind alle anderen Neubildungen geradezu als Raritäten anzusehen. Nach den neuesten statistischen Daten ist es fast ebenso häufig wie das Mammakarzinom. Auch der Krebs lokalisiert sich gerne an den „physiologischen Engen", vorwiegend aber in der Höhe der Bifurkation. Man beobachtet ihn meist nach dem 40. Lebensjahre, doch habe ich in den letzten Jahren wiederholt schon bei Männern von 32—36 Jahren exquisite Karzinome nachweisen können, ja man kennt sogar einen Fall im Alter von 19 Jahren (HEIMANN).

Gewöhnlich haben die Kranken schon längere Zeit Schluckbeschwerden, ehe sie einen Arzt konsultieren. Es sind die Erscheinungen einer langsam zunehmenden Stenose. Erst bleiben die Speisen stecken, müssen durch Trinken hinabgespült werden, endlich kommt es zum Regurgitieren. Dabei bestehen oft starke Schmerzen, die im Rücken, aber oft auch im Sternum lokalisiert werden. Sehr rasch kommt es zu Abmagerung und Entkräftung.

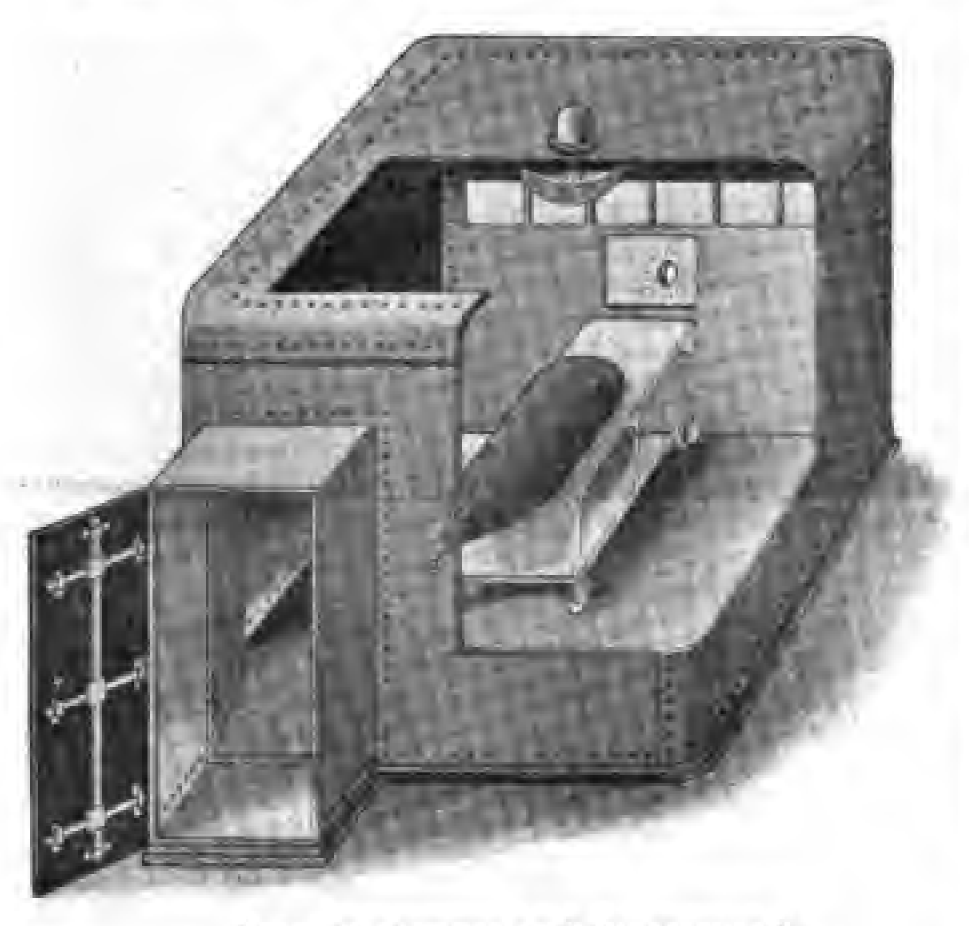
Finden wir nun noch bei der Sondierung eine Stenose, so werden wir mit 90% Wahrscheinlichkeit die Diagnose Karzinom machen, wenn es sich um einen Mann jenseits der vierziger Jahre handelt. Die Sonde zeigt uns, wie tief die Verengerung sitzt, eventuell ist sie blutig, übelriechend oder es hängt ein Gewebsstück daran, dann wissen wir sicher, daß Ulzeration und Zerfall besteht.

Im Ösophagoskop können wir aber auch noch viel frühere Stadien deutlich erkennen. Wir sehen anfangs die Wand nur starr, respiratorisch nicht verschieblich, dann wölbt sich eine Stelle deutlicher vor, darauf können warzenähnliche Exkreszenzen sichtbar sein. Später sieht man deutlich einen himbeerartigen Tumor ins Lumen vorragen und es oft ganz verstopfen; dieser zerfällt dann und nun sehen wir ein Geschwür, das nach allen Seiten fortschreitet. Hängen Gewebszipfel ins Lumen, so kann man solch einen abkneipen und histologisch die Diagnose auf Karzinom noch erhärten.

[*]) Eine 53jährige Dame wurde von Neurologen monatelang als hysterisch behandelt; man dachte an Kardiospasmus. Durch die Ösophagoskopie konnte ich einen karzinomatösen Tumor in der Höhe des Hiatus oesoph. feststellen. Allerdings war die Sonde seitlich etwas beweglich, es bestand Ektasie geringen Grades.

Die Behandlung ist bisher zumeist nur eine symptomatische. Man kann die Striktur durch Bougierung erweitern, doch muß man sich dabei vor Augen halten, daß jede Sondierung einen Reiz setzt, der das Karzinom zu rascherem Wachstum anregt. Durch die Gastrostomie dagegen wird der Ösophagus teilweise ausgeschaltet, die Speisen reizen daher das Karzinom nicht und so sehen wir, daß Gastrostomierte 1—1½ Jahre noch ganz gut leben, ja oft sogar noch arbeitsfähig sind. Jedenfalls leiden sie nicht ewig an Hunger, ja sie blühen nach der Anlegung der Magenfistel ordentlich auf, was nicht bloß physisch, sondern besonders moralisch sehr günstig einwirkt. Man soll daher meiner Ansicht nach mit diesem Eingriff nicht gar zu lange warten, man soll ihn nicht erst ausführen, wenn die Kranken trotz Sondierung gar nichts mehr schlucken können, wie es noch jetzt so häufig geraten wird. Dann sind viele Kranke schon so schwach, daß man die Operation nicht mehr machen kann.

Leider ist das Ösophaguskarzinom einer Heilung nicht zugänglich, obwohl man schon wiederholt Versuche gemacht



Operationskammer nach Sauerbruch.[4])

hat, es radikal zu entfernen. Da die operative Entfernung (Resektion) selbst im Halsteil doch einen schweren Eingriff darstellt, lag es nahe, nach unblutigen Methoden zu suchen. Die Röntgenstrahlen haben bei einigen Formen von Hautkarzinomen sehr günstige Resultate gezeitigt. Im Ösophagus liegen die Verhältnisse aber wesentlich anders. Hier können wir an den Krebs nur durch den Mund heran. Ist das Karzinom nicht im allerersten Anfangsstadium, so können wir im Ösophagoskop nur den obersten Anteil sehen, die Röntgenstrahlen können daher ebenso auch nur auf diesen obersten Teil einwirken. Die Röntgenröhre ist auch viel zu weit von dem Objekt entfernt. Aus diesen Gründen konnte ich mich zu solchen Bestrahlungen nicht entschließen. An v. Mikulicz' Klinik wurden aber derartige Versuche in sehr sinnreicher Anordnung ausgeführt, doch ergab sich, daß außer einer ganz vorübergehenden Erleichterung keine nennenswerte Besserung erzielt werden konnte. Dieser Effekt steht aber in gar keinem Verhältnisse zu den Unannehmlichkeiten, die solche wiederholte Bestrahlungen durch das Ösophagoskop mit sich bringen.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse für das Radium, immerhin aber ein wenig günstiger, da man die Radiumkapsel näher an das Karzinom heranbringen kann. Auch hier wäre aber wiederholte langdauernde Bestrahlung im Ösophagoskop (20—30 Minuten) nötig, wozu die meisten Patienten sich nicht entschließen dürften. Alfr. Exner hat in dieser Richtung Versuche gemacht, meist ohne Zuhilfenahme des Ösophagoskops. Darnach war die Stenose immer etwas weiter als vorher. Bedenken wir jedoch daß diese Erscheinung der wechselnden Durchgängigkeit auch ohne jede Behandlung beim Karzinom wiederholt zu beobachten ist, so können wir auch hier von keinem sicheren Erfolge sprechen; erst die totale Entfernung eines Karzinoms wäre dafür ein Beweis.

Diese dürfte sich aber wohl nur auf operativem Wege ausführen lassen und hier stoßen wir auf die schwersten Hindernisse. Die meisten Karzinome sitzen, wie gesagt, innerhalb des Thorax. Um dahin zu gelangen, muß man also das hintere Mediastinum eröffnen, was bis heute noch immer einer der schwerwiegendsten Eingriffe ist. Alle Versuche, am Menschen das Ösophaguskarzinom durch Mediastinotomie zu entfernen, führten zum Tode des Patienten (Rehn, v. Mikulicz, Tuffier, Faure). In der Regel starb der Patient im Kollaps wegen schwerer Blutung oder wegen Eröffnung der Pleura. Um diese zu vermeiden, hatte man den Weg von hinten gewählt, indem man neben der Wirbelsäule einging. Viel leichter ist es freilich, durch die Pleurahöhle hindurch zum Ösophagus zu gelangen, wie es etwa an der Leiche bei der Obduktion geschieht.

Um diese transpleurale Eröffnung des hinteren Mediastinums zu ermöglichen, ersann Sauerbruch, v. Mikulicz' Assistent, die nach ihm benannte Kammer (s. Fig.). Bei dieser befindet sich der Kopf des Patienten außerhalb der Kammer unter normalem Luftdruck, dieser herrscht daher auch in den Lungen. Der übrige Körper steht innerhalb der Kammer unter geringerem Luftdruck; dadurch wird verhindert, daß nach Eröffnung der Pleurahöhle die Lunge kollabiert. Dieser Lungenkollaps ist aber das gefährlichste Moment beim traumatischen Pneumothorax.

Am Tier ist die Ösophagusresektion leicht auszuführen, aber hier wie auch an der menschlichen Leiche ist es ungeheuer schwierig, wenn man mehr als 3 *cm* reseziert hat, die beiden Ösophagusenden wieder aneinander zu bringen. Die Nähte schneiden sogar nach geringfügigeren Resektionen leicht durch und jede Nahtinsuffizienz führt zu Periösophagitis, Mediastinitis, Pleuritis und schließlich zum Tode. Man muß daher die beiden Enden herausnähen. Ich glaube, daß hier nur durch eine Plastik (etwa aus dem Darm) Abhilfe geschaffen werden kann. Bis heute ist also die Frage der intrathorazischen Ösophagusresektion noch nicht völlig gelöst. Die Erfolge des neuen Verfahrens am Menschen sind, soweit sie bisher bekannt wurden, nicht günstig. Die Patienten v. Mikulicz' und Petersens starben. Letzterer hat (mit Brauer) die Sache umgekehrt, so daß in der Lunge Überdruck herrscht; der Kopf ist in einem Kasten, der Leib frei im normalen Luftdruck.

Aber selbst wenn wir annehmen, daß eines Tages alle diese Schwierigkeiten der intrathorazischen Speiseröhrenresektion überwunden werden, daß diese ebenso leicht ausführbar sein wird wie die Resektion am Halse, werden darum die Erfolge sehr günstig sein? Da müssen wir fragen, wie diese Erfolge bei der Resektion des Ösophaguskarzinoms am Halse sind. Da der primäre Krebs im Halsteil ziemlich selten ist, wurde bisher diese Operation noch keine 20mal

[4]) Die Abbildung ist dem Prospekt der Firma Gustav Trelenberg, Breslau, Gräbschnerstraße 11, entnommen. Eine kleine Kammer für Tierversuche kostet 945 Mark; die für Operationen am Menschen bestimmte Kammer, wie sie für die Breslauer chirurgische Klinik gebaut wurde, ist zehnmal so groß, aus Eisenblech und bietet Raum für den Operateur und seine Assistenten. Beleuchtung durch Bogenlampe. Eine Saugpumpe, durch Elektromotor betrieben, sorgt für Luftverdünnung. Der Kopf wird, der Tür gegenüber, durch eine Gummimanschette gesteckt. Unterleib und Beine sind in einem Gummisack, der mit der äußeren Luft kommuniziert, zur Vermeidung von Zirkulationsstörungen.

ausgeführt; ein Drittel der Kranken starb im Anschluß an die Operation. Sogar die Resektionen, die wegen Narbenstrikturen ausgeführt wurden, zeigen 25% Mortalität, und hier ist die Gefahr der Wundinfektion sicher geringer. Von den Geheilten blieb keiner länger als fünf Vierteljahre ohne Rezidiv. Die Prognose des Ösophaguskarzinoms bleibt also trotz aller Fortschritte auch heute noch recht düster.

Literatur: v. Hacker und Lotheissen, Handb. d. prakt. Chir., 1903, Bd. 1, 2. Aufl. (Literatur bis 1902). — Kaloyeropulos, Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 38. — Lieblein, ebenda, Bd. 41. — Rosenbaum, Inaug.-Diss., Breslau 1903. — Weiss et Guilloz, „Revue méd. de l'Est", 1904. — Willi Meyer, „Zentralbl. f. Chirurgie", 1904. — L. Teleky, „Zeitschr. f. Heilkunde", 1904. — G. Kelling, „Archiv f. Verdauungskrankheiten", Bd. 9. — Lossen, „Mitteilungen aus den Grenzgebieten", Bd. 12. — v. Mikulicz, „Deutsche med. Wochenschr.," 1904. — Ettlinger, Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie, 1904. — Starck, „Münchener med. Wochenschr.", 1903 u. 1904. — Lotheissen, „Archiv f. klin. Chirurgie", Bd. 71. — Schüssler, ebenda, Bd. 69. — Halstead, Annals of Surgery, 1904. — Brun, Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 41. — Schmilinsky, „Deutsche med. Wochenschr.," 1901. — v. Eicken, „Archiv f. Laryngol.", Bd. 15. — Fittig, Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 42. — A. Exner, „Wiener klin. Wochenschrift", 1904. — W. Schiele, „Münchener med. Wochenschr.," 1904. — L. Steiner, ebenda. — Lindner, ebenda. — J. L. Faure, „Gaz. des hôpitaux", 1902 u. 1903. — L. E. Mandelberg, „Russ. Archiv f. Chirurgie", 1903 (Ref.: „Zentralbl. f. Chirurgie"). — Tuffier, Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, T. 29. — v. Mikulicz, Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie und „Deutsche med. Wochenschrift", 1904. — Petersen, Brauer, Verhandl. — Sauerbruch, Verhandl. und „Mitteilungen aus den Grenzgebieten", Bd. 13, Heft 3.

Diabetes und Gravidität.

Von **Dr. J. Fels**, Lemberg.

Im Anschuß an den von Prof. Kleinwächter in Nr. 51 (1904) dieser Wochenschrift mitgeteilten Fall von Komplikation des Diabetes mit Gravidität, der von ihm als 18. zu den bis dahin beschriebenen 17 Fällen angereiht wird, möchte ich mir erlauben, einen ferneren von mir beobachteten Fall in aller Kürze als 19. hinzuzufügen.

Anamnese vom 24. Oktober 1898. Regina B., 34 Jahre alt, Jüdin (auch Kleinwächters Fall betraf, wie ich anderweitig erfuhr, eine Jüdin), stammt aus gesunder Familie, der Vater starb 67 Jahre alt an Herzbeschwerden, die Mutter im 62. Lebensjahre an Altersschwäche, zwei ältere und ein jüngerer Bruder sind gesund (später behandelte ich öfter den älteren Bruder an Nierenkolik und Hämaturie), eine ältere Schwester starb 30 Jahre alt nach einem Abortus, eine jüngere Schwester ist gesund. In der Familie kam nie Diabetes vor. Patienten war stets gesund, ist seit 11 Jahren verheiratet und hat dreimal geboren, vor 10, 7 Jahren und vor einem Jahre. Das erste Kind lebt, das zweite Mal gebar sie Zwillinge, von denen eines lebt, das letzte Kind ist im ersten Lebensjahre gestorben. Nebstbei bemerkt, hat auch die Mutter der Patientin und die jüngere Schwester einmal Zwillinge geboren. Die zwei lebenden Kinder sind vollkommen gesund und gut entwickelt. Patientin leidet seit einigen Jahren öfter an Ischias dextra und Gelenkschmerzen und hat bereits öfter Kuren in Teplitz und Lubień (Schwefelbad) durchgemacht. Seit einiger Zeit klagt sie über Schmerzen im rechten Ohre, die sich besonders bei schlechtem Wetter einstellen.

Status praesens: Gut genährte, blühend aussehende Frau, innere Organe gesund, im rechten Ohre eine Rötung des Trommelfells. Der von mir untersuchte Morgenurin ist weingelb, etwas trüb (es besteht weißer Fluß), zeigt ein bedeutendes Sedimentum lateritium, spez. Gew. 1036, kein Eiweiß, aber auch kein Zucker.

Verlauf: 23. Juli 1899. Seit einigen Tagen leidet Patientin an einer Entzündung der linken Mamma, daselbst ist Fluktuation zu konstatieren, am 25. Juli wurde der Abszeß von Prof. Schramm inzidiert, die Wunde heilte glatt.

30. März 1900. Patientin klagt, daß sie seit einigen Monaten an Pruritus vulvae leide, daraufhin wurde der Urin untersucht und ein Gehalt von 7% Zucker konstatiert. Es wurde nun eine strenge Eiweiß-Fettdiät angeordnet, Patientin fuhr im Sommer darauf nach Karlsbad, von wo sie wohlbehalten und natürlich zuckerfrei zurückkam.

19. März 1901. Patientin ist im 6. Monate schwanger, fühlte sich bis vor kurzem ganz wohl, verlor nur in letzter Zeit zwei Zähne; vor einer Woche erschrak sie heftig, als ihr Kind von einer bedeutenden Höhe herunterfiel, und seit der Zeit empfindet sie wieder Jucken in der Vulva und am übrigen Körper. Die Urinuntersuchung ergab spez. Gew. 1045, kein Eiweiß, 6% Zucker. Nach einer strengen Eiweiß-Fettdiät wurde Patientin bald darauf zuckerfrei und hat im Juni desselben Jahres normal ein lebendes Kind entbunden. Im Sommer 1902, 1903 und 1904 war die Frau jedesmal zur Kur in Karlsbad, aber nach der letzten Kur fühlte sie sich nicht mehr ganz wohl, hustete öfter, war trotzdem mit dem Neubaue eines Hauses beschäftigt und starb im Oktober 1904 nach zweitägigem Krankenlager an Coma diabeticum.

Wie also ersichtlich, hat die Frau im Jahre 1900, im 37. Lebensjahre und etwa seit einem Jahre zuckerleidend, konzipiert, hat ungestört ausgetragen, normal entbunden und ist erst 2 Jahre und 4 Monate nach dieser Geburt an Coma diabeticum zugrunde gegangen.

Ich möchte glauben, daß die Komplikation von Diabetes und Schwangerschaft doch nicht gar so selten sein dürfte, wenn nur danach genau geforscht und von den Praktikern jeder Fall mitgeteilt würde. Allerdings liegt die relative Seltenheit dieser Komplikation schon in der Natur des Leidens, da die meisten Diabetesfälle erst in späterem Alter auftreten, am häufigsten eben im Alter von 40—60 Jahren, wiewohl andrerseits behauptet wird, daß bei Frauen das 3. und 4. Jahrzehnt einen ungleich höheren Prozentsatz an Diabetes aufweise als das 5. und 6. Sodann ergibt bekanntlich eine Vergleichung dieser Erkrankung bei beiden Geschlechtern, daß das männliche Geschlecht entschieden häufiger von Diabetes befallen wird als das weibliche. Daß übrigens die beschriebene Komplikation doch nicht gar so selten ist, ergibt sich auch aus der Regel, daß diabetische Frauen nicht stillen dürfen.

Zum Schlusse noch einige Worte über das von dieser Diabetikerin geborene Kind. Dasselbe ist im Juni 1904 drei Jahre alt geworden und begann erst damals zu gehen und zu sprechen. Bis dahin war es ein schlecht genährtes, hochgradig rachitisches Kind. Jetzt ist es von gelblicher Gesichtsfarbe, pastösem, etwas gedunsenem Gesichte, hat einen wackelnden Gang infolge von beiderseitigem Genu valgum rhachiticum, guten Appetit, leidet an Polyurie und Enuresis nocturna; es trinkt auch viel, namentlich Wasser, oft sogar in der Nacht. Der von mir untersuchte Urin ist weingelb, vom spez. Gew. 1023, enthält kein Eiweiß und bis jetzt auch keinen Zucker.

Ein Fall eines mit Gravidität komplizierten Ovarialtumors.

Von **Dr. Lorenz Lindquist**, Gothenburg.*)

Am 16. September 1903 wurde mir seitens eines Kollegen eine Patientin mit der zweifelhaften Diagnose einer Extrauteringravidität zugewiesen. Dieselbe, eine 26 Jahre alte Frau, gab an, daß sie in früheren Jahren an Dysmenorrhöe gelitten habe, doch seien die Menses seit längerer Zeit stets in Ordnung gewesen und sie habe sich immer einer guten Gesundheit erfreut. Sie ist seit dem 18. Mai verheiratet; die Menses sind in den ersten Tagen des Juli ausgeblieben, zu Beginn August fühlte sie die ersten subjektiven Schwangerschaftszeichen. Schon um die Mitte des letzteren Monats fühlte sie jedoch zeitweilig eine Härte in der Regio hypogastrica dextra und merkte insbesondere, daß sie dieselbe in den Morgenstunden leichter fühlte, da sie noch zu Bette lag. Außer leichtem, zeitweise sich bemerkbar machendem Seitenstechen hatte sie jedoch keine Beschwerden und brachte diese „Härte" in Zusammenhang mit der Menostase. Bei der Untersuchung fand ich weder eine ausgesprochene Pigmentierung der Brustwarzen noch Kolostrum. Der Bauch überall weich, rechts über dem Beckeneingang eine Andeutung einer Resistenz. Keine Livi-

*) Vorgestellt in der Gesellschaft der Ärzte in Gothenburg (Schweden).

dität der Vulva oder Vagina. Die Portio vaginalis gleich oberhalb des Introitus an der Spitze gelockert. Die Cervix nach rückwärts gerichtet links von der Mittellinie. Durch den vorderen Fornix und, wie es schien, im Zusammenhange mit dem oberen Teile der Cervix wurde bimanuell ein länglich runder, ungefähr faustgroßer, unempfindlicher Tumor, zum größten Teile rechts von der Mittellinie gelegen und von der Konsistenz eines graviden Uterus, gefühlt. Per rectum fühlt man in direkter Fortsetzung der Cervix einen Körper von der Form eines gewöhnlichen Uteruskörpers, gleichwie etwas größer und nicht allzufest, mit einigen kleinen Knötchen an der Rückseite. Bei Verschiebung des nach rechts gelagerten Tumors rotiert die Cervix und der uterusähnliche Körper nach der entgegengesetzten Seite. Der Versuch, den Tumor von der Cervix abzuheben, gelang nicht, doch hebe ich hervor, daß die Versuche nicht allzu energisch gemacht wurden, aber ich konnte fühlen, daß der obere Pol des Tumors gleichsam durch eine kleine Bucht von dem nach rückwärts gelegenen Teil des uterusähnlichen Körpers geschieden war. Da eine detaillierte Diagnose nicht möglich war, ersuchte ich die Patientin, nach Einnahme eines Laxans am folgenden Tage wieder zu kommen und bei dieser Gelegenheit gestand die Patientin, sie sei vor ihrer Verheiratung bei Prof. ESSEN-MÖLLER behufs Untersuchung gewesen, wobei sie entnehmen konnte, daß an ihrem Unterleib etwas nicht richtig sei. Da mir das Resultat dieser Untersuchung sehr wichtig erschien, setzte ich mich mit Prof. MÖLLER telephonisch in Verbindung und erhielt die Mitteilung, derselbe habe rechts von dem antesinistroflektierten Uterus einen ungefähr eigroßen, rundlichen Körper vorgefunden, wobei er in der Diagnose zwischen einem Uterus bicornis und einem Uterin- oder Adnextumor zweifelte. Am nächsten Tage stellte sich die Patientin wieder vor und die Untersuchung ergab dasselbe Resultat, welches in seiner Deutung schwierig war. Daß eine Gravidität vorlag, war wohl über jedem Zweifel erhaben, ebenso daß der in der Verlängerung der Cervix liegende Körper ein Uteruskörper war. Zweifel herrschte nur bezüglich der Lokalisation der Schwangerschaft. Die Größe des rechtsseitig gelegenen Tumors im Zusammenhang mit der Dauer der Menostase, dessen Konsistenz und Zusammenhang mit dem oberen Teile der Cervix gab die Stützpunkte für die Diagnose einer Gravidität in einem Uterus bicornis und die Angabe Prof. ESSEN-MÖLLERS, daß schon vorher rechts neben dem Uterus ein eigroßer Körper vorhanden war, welcher seitdem, ohne auf den Allgemeinzustand der Patientin die geringste Wirkung auszuüben, an Größe zunahm, konnte unter solchen Verhältnissen ebenfalls zugunsten dieser Annahme sprechen. Gegen eine mit einem Uterus- oder Adnextumor komplizierte Extrauteringravidität sprach außerdem die verhältnismäßig geringe Vergrößerung und dessen unbedeutende Weichheit.

Ich sagte der Patientin, daß eine Schwangerschaft wohl vorliege, daß aber die Verhältnisse nicht normal seien und die Aufklärung nur nach einer längeren Beobachtungszeit, während welcher sie das Bett hüten sollte, gewonnen werden könne. Lange dauerte es nicht, bis die Situation geklärt werden konnte; denn schon in der nachfolgenden Nacht vom 18. September trat eine Uterusblutung auf, welche am nächsten Tage sich derart verstärkte, daß ich am Abende des 19. September eine Ausräumung des retroflektierten Uterus vornehmen mußte, wobei ich die Größe des Eies, das geborsten war, auf die eines Hühnereies abschätzte. Die Plazenta begann sich zu entwickeln, der Fötus wurde nicht gefunden. Nach ungestörter Rekonvaleszenz trat am 16. Oktober wieder die Menstruation etwas reichlicher als gewöhnlich ein. Am 29. Oktober kam die Patientin auf die Klinik. Der Uterus war retroflektiert, der rechtsseitige Tumor etwas kleiner, hatte eine bedeutend festere Konsistenz, eine Elastizität an dessen unterem Pol wurde jedoch nicht vermerkt. Per rectum fühlte man dessen breiten Zusammenhang mit dem oberen Teile der Cervix und dem unteren Teile der rechten vorderen Korpuswand. Der Uterus folgte den Bewegungen des Tumors. Herz, Lunge und Nieren gesund. Operation am 31. Oktober. Laparotomie.

Der Tumor, der mit einem kurzen, aber sehr breiten Stiele außerhalb der rechten Uterusseite lag, ging vom Ovarium derselben Seite aus und war eine mehrblasige Zyste mit teils ungefärbtem dünnflüssigem, teils erbsenpüreeartigem Inhalte mit Haarknollen und einem Knochenstücke. Eine nußgroße Zyste des linken Ovariums wurde punktiert. Rekonvaleszenz ungestört, Entlassung am 23. November; ein Jahr hernach empfing ich die Nachricht vom ungestörten Befinden der Patientin, welche derzeit im 3. Monate der Gravidität sich befindet.

Der Fall bot von zwei Gesichtspunkten aus Interesse. Vorerst war es schwierig, die Gravidität zu lokalisieren, ferner aber auch die Art und den Ausgangspunkt des Tumors zu bestimmen. Man konnte im Zweifel sein zwischen einem Uterus- und Ovarialtumor. Die wohl geringe Verkleinerung desselben nach dem Aborte, eine augenfällige Konsistenzveränderung, seine, wie es schien, intime Verbindung mit dem Uterus, von welchem er nur durch eine Furche geschieden werden konnte, die Mitbewegungen des Uterus bei Rotation und bis zu einem gewissen Grade die an der hinteren Wand des Uterus befindlichen Knoten sprachen für Myom, doch mußte die Diagnose unentschieden bleiben. In allen Fällen war die Operation indiziert. Schon der Umstand, daß die Patientin bereits Mitte August eine Härte des Uterus gefühlt hatte, sprach für eine Intrauteringravidität, denn in einem so zeitigen Stadium einer Bicornisgravidität dürfte ein Tumor bei äußerer Palpation wohl nicht fühlbar sein. Wahrscheinlich wurde derselbe, bevor die Patientin das Bett verließ, durch die gefüllte Blase emporgehoben, so daß ihn die Patientin leicht tasten konnte. Das rasche Wachstum des Tumors von der Größe eines Eies im Frühjahre bis zur Faustgröße im September stützt wohl die von manchen Autoren negierte Ansicht, daß Ovarialtumoren durch eine hinzukommende Gravidität zu rascherem Wachstum angeregt werden.

Referate.

GEORG BOENNINGHAUS (Breslau): Über nervösen Halsschmerz.

Man findet sehr häufig bei nervösen Individuen der besseren Stände Halsbeschwerden, die in Brennen, Wundsein, Druckgefühl bestehen, allmählich entstanden sind, niemals erheblich anwachsen und deren objektiver Befund sehr gering ist („Deutsche med. Wochenschrift", 1904, Nr. 46). Es gelingt meist nicht, die Beschwerden zu beseitigen. Verf. sah sich nun durch das negative Ergebnis der inneren Halsuntersuchung veranlaßt, auch dem äußeren Hals seine Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die systematische Palpation des äußeren Halses in diesen Fällen ergab nun folgendes: In dem größten Teil der Fälle fanden sich exquisite Druckpunkte am äußeren Halse, und zwar ein oberer Druckpunkt, seitlich zwischen Zungenbein und Schildknorpel, und ein unterer Druckpunkt, kurz über der Klavikula und dicht neben der Luftröhre. Der obere Punkt entspricht dem Durchtritt des Schleimhautastes des N. laryngeus superior durch die Membrana hyo-thyreoidea, der untere der Austrittsstelle des N. laryngeus inferior seu recurrens aus der Brusthöhle zum Halse. Von beiden Punkten ist der untere der am häufigsten schmerzhafte, u. zw. derjenige der rechten Seite viel häufiger als der der linken Seite. Verf. nimmt zur Erklärung dieser Schmerzpunkte an, daß der Katarrh das Primäre ist und gelegentlich sekundär zu einer Erkrankung der Nerven, wenigstens in ihren sensiblen Schleimhautfasern, führt. Man kann die Erkrankung daher als Neuritis laryngea bezeichnen und diese je nach dem Druckpunkt in eine superior und eine inferior einteilen. Was die Therapie dieser Affektion anlangt, so feiert die äußere Massage des Halses hierbei ihre Triumphe. In den meisten Fällen wird durch die Massage in kürzerer oder längerer Zeit Heilung erzielt. Um die Halsmuskulatur genügend zu entspannen, wird das Kinn gesenkt. Zweckmäßig stellt man sich hinter den Patienten, umfaßt den Hals so, daß der Daumen im Nacken eine Stütze findet und die übrigen Finger auf der vorderen Halsfläche liegen. Benutzt werden eigentlich nur der Zeige- und Mittelfinger; es gilt, möglichst tief in der Rinne zwischen Kopfnicker und Luftröhre einzudringen und dann noch ein Stückchen weit zwischen Luftröhre und Wirbelsäule einzugehen, der Lage des Rekurrens entsprechend links weiter als rechts. Dieses tiefe Eindringen gelingt auch nur, wenn man allein das Nagelglied benutzt und von diesem auch nur die Daumenseite, die nach Art eines Messers schneidend in die Tiefe ein-

zudringen hat. Man vollführt nun lange gleichmäßige Züge mit dem Finger vom Schlüsselbein bis hinauf zum Zungenbein; die Hauptsache ist hierbei die Gleichmäßigkeit; dabei muß die andere Hand bei großer Beweglichkeit von Luftröhre und Kehlkopf diese fixieren. Zum Schluß pflegt Verf. die ganze Vorderseite des Halses mit der rechten Hand zu walken, indem die linke Hand der rechten so weit möglich die Weichteile entgegenschiebt. B.

SIEVERT (Kiew): **Beitrag zur Bestimmung der Magengrenzen mittelst Aufblähung.**

Die mittelst Aufblähung durch kleine Gasmengen erhaltenen Magengrenzen entsprechen genau den mit anderen Untersuchungsmethoden gewonnenen Grenzen. Jedoch hat das Verfahren mittelst Aufblähung durch kleine Gasmengen noch große Vorzüge: Es gewährt die Möglichkeit, nicht nur die untere, sondern auch die rechte, und in Fällen von Magensenkung auch die obere Grenze zu bestimmen. In dieser Beziehung steht diesem Verfahren die sogenannte perkutorische Palpation (Plätschergeräusch) nach, mit welch letzterer man sich keineswegs begnügen kann, wenn man über die Lage des Magens bzw. über dessen Größe sich ein Urteil verschaffen will, da die perkutorische Palpation zwar durchaus genaue Angaben in bezug auf die Lage der unteren Grenze, aber nicht die Möglichkeit gibt, sich hinsichtlich der Lage der rechten und oberen Magengrenze zu orientieren. Die Bestimmung der rechten Grenze ist für die Diagnose der pathologischen Magenerweiterung, namentlich in den Anfangsstadien der Krankheit, nicht nur von geringerer, sondern vielleicht sogar von größerer Bedeutung als die Bestimmung der unteren Grenze („Archiv f. Verdauungskr.", Bd. 10, H. 2). Vor dem Phonendoskop hat die Aufblähung noch den Vorzug, daß dieselbe, eine Schallveränderung bei der Perkussion erzeugend, die Möglichkeit an die Hand gibt, die Magengrenzen unmittelbar zu bestimmen, während die Untersuchung mittelst Phonendoskops eine vorherige Orientierung über die Lage des Magens erheischt. Ein weiterer großer Vorzug des Aufblähungsverfahrens ist, daß man mit Hilfe desselben die Magengrenzen auch im nüchternen Zustande, d. h. bei leerem Magen, feststellen kann. Entweichung von Gasen aus dem leeren Magen kann nur in seltenen Fällen von pathologischer Pylorusinsuffizienz geschehen. Die Magengrenzen, welche durch Aufblähung mittelst großer Gasmengen festgestellt werden, weichen bedeutend von denjenigen Grenzen ab, die mittelst kleiner Gasmengen bestimmt werden. Wenn wir große Gasmengen einführen, bestimmen wir nicht die wirklichen Grenzen, sondern die Grenzen des erweiterten und dislozierten Magens. Für die Diagnose der Gastroptose ist die Aufblähung mittelst großer Gasmengen von wesentlicher Bedeutung. BR.

Aus dem Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt (Oberarzt Prof. A. Schmidt).

KARL SCHULZE: Über Neuronal.

Neuronal ist Bromdiäthylacetamid:

$$(C_2H_5)_2CBr{-}C{\overset{NH}{\underset{OH}{\lt}}}$$

Seine Empfehlung stützt sich auf theoretische Erwägungen und zahlreiche Tierversuche, über die in eingehenden Abhandlungen berichtet wurde. Verf. gebrauchte das Präparat („Therap. d. Gegenw.", 1905, Nr. 1) in 140 Einzeldosen bei 43 Patienten. Im allgemeinen wurde die Einzeldosis von 0·5 nicht überschritten, nur in wenigen Fällen, und zwar bei Männern mit Lungentuberkulose, deren Schlaf durch starken Hustenreiz gestört war, wurde 1·0 gegeben. Ernstliche Klagen über den bitteren, kratzigen Geschmack hat Verf. nicht gehört. Das Medikament wurde als Pulver in Oblaten oder als Tablette etwa 1—1/2 Stunde vor der Schlafenszeit verabreicht. Das Einschlafen erfolgte bei den meisten Patienten sofort, voranging im allgemeinen ein kurzes, dem natürlichen vergleichbares Müdigkeitsgefühl, das etwa 1/2 Stunde nach der Gabe einsetzte. Der Schlaf hielt in den meisten Fällen die ganze Nacht, also zirka 8 Stunden, an, und die Patienten erwachten frisch und gestärkt wie nach dem natürlichen Schlaf. Den Gesamteindruck, den Verf. von dem Heilmittel empfangen hat, faßt er in folgenden Sätzen zusammen: Neuronal wirkt in Gaben von 0·5—1·0 günstig in den meisten Fällen von Schlaflosigkeit, soweit nicht starke Schmerzen oder andere Beschwerden heftiger Art komplizierend wirken. Auf Kopfschmerz hat es keinen Einfluß. Bei Epilepsie scheint es die Zahl der Anfälle herabzusetzen. Eine kumulative Wirkung findet offenbar nicht statt, eher eine gewisse Abschwächung bei länger fortgesetztem Gebrauch. Leichte Nebenwirkungen kommen gelegentlich vor, sind aber selten und gefährden den Patienten nicht. L.

G. MILIAN (Paris): **Le liquide céphalo-rachidien des tabétiques.**

Das neue Symptom, das Vorhandensein von zelligen Elementen im Liquor cerebrospinalis von Tabeskranken, fand bereits durch zahlreiche Nachuntersuchungen Bestätigung. Dem Autor war es bei seinen Untersuchungen wesentlich um solche Fälle zu tun, die vermöge ihres Verlaufes, bzw. wegen des Fehlens einzelner Symptome, zu den weniger ausgesprochenen gezählt werden müssen, wenn auch in keinem Falle Zweifel an der Diagnose vorhanden waren. Von 18 Fällen gaben bloß 4 ein negatives Ergebnis. Für dieses negative Ergebnis aber ergab sich bei Betrachtung der zugehörigen Fälle die merkwürdige Tatsache, daß es ausschließlich solche Kranke betraf, bei denen sich die Krankheit entweder nur durch vereinzelte Symptome markierte oder seit Jahren in einem gewissen Stillstande verharrte. Zwei Fälle mit leichter Reaktion beziehen sich auf einen ganz analogen Verlauf, überdies konnte hier auch das weite Zurückliegen der seinerzeitigen Infektion betont werden. Diese Erklärung paßt aber nicht zu dem dritten Fall von leichter Reaktion, im Gegenteil betrifft er eine ziemlich früh eintretende Tabes; der Autor ist nicht imstande, diesen Umstand zu erklären, meint aber („Annales de dermat. et de syphil.", tom. 4, Nr. 7), daß gerade darin ein Hinweis gelegen wäre, daß das Primäre der Tabes doch die Erkrankung der Meningen sei. Die restlichen Fälle betreffen Kranke mit ausgesprochenen Symptomen und jüngerer Syphilis. Auch den Einfluß der merkuriellen Therapie auf die Tabes oder richtiger auf die Lymphozytose der Tabiker suchte der Autor festzustellen, da er Gelegenheit hatte, einzelne Kranke vor Einleitung einer Quecksilberkur und nach Beendigung derselben in dieser Richtung zu untersuchen. Als Resultat ergab sich, daß die Reaktion der Zerebrospinalflüssigkeit auch nach monatelanger Behandlung keine Beeinflussung erfuhr. Diese Tatsache illustriert neuerdings, daß FOURNIER mit seiner Bezeichnung der Tabes als parasyphilitische Erkrankung recht gehabt. Würde es sich um eine wahre syphilitische Meningitis handeln — und zu dieser Annahme neigen heute manche Forscher —, so müßte nach dem Autor die Quecksilberzufuhr unbedingt auf die Lymphozytose ihren Einfluß geltend machen, wie dies ja für die gewöhnliche luetische Hemiplegie nachgewiesen ist. Nachuntersuchungen wären zur Bestätigung der gefundenen Tatsachen außerordentlich wünschenswert. DEUTSCH.

H. GOCHT (Halle a. d. S.): **Die Pathologie und Therapie der Gelenkkontrakturen.**

Bei den verschiedensten Gelenkerkrankungen kommt es schließlich ohne entsprechend therapeutische Maßnahmen zu Gelenkkontrakturen in Stellungen, welche zumeist für die beste Funktion und für das beste kosmetische Resultat ungünstig sind. Es ist die Aufgabe der Behandlung, ein möglichst günstiges funktionelles und kosmetisches Resultat zu erzielen. Hierbei soll man nach den Angaben des Verf. („Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie", 1904, Bd. 13, H. 2 u. 3) in der Weise vorgehen, daß man die Gelenke, solange sie noch entzündet und schmerzhaft sind, in möglichst absoluter Ruhe immobilisiert. Die Redressierung des entzündeten kontrakten Gelenks muß ganz allmählich Schritt für Schritt im Laufe von Wochen ohne Narkose, ohne Schmerzen ausgeführt werden. Die Redressierung wird derart ausgeführt, daß die Gelenkenden während des Aktes durch Zug vom innern Druck möglichst entlastet, also distrahiert werden. Diese

Distraktion muß durch den Verband auch nach Beendigung des eigentlichen Redressionsaktes aufrecht erhalten werden. Ist die gewünschte Redressionsstellung erreicht, so wird das Resultat in einem inzwischen fertiggestellten Schienenhülsenapparat unter weiter wirkendem Zuge und Distraktion erhalten. Ein kontraktes, nicht mehr entzündliches Gelenk wird nach denselben Prinzipien unter Einleitung der ersten Streckung durch vorherige erhitzende Verbände oder Mittel und unter eventueller Zuhilfenahme der Narkose behandelt. Auch hier müssen die Redressionen mit großer Vorsicht und Schonung vorgenommen werden. Tuberkulöse Gelenkversteifungen sollen nicht mobilisiert werden; sonstige Gelenkversteifungen werden möglichst mobil gemacht. Verf. fügt diesen allgemeinen Ausführungen noch detaillierte Angaben über die speziellen Behandlungsmethoden für die verschiedenen Gelenke bei. Das oberste Grundprinzip bei der Behandlung von Gelenkkontrakturen muß immer dasselbe bleiben, bei möglichst schonendem, aber doch gründlichem Vorgehen eine brauchbare, möglichst mobile Gelenkstellung zu erreichen. GRÜNBAUM.

BUSCH (Worms): **Über Enterostomie bei Darmverschluß durch Peritonitis.**

Verf. hat auf der Abteilung Prof. HEIDENHAINS, der als erster auf die günstige Beeinflussung des peritonitischen Darmverschlusses durch die Enterostomie hingewiesen, wieder zwei Fälle beobachtet, die diese Beeinflussung zu beweisen imstande sind. Nur hat in dem einen Falle eine Enterostomie nicht genügt, sondern es mußten an drei verschiedenen Stellen Fisteln angelegt werden, um schließlich eine vollständige Entlastung des Darms herbeizuführen. Es trat Heilung ein, obwohl bei der Operation sich trübe Flüssigkeit aus der freien Bauchhöhle entleerte und die Dünndarmschlingen fibrinös belegt und untereinander verklebt waren. (Die Peritonitis trat im Anschlusse an eine auf operativem Wege vorgenommene Aufdrehung des torquierten Dickdarms ein.) Der zweite Fall betraf ein 11jähriges Kind, bei dem eine akute Appendizitis operiert wurde und bei dem eine sehr starke Darmblähung eintrat, die einige Tage anhielt, am letzten Tage sich aber spontan zu bessern anfing. Da trat aber plötzlich Kollaps ein und die Laparotomie ergab, daß der Darm durch die starke Blähung an zwei Stellen geplatzt sei. Die Bauchhöhle wurde ausgetupft und die zwei Darmöffnungen zur Fistelbildung benutzt. Am ersten Tage entleerte sich wenig Stuhl aus den Fisteln, auf Einläufe nahm aber am dritten Tage die Menge des Kotes zu und Pat. überwand dann die Intoxikationserscheinungen recht schnell. Die Fisteln mußten in beiden Fällen operativ verschlossen werden. Verf. bringt außerdem interessante Details über die sonstige auf der Abteilung HEIDENHAIN übliche Peritonitisbehandlung („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 74, H. 3 u. 4). Da auf der Abteilung die Überzeugung sich herausgebildet hat, daß die Kotstauung den Peritonitikern mehr schadet als das Exsudat, wird bei der Nachbehandlung operierter Peritonitiskranker das Hauptgewicht auf die Entleerung des Darms gelegt. Die Anregung der Darmtätigkeit erfolgt schon einige Stunden nach der Operation; Wassereinläufe, Glyzerinklysmen, Einläufe von $^1/_4$ *l* einer konzentrierten Lösung von Karlsbader Salz lieferten gute Resultate. Sobald man zur Überzeugung gelangt, daß der Weg durch den gesamten Magendarmkanal frei ist, werden Abführmittel per os gereicht. Auf die Nachtruhe des Pat. wird ebenfalls ein großes Gewicht gelegt. Die große Angst vor dem Morphin ist nach Ansicht des Verf.s nicht gerechtfertigt. ERDHEIM.

GEBHARDT (Frauenfeld): **Die Enterostomie in der Prophylaxe und Therapie der Peritonitis.**

In der neuesten Zeit hat sich auf Grund von Beobachtungen am Krankenbette und von Tierexperimenten die Überzeugung festgesetzt, daß bei der Entstehung der peritonealen Sepsis die Resorption der im Darme angesammelten toxischen Substanzen eine mindestens ebenso wichtige Rolle spiele, wie die Resorption der septischen Stoffe aus dem Peritoneum. Zur Bestätigung dieser Annahme dienten Fälle von Perforationsperitonitis, bei welchen aus irgend welchen Gründen die Naht der Perforation unterlassen wurde und die schließlich nach der Laparotomie und Einnähung der perforierten Darmpartie in die Bauchdecken doch zur Heilung gebracht wurden. Aus diesen Beobachtungen wurden die Konsequenzen bezüglich der Therapie gezogen und im Krankenhause in Frauenfeld wird nun prinzipiell in jedem Falle von paralytischem Ileus und Darmverschluß mit unbekanntem oder operativ nicht zu entfernendem Hindernis eine Enterostomie behufs Verhinderung der Sepsis ausgeführt. Außerdem wird die Operation als palliativer Eingriff bei Patienten vorgenommen, deren Kräftezustand eine eingreifende Operation mit Beseitigung des Hindernisses nicht gestattet; wenn die Patienten sich erholt haben, folgt dann die radikale Operation. Die Anlegung der Darmfistel bewirkt außer der Ableitung der toxischen Stoffe noch eine Verminderung der Spannung der Darmwand und beschränkt daher die Möglichkeit, daß die Bakterien aus dem Darmlumen in das Peritoneum durchwandern. In 8 Fällen, die vom Verf. beobachtet wurden („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 74, H. 1), hat die Enterostomie das Weiterschreiten der Allgemeinintoxikation verhindert und die bereits bestehende Peritonitis rasch zur Heilung gebracht. Der Eingriff ist ein sehr leichter und kann ohne Allgemeinanästhesie in ganz kurzer Zeit ausgeführt werden. Nach Entleerung der Peritonealhöhle wird eine möglichst tief gelegene Dünndarmschlinge in die Bauchwunde eingenäht und an einer kleinen Stelle in querer Richtung eröffnet. Wenn man am Darme eine Perforation gefunden hat, kann man dieselbe in die Bauchwunde einnähen. Bald nach der Operation fällt der Bauch zusammen und die Atmung wird auch auf Grund günstiger mechanischer Verhältnisse (Verminderung des Meteorismus) leichter. Die angelegte Fistel schließt sich meistens von selbst, wenn das Passagehindernis behoben wurde, im Verlaufe von 7—8 Wochen. ERDHEIM.

HEVEROCH (Prag): **Über transitorisches Delirium bei der traumatischen Neurose.**

Aus einer großen Gruppe verschiedener Geistesstörungen nach einem physischen und moralischen Trauma kann die heutige traumatische Neurose, wenn wir als Grund das symptomatische Bild der Geistesstörungen legen, ausgereiht werden. Es ist nötig, die hysterischen posttraumatischen Symptome, bei welchen dieses psychische Bild nicht vorhanden ist, von ihr zu unterscheiden („Časopis českých lékařů", 1904, Nr. 50). Im Verlaufe der traumatischen Neurose können transitorische delirante Zustände von der Dauer etlicher Stunden, aber auch mehrerer Tage auftreten und in ihnen ertönen Erinnerungen an das überstandene Trauma, obwohl ihr Inhalt auch ein zufälliger sein kann. Mit diesen transitorischen deliranten Zuständen sind Zustände automatischen Vigilambulismus, auch zeitweiser zweckloser verworrener motorischer Explosionen, verwandt. Diese transitorischen deliranten Zustände treten auch bei Kranken auf, wo sicher der Alkoholismus und die Epilepsie ausgeschlossen werden können. Das traumatische Delirium (nervosum) älterer Autoren (WUNDERLICH, DUPUYTREN) bilden kurze delirante Zustände, die gleich nach dem Trauma (besonders nach der Operation) auftreten. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich hier um ein nach dem Trauma zum Durchbruch gekommenes Delirium tremens (ROSE). Das traumatische Delirium (WILLE) sind Zustände tiefer Trübung des Bewußtseins mit Delirium nach einem schweren Trauma, begleitet auch von Gehirnnervenparalysen. Bei diesem transitorischen Irresein kann es auch im Verlaufe automatischen Vigilambulismus bis zu Gewalttätigkeiten kommen und es ist also nötig, bei Gewalttätigkeiten traumatischer Neurotiker behufs gerichtlich-medizinischer Beurteilung dieser Tatsache eingedenk zu sein. STOCK.

ARNAL et SALMON (Paris): **Anatomie pathologique des lésions syphilitiques observées chez les singes anthropoïdes.**

Im Anschlusse an die an dieser Stelle bereits referierten Arbeiten von METSCHNIKOFF und ROCETT (experimentelle Studien über Syphilis) berichten die Verff. über das Ergebnis der histologischen Untersuchung der bei den Affen erzielten Veränderungen. Sie fanden („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 18, pag. 465), daß die untersuchten Schanker fast nur aus Plasmazellen bestanden und weder polynukleäre Zellen noch Riesenzellen enthielten; auch eine Peri-

arteriitis war vorhanden. Sie identifizieren daher auf Grund des histologischen Befundes die Affektion der Schimpansen mit dem luetischen Schanker des Menschen und finden in demselben neuerdings einen Beweis, daß ihre Affen an Syphilis erkrankt waren.

Dr. S.

Petroff (St. Petersburg): **L'infection mixte dans la tuberculose chirurgicale.**

Die Untersuchungen des Verf.s erstreckten sich auf 44 offene und 57 abgeschlossene tuberkulöse Herde. Er fand, daß letztere in der großen Mehrzahl der Fälle keine Mischinfektion (weder mit aeroben noch mit anaeoben Bakterien) aufweisen, während bei ersterer immer eine solche vorhanden ist (meist pyogene Kokken). Die Mischinfektion steigert den Destruktionsprozeß bei der Gelenktuberkulose und beschleunigt deren Ausbreitung im Organismus. Die klinisch wohl bekannte größere Malignität der offenen chirurgischen Tuberkulosen gegenüber den geschlossenen erklärt Verf. durch die Mischinfektion („Annales de l'institut Pasteur", Bd. 18, pag. 502) und empfiehlt daher, dieser Erkenntnis auch therapeutisch Rechnung zu tragen, indem man die Herde möglichst keimfrei macht. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Den **Röntgenstrahlen** kommt nach den Erfahrungen von Schleiss und Hildebrandt („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 9) bei der Leukämie eine Art spezifischer Einwirkung auf die Blutbildung zu. Die reaktiven Fiebersteigerungen, die vielleicht als eine Art Fermentfieber anzusehen sind, zeigen im Verein mit dem Verhalten des Körpergewichtes, daß der Körper den Kampf gegen die Krankheit mit aller Macht aufgenommen hat. Die Rolle, die dem Arsen in diesem Kampfe zufällt, scheint in einer Kräftigung des Gesamtorganismus und somit einer Erhöhung der Reaktionsfähigkeit zu bestehen, da die spezifischen Einwirkungen auf das Blut vor und nach Beginn der Arseneinspritzungen im Prinzip die gleichen geblieben sind. In Anbetracht dessen, daß man über das Wesen der Leukämie etwas Sicheres noch nicht weiß, kann auch nicht entschieden werden, ob wir mit der Röntgenbehandlung der Indicatio morbi gerecht werden können, oder ob wir uns darauf beschränken, eine Indicatio symptomatica zu erfüllen.

— Die **Chirurgie der Ptosen der Bauchorgane** erörtern A. Depage, E. Rouffart und L. Mayer („Journ. méd. de Bruxelles", 1904, Nr. 33). Verff. glauben, daß der Luftdruck auf die Statik der Bauchorgane einen wesentlichen Einfluß ausübt. Die Änderungen des Gleichgewichts eines Organs sind genügend, um neben funktionellen und nervösen Störungen auch pathologische Änderungen hervorzurufen, welche durch chirurgisches Eingreifen beseitigt werden können, während die innere Behandlung ihnen vollkommen ohnmächtig gegenüber steht. Die Behandlung muß vor allem den Zweck haben, die Kraft der Bauchwand zu erhöhen; entweder mit dem Glenardschen Gürtel oder mit Zuhilfenahme der Chirurgie kann dieser Zweck erreicht werden. Wenn nötig, kann der Eingriff auf die Bauchwand verbunden werden mit der Hepatopexie oder der Hysteropexie. Die Nephropexie, die Hepatopexie und die Splenopexie sind ausgezeichnete Operationen, dies gilt nicht von der Kolopexie und der direkten Gastropexie. Die meisten Operationen gegen Ptosen werden bloß dann versucht, wenn die orthopädische Behandlung keine Resultate geliefert hat. Jedoch ist das chirurgische Verfahren besser für unbemittelte Patienten oder solche, welche ein ermüdendes Leben führen und deren Gewerbe viele und anstrengende Körperbewegungen mit sich bringt. Es ist ratsam, nicht zum Messer zu greifen, ohne sich überzeugt zu haben, daß die Ptose wirklich die Ursache der beobachteten Symptome ist.

— In der **Zahnheilkunde** findet neuerdings das Styptol ausgebreitete Verwendung. Rohrbach („Zahnärztl. Ref.", 1905, Nr. 2) wandte dasselbe bei schwer stillbaren Blutungen sowohl in Form von 30%iger Styptolwatte wie auch als loses Pulver an und war von der schnellen und sicheren Wirkung des Präparates sehr befriedigt. Das Styptol ist bekanntlich phtalsaures Cotarnin, während das Stypticin salzsaures Cotarnin ist. Verf. hat nun, um sich von der von verschiedenen Autoren behaupteten besseren Wirkung des Styptols zu überzeugen, auch Versuche mit der zweiten Komponente desselben, der Phtalsäure gemacht. Er wandte sie in Form des phtalsauren Ammoniaks bei verschiedenartigen Zahnblutungen an und will mit dem Präparate gute Resultate erzielt haben, selbst in Fällen, bei denen andere blutstillende Mittel versagten. Die Kombination mit dem als blutstillend bekannten Cotarnin erscheint ihm daher recht zweckmäßig.

— Als **dialytische Behandlung der Magenkrankheiten** bezeichnet Hayem („Bull. méd.", 1904, Nr. 50) ein Verfahren, das in der Anwendung bestimmter Lösungen von Salzen besteht, u. zw.:

Rp.	Natr. bicarb.	2·5
	Natr. sulfur.	3·0
	Natr. chlor.	1·0
	Aq. dest.	1000·0

Die Lösung wird auf 40° erwärmt, morgens nüchtern in drei Portionen in Intervallen von 20 Minuten genommen. Die Gesamtdosis beträgt am ersten Tage 250 cm^3, dann täglich um je 50 cm^3 mehr bis auf 500 cm^3. Die Behandlung dauert 3—4 Wochen. Indiziert ist die Lösung bei parenchymatöser Gastritis mit Verdauungsschwäche, kontraindiziert bei atonischer Dilatation, Tuberkulose, inkompensierten Klappenfehlern und Karzinom. Ferner kommt in Betracht:

Rp.	Natr. chlor.	5·0
	Natr. sulf.	2·0
	Aq. dest.	1000·0

Diese Lösung wird morgens bei nüchternem Magen, eine Stunde vor der ersten Mahlzeit, kalt, in Mengen von 200—250 cm^3 genommen, u. zw. bei beginnenden Magen-Darmerkrankungen. Kontraindikation gibt nur Hyperpepsie mit prolongierter Verdauung. Bei Hypopepsie kommt in Betracht:

Rp.	Natr. chlor.	5·0
	Natrii phosphor.	3·0
	Aq. dest.	1000·0

Bei habitueller Obstipation:

Rp.	Natr. chlor.	3·0
	Natr. sulf.	5·0
	Aq. dest.	1000·0

Als Purgans:

Rp.	Natr. chlor.	5·0
	Natr. sulf.	10·0
	Aq. dest.	1000·0

— Zur **Ausführung der Gruber-Widalschen Reaktion** empfiehlt neben anderen Autoren auch Kien („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 1) das Fickersche Diagnostikum. Seine Beobachtungen stimmen genau mit denjenigen überein, die von verschiedenen Seiten aus gemacht wurden. Nur durch einen holländischen Autor, Vervoot, wird in jüngster Zeit der Wert des Fickerschen Diagnostikums in Frage gestellt. Derselbe fand nämlich mit dem Diagnostikum in 99 Fällen 16mal negatives und 17mal dubiöses Resultat, während die Proben mit lebenden Kulturen positiv ausfielen. 6mal war der Ausfall mit dem Diagnostikum negativ, mit lebenden Kulturen dagegen dubiös. Aus diesen einzig bis jetzt bekannten Fällen läßt sich jedoch ein abfälliges Urteil gegen das Diagnostikum nicht ziehen. Denn zunächst wurde die Beobachtung, daß Agglutination mit dem Diagnostikum eintrat, während sie nach der gewöhnlichen Methode negativ blieb, nie gemacht. Ferner könnte man aus den Untersuchungen Vervoots den Schluß ziehen, daß die von ihm benutzte lebende Kultur eine ungewöhnlich hohe Agglutinationsempfindlichkeit besaß, die vom Diagnostikum nicht erreicht wurde. Es ist aber durchaus nicht ausgemacht, ob dies ein besonderer Vorzug jener lebenden Kulturen ist, da eine vorzeitige Reaktion auch irreführen kann.

— Aus klinischen Beobachtungen von Montagnini über das **Isopral** („Allg. Med. Zentr.-Ztg.", 1904, Nr. 35) geht folgendes hervor: Verf. gab das Mittel in Tabletten, die er bei empfindlichen Irrsinnigen, zwecks Verdeckung des scharfen Geschmackes, in eine Oblate hüllte. Auf diese Weise konnte das Mittel, ohne mit der Zungenschleimhaut in Berührung zu kommen, geschluckt und dadurch ein Ausspucken desselben vermieden werden. Mit Ausnahme von 3 Fällen, in denen das Isopral bei Tage, und zwar mit recht gutem Erfolge, als Sedativum gegeben

wurde, erfolgte die Darreichung gewöhnlich abends zwischen 7 und 8 Uhr, bisweilen auch während der Nacht bei plötzlich auftretender Erregbarkeit. Die Patienten waren zum größten Teile an andere Schlafmittel gewöhnt. Verf. erzielte in 73% der Fälle ein günstiges Ergebnis. Die Wirkung des Isoprals kommt im allgemeinen prompt zur Geltung; sie tritt gewöhnlich schon nach einer Viertelstunde ein. Die Schlafdauer schwankt je nach der Größe der Dosis zwischen 4 und 10 Stunden. Der Schlaf ist ruhig, regelmäßig, nicht sehr tief: er nähert sich dem natürlichen Schlafe, dem ein Aufwachen in normalem Zustande folgt. Bei den drei untertags an Erregten gemachten Beobachtungen hielt die Beruhigung den Tag über an.

— Über **Behandlung der Tubargravidität** berichtet J. KAARSBERG („Hospitalstidende", 1904, Nr. 38). Die beste Behandlung ist die Exstirpation, bevor Komplikationen auftreten. Es ist daher in erster Reihe von Wichtigkeit, zeitig die Diagnose zu stellen. Wird die rechtzeitige oder nur ganz wenig verzögerte Menstruation abnorm stark und namentlich abnorm langwierig und treten gleichzeitig ungewohnte Schmerzen im Hypogastrium auf, so sind das hinreichende Symptome zur Untersuchung der Patientin durch eine kundige Hand, und findet sich nur ein kleiner Adnextumor, so muß der Regel nach die Patientin ins Hospital gebracht werden, damit man den Fall verfolgen und so rasch wie möglich die Diagnose stellen kann. Hier sind auch die Patientinnen bei etwa eintretender profuser Blutung am besten aufgehoben. Schmerzen und Kollaps im frühesten Stadium der Tubenschwangerschaft werden sehr wahrscheinlich durch intraperitoneale Blutungen hervorgerufen. Die Hämatokele, die zum Stillstand gekommene, deutlich abgegrenzte Blutung kann eine ungewöhnliche Lage haben, sie kann anteuterin oder ganz außerhalb des Beckens liegen. Schwindet eine solche Hämatokele nicht unter exspektativer Behandlung, so ist die Laparotomie zu machen. Zur Behandlung der retrouterinen Hämatokele ist die exspektative Behandlung zu versuchen, aber man darf die zuwartende Therapie nicht zu lange fortsetzen. Bei sehr großer Hämatokele zieht KAARSBERG die Laparotomie vor. Bei Hämatokelen, die sich wesentlich im Becken befinden, ist die Kolpotomie die beste Behandlung.

— In der **Ischiasbehandlung** hat BURNET („Lancet", 1904, Oktober) von der Anwendung des Ichthyolvasogen ausgesprochenen Nutzen gesehen. Bei der Verreibung dringt die Substanz in die Haut sowie in die darunter liegenden Gewebe, und eventuell bricht sie sich Bahn bis zum Nervengewebe selbst, was auf die besondere Wirkung des Vasogens als Vehikel in diesem Falle zurückzuführen sein würde, da das Vasogen bekanntlich die Absorption der Substanzen, für welche es als Vehikel gebraucht wird, unterstützt. Was das Ichthyol selbst betrifft, so übt es neben analgetischer auch eine vasokonstriktorische und antiphlogistische Wirkung aus. Unter diesen Umständen unterliegt die Wirkung des Ichthyols, sowohl in Form von Inunktionen wie auch innerlich verwendet, bei Neuralgien des N. ischiadicus oder auch anderer Nerven keinem Zweifel. Die Frage, ob das Ichthyolvasogen zu intramuskulären Injektionen verwendet werden könne, ist von großer Wichtigkeit und es liegt keine Veranlassung vor, das Ichthyolvasogen in dieser Weise nicht anzuwenden. Allerdings ist diese Anwendungsweise nicht ohne Gefahr. Die Gefahr kann aber dadurch verringert werden, daß man kleine Quantitäten auf einmal injiziert und bei der Manipulation sämtliche antiseptischen Kautelen auf das strengste befolgt.

— Zur **Serumtherapie des Scharlachs** berichtet KOLLY („Djetsk. Med.", 1904, Nr. 3). Verf. hat im Morosow-Kinderkrankenhause zu Moskau in 14 Fällen von Scharlach die Serumbehandlung angewandt. In 9 Fällen wurde das im Moskauer bakteriologischen Institut hergestellte MOSERsche Serum, in 5 Fällen das polyvalente Antistreptokokkenserum injiziert; letzteres wurde aus einem Gemisch von verschiedenen Streptokokkenarten gewonnen, das auch einen aus dem Blute von Scharlachkranken gezüchteten Streptokokkenstamm enthielt. Ein besonderer Unterschied in der Wirkungsweise dieses oder jenes Serums wurde nicht wahrgenommen. Die zur Serumbehandlung ausersehenen Fälle waren möglichst frisch und schwer; in der überwiegenden Mehrzahl von ihnen gelangten 200 cm^3, je 100 cm^3 jederseits in das Unterhautzellgewebe des Abdomens, zur Injektion. Der Erfolg war ein über alles Erwarten guter; von sämtlichen Patienten starb bloß ein einziger an Diphtherie, welche sich noch vor Ablauf von 24 Stunden nach der Einspritzung des MOSERschen Serums zur Grundkrankheit hinzugesellt hatte. Vor allem war bei den gespritzten Patienten die Besserung des Allgemeinbefindens und der nervösen Symptome in die Augen fallend; gleichzeitig damit fanden sich auch Schlaf und Appetit wieder ein. Die Temperatur sank in der Mehrzahl der Fälle kritisch, der Puls wurde voller, die Atmung gleichmäßiger und tiefer. Auf die Abschuppung übte das Serum nicht die mindeste Wirkung aus. Nephritis war kein einziges Mal zu konstatieren.

— Eine sehr empfindliche **Methode, um Gallenfarbstoffe im Harn nachzuweisen,** beschreibt RIEGLER („Rev. farm.", 1904). Man braucht dazu zwei Lösungen: 5 g Paranitroamidobenzen werden in 180 cm^3 Aq. dest. gelöst und unter Hinzufügen von 25 cm^3 reiner Schwefelsäure leicht geschüttelt. Eine Lösung von 2·5 g Natr. nitricum in 200 cm^3 destillierten Wassers. Diese Lösungen sind unveränderlich und gut haltbar. Um die Untersuchung vorzunehmen, werden in eine Eprouvette 4—5 cm^3 Chloroform geschüttet und dieselbe mit Harn fast vollständig gefüllt; man mischt durch oftmaliges Umstürzen die beiden Flüssigkeiten gut durcheinander, läßt das Chloroform sich am Boden der Eprouvette absetzen, dekantiert den Harn vorsichtig und schüttet über das Chloroform eine gleiche Menge 96%igen Alkohols, worauf man 5—6 Tropfen von Lösung Nr. 1 und ebensoviel von Lösung Nr. 2 hinzufügt und gut durchschüttelt. Sind Gallenfarbstoffe im Harn enthalten, so erscheint das sich nun am Boden absetzende Chloroform orange oder rot gefärbt. Diese Methode ist viel sicherer und empfindlicher als die viel benutzte GMELINsche.

— Den Wert der **inneren Behandlung des Blasenkatarrhs** bespricht C. POSNER („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 2). Von diätetischen Mitteln kommen in Betracht neben blander Diät, d. i. vorwiegender Milchkost, Vermeidung aller Gewürze und scharfen Säuren, Beschränkung auf weißes Fleisch, Vermeidung von Alkohol, der nur in chronischen Fällen in Form von gutem Bier oder leichtem Wein und mit Maß gestattet ist, ferner der Gebrauch von Mineralwässern. Akute Zystitiden schließen die letzteren aus, weil die ihnen zukommende diuretische Wirkung die Beschwerden der Patienten nur steigert, bei subakuten Fällen empfiehlt POSNER Fachinger, Biliner, Gießhübler oder Wernarzer Wasser, die Wildunger Quellen bei chronischen Katarrhen. Von Medikamenten steht obenan das Urotropin. Sein therapeutischer Effekt ist zweifellos; er scheitert bisweilen an der Beschaffenheit des Infektionserregers. Die neueren Ersatzmittel des Urotropins, das Helmitol bzw. Neurotropin, das Hetralin, auch das Griserin führen nicht weiter; sie wirken nur, wo Urotropin wirkt; wo Urotropin versagt, lassen auch sie im Stich. Neben diesen Mitteln verdienen einige ältere Mittel, besonders die Balsamika Beachtung.

— Bei **Angina und Diphtherie** hat JUSTI mit Erfolg Pinselungen mit 5%igen wässerigen Kollargollösungen vorgenommen („Münchener. med. Wochenschr.", 1904, Nr. 49). Die Fälle von Angina lacunaris zeigten alle eine schnelle Abheilung unter dem Gebrauch der Kollargolpinselungen. Die Entzündung und die Beläge gingen nach wenigen Applikationen gewöhnlich schon vor Ablauf der ersten 24 Stunden zurück. Die Pinselungen werden stets gut vertragen, sie verursachen keine Schmerzen, rufen einen metallischen Geschmack hervor; üble Wirkungen von etwa verschluckten Flüssigkeitsquantitäten treten nicht ein. In einem Diphtheriefalle sah Verf. nach Kollargolpinselung ein überraschend schnelles Verschwinden der Beläge.

— Das **Mesotan** hat NEUBAUER („Wiener klin.-therap. Wochenschrift", 1904, Nr. 20) in einer ganzen Reihe von Fällen, bei rheumatischen Affektionen verwendet, im ganzen 11mal, und zwar 7mal bei Muskelrheumatismus und 4mal bei rheumatischen (akuten) Gelenksaffektionen. Die Verschreibung lautete stets: Mesotan, Ol. olivar aa. partes aequ. Die erkrankte Stelle wurde durch 2—3 Minuten sanft eingerieben, worauf sich leichtes Wärmegefühl und Rötung der Haut einstellten. Die Schmerzen verschwanden bei 2—4maliger Anwendung des Mittels im Tage nach längstens 5 Tagen vollständig. Dabei ist zu bemerken, daß man von einer inneren Medikation in den genannten 11 Fällen vollständig absah. Unangenehme Nebenerscheinungen konnten nicht beobachtet werden, nur in 2 Fällen, wo die Einreibungen etwas zu heftig vorgenommen wurden, traten länger

andauerndes Brennen und Erythem auf, welche Erscheinungen aber nach ungefähr 12 Stunden vollkommen verschwanden. Ebenso äußert sich SOFRONOFF über das Mesotan (Inaug.-Diss., 1904.)

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der venerischen Erkrankungen. Von **Dozent Dr. Rudolf Matzenauer**, interim. Leiter der k. k. Universitätsklinik für Syphilis und Dermatologie. Erster Teil. Wien 1904, Moritz Perles.

Der vorliegende erste Teil des Buches ist der „Syphilis" gewidmet, ohne die Pathologie derselben — jedenfalls in Rücksicht auf den Umfang des zweiten Teiles — zu erschöpfen; es fehlt noch eine ganze Reihe von Kapiteln, insbesondere auch noch das der hereditären Lues. Es ist dies im vorliegenden Falle um so bedauernswerter, als gerade die Behandlung dieses Stoffes erst dem Buch sein Eigengepräge und seine Sonderart geben wird, wie sich das nach den vorausgegangenen Arbeiten des Autors kaum anders erwarten läßt. Ein kurz gefaßter geschichtlicher Überblick bildet die Einleitung des Buches; derselbe beschäftigt sich natürlich auch mit der Streitfrage über den europäischen oder amerikanischen Ursprung der Syphilis und läßt die noch unentschiedene Frage offen. Der Skizzierung des allgemeinen Verlaufes der Syphilis sowie ihrer Verbreitung schließen sich bereits, wenn auch nur kurz zitiert, die gelungenen Versuche von ROUX und METSCHNIKOFF, Syphilis auf Affen zu übertragen, an. Die Behandlung bzw. Einteilung des engeren Stoffgebietes folgt dem bewährten Muster alter Autoren, d. h. sie folgt dem naturgeschichtlichen Ablauf der Krankheit. Die Bezeichnung „initiale" Papel will MATZENAUER ausschließlich für jene Fälle reserviert wissen, wo gleichzeitig bei einem Primäraffekt an der Portio vaginalis oder an der Vagina kleine, meist nicht über schrotkorn- bis kleinlinsengroße, pergamentartig derbe, flache, papulöse Effloreszenzen an der Innenseite der kleinen Labien auftreten, noch lange bevor die Proruption der allgemeinen Haut- und Schleimhautausschläge erfolgt ist; sie sind in seinem Sinne Impfsklerosen. Vielen Einzelkapiteln kann der Autor eigene Arbeiten als Grundlage geben, so in der Frage des Konstitutionellwerdens der Syphilis seine Studien über Exzision des Primäraffektes, weiters im Kapitel der Brustdrüsensyphilis seine zugehörige Publikation usw. Die verschiedenen Exanthemformen in ihren vielfach wechselnden Bildern finden ihre lebhafte Charakterisierung, insbesondere auch mit Rücksicht auf ähnliche klinische Bilder, wobei die differentialdiagnostischen Merkmale anschaulichst hervorgehoben werden. Dagegen können wir mit den präzisen Zeitbestimmungen des Alters der Krankheit nach dem Vorhandensein der klinischen Erscheinungen, wozu sich der Autor beim Palmar- und Plantarsyphilid, beim Leukoderm, bei nässenden Papeln etc. verlockt fühlt, nicht übereinstimmen, weil sie eben zu präzise und bestimmt hingestellt werden. Noch wollen wir erwähnen, daß MATZENAUER die FINGERsche Erklärung des Zustandekommens der Gummen als Toxinwirkung verwirft. Die vom Autor eingefügten kasuistischen Beobachtungen sind insgesamt interessant und immer am Platze, um eine eben skizzierte Tatsache ins rechte Verständnis zu rücken. Überall hat er auch Gelegenheit, seine souveräne Beherrschung des Stoffes und der Literatur merken zu lassen. Das Buch wird sich viele Freunde erwerben. DEUTSCH.

Die Lehre von der Kindesabtreibung und vom Kindesmord. Von **Dr. Heinrich v. Fabrice.** Zweite, neubearbeitete Auflage. Berlin 1904, H. Barsdorf.

Das alte, bereits 1868 erschienene Werk von FABRICE präsentiert sich nun, von A. WEBER neubearbeitet, in moderner Form. Historische und ethnologische Notizen nehmen wie früher einen breiten Raum ein und verleihen dadurch dem Werk einen weiteren kulturhistorischen Charakter. Im rein medizinischen Teile, insbesondere in der Untersuchung auf Kindesmord, sind die Ergebnisse der forensischen Medizin in ihrem neuesten Stande allseitig berücksichtigt worden und es wird dadurch das Buch für den beamteten Arzt hauptsächlich sich als wertvolles Nachschlagewerk bewähren. FISCHER.

Die Überbürdung der Lehrerinnen. Vortrag, gehalten auf dem Internationalen Kongreß für Schulhygiene zu Nürnberg am 6. April 1904. Von **Dr. med. Ralf Wichmann**, Nervenarzt in Harzburg. Halle a. d. S. 1904, Karl Marhold.

Auf Grund einer an die Lehrerinnen des Deutschen Reiches gerichteten Rundfrage stellt der Verf. folgende Thesen auf: „Es gibt keine allgemeine Schulüberbürdung der Lehrerinnen in Deutschland; die vorhandene Überbürdung der Lehrerinnen ist zwar ziemlich häufig, aber als Ausnahmserscheinung zu betrachten; die Gründe der Überbürdung der Lehrerinnen liegen nicht zum geringsten Teil in der Lehrerin und in deren häuslichen Verhältnissen. A.

Feuilleton.

Die Ursachen der Linkshändigkeit.

Eine physiologisch-anatomische Studie.

(Auf Grund neuerer Veröffentlichungen.*)

Der Mensch bevorzugt bei allen wichtigeren Verrichtungen die rechte vor der linken Hand. Mit der Rechten hält er das Schwert, die Werkzeuge, die Feder, mit ihr schüttelt er Anderen die Rechte, sie benutzt er zum Gestikulieren, zum Segnen, bei allerlei Zeremonien usw. Als Ehrenplatz gilt der Platz zur Rechten. Der Deutsche und der Franzose nennen einen Ungeschickten „linkisch" und in mehreren anderen Sprachen ist „Unbeholfenheit" gleichbedeutend mit „Gelinktheit". Das englische „sinister" (= unheilvoll, böse) bedeutet im Lateinischen „linkshändig."

THOMAS CARLYLE schrieb kurz vor seinem Tode: „Welch merkwürdig bevorzugte Rolle doch die rechte Hand bei der ganzen Menschheit spielt! Wir haben es da wahrscheinlich mit der absolut ältesten menschlichen Einrichtung zu tun. Ich bin neugierig, ob es irgend ein Volk gibt, das zwischen den beiden Händen keinen Unterschied macht... Warum gerade die Rechte gewählt wurde, ist eine unlösbare Frage, deren Aufwerfen nicht lohnt, es sei denn, daß man sie wie ein Rätsel behandle. Wahrscheinlich rührt die Sache von Kämpfergewohnheiten her, denn die Rechte schützt das Herz und dessen Umgebung am besten und ist zum Schildtragen am geeignetsten."

Was der „Weise von Chelsea" als eine Art unlösbaren Rätsels betrachtete, haben viele seitherige Forscher für sehr ergründenswert gehalten. Insbesondere der hervorragende Gelehrte Sir DANIEL WILSON, der denn auch eine plausible Aufklärung beibringt, und zwar in seinem vor etwa 15 Jahren erschienenen vortrefflichen Werk „Lefthandedress" („Die Gelinktheit"), in welchem er, der selber linkshändig war, die Ergebnisse theoretischer Untersuchungen mit denen praktischer Beobachtungen an sich selbst vereinigte.

Bekanntlich gibt es viele Linkshänder — woher rührt dies? Ist der allgemeine Gebrauch der Rechten lediglich die eingewurzelte, ererbte Folge einer uralten Gewohnheit der Menschen? Oder beruht er auf natürlichen, also mehr oder minder unabänderlichen Ursachen physischer, konstitutioneller Art? Um hier Klarheit zu schaffen, muß man zunächst untersuchen, in welchem Maß die Rechtshändigkeit vorgeherrscht hat und noch vorherrscht, bzw. ob es je eine Zeit gab, in welcher die beiden Hände einander gleichgestellt waren, oder ob dies überhaupt nie der Fall war. Der 1883 verstorbene berühmte Romancier CHARLES READE, der beide Hände gleich geschickt zu benutzen verstand und mit Recht eifrig für die Erziehung der Jugend zur praktischen Zweihändigkeit eintrat, erklärte sich in seinem Buche „Der künftige Mensch" für die erstere Annahme (daß früher kein Unterschied gemacht wurde) und behauptete, daß es noch jetzt barbarische Stämme gebe, denen die Bevorzugung einer Hand unbekannt sei. Hiernach wäre die Bevorzugung also ein Ergebnis künstlicher, später ererbter Angewöhnung. Sir DANIEL WILSON, der dem Gegenstande ein langjähriges Studium widmete, ist seinerseits zu ganz anderen

*) In erster Reihe sind zu nennen die von Dr. FRITZ LUEDDECKENS, Sir DANIEL WILSON, Dr. ANDREW WILSON und Dr. ALBERT KUFFERSCHMID.

Schlüssen gelangt als READE, und zwar auf Grund archäologischer, paläontologischer, philologischer, geologischer und geschichtlicher Forschungen.

Was die vorgeschichtlichen Höhlenbewohner aus der Steinzeit betrifft, so waren dieselben nach WILSON, der ihre Feuersteinwerkzeuge auf das sorgfältigste geprüft hat, mit seltenen Ausnahmen rechtshändig. Dasselbe folgerte er aus zahlreichen Andeutungen in allen bekannt gewordenen ältesten und primitivsten Sprachen sowie in antiken Handschriften. Der Umstand, daß eine Reihe von orientalischen Sprachen — darunter das Hebräische — nicht von links nach rechts, sondern umgekehrt geschrieben werden, könnte im ersten Augenblick auf Gelinktheit schließen lassen, allein nähere Untersuchung widerlegt diese Vermutung. Jene Schriften sind nämlich nicht fortlaufend, d. h. die Buchstaben werden nicht miteinander verbunden, bleiben vielmehr getrennt, so daß es geradezu naturgemäßer ist, daß sie mit der Rechten geschrieben werden. Einige altägyptische Denkmäler scheinen bei oberflächlicher Betrachtung auf Gelinktheit hinzudeuten; eingehendes Studium ergibt aber, daß das irrig ist. Während nämlich ein rechtshändiger Künstler das Gesicht eines Profils, das er zeichnet, begreiflicherweise links anbringen wird, zeigen manche ägyptische Reliefs nach rechts gewandte Gesichter; aber die Ursache ist nicht in etwaiger Gelinktheit der betreffenden Bildhauer zu suchen, sondern in architektonischen Effektrücksichten. Auch dort, wo eine Gestalt eine Feder oder ein Schwert in der Linken hält, haben wir es nur mit Ausnahmen zu tun, welche lediglich auf Rücksichten der Symmetrie oder Perspektive zurückzuführen sind. Wo derartige Erwägungen unnötig waren, findet sich stets die Rechte bevorzugt. Bezüglich der auf eine längst entschwundene Kultur hinweisenden zentralamerikanischen Denkmäler ist zu bemerken, daß die steinernen Gestalten zumeist nach links blicken, also von rechtshändigen Künstlern gemeißelt worden sein dürften.

Für das Alter und die Allgemeinheit der Rechtshändigkeit sprechen auch einzelne Bezeichnungen der Himmelsgegenden in verschiedenen Sprachen. So z. B. bedeutet das hebräische Wort „jamin" sowohl Süden als auch „rechte Hand"; das gleiche gilt von dem sanskritischen „Fakschina", dessen Ableitungen wir in den meisten indo-europäischen Sprachen finden, und ähnlichem begegnen wir auch anderwärts. Diese Doppelbedeutung rührt davon her, daß die betreffenden Völker sich durch die Richtung des Sonnenaufganges orientierten und dabei den Süden natürlich zur Rechten hatten. Aus alledem folgert WILSON, daß die Rechtshändigkeit kein Zufall, keine bloße Gewohnheit, sondern in unserer physischen und geistigen Natur begründet ist. Wenn also die Angeln und Klinken der Türen, die Windungen des Korkziehers, die Zusammenstellung der Schere und tausend andere Dinge auf die Rechte berechnet sind, so habe das seine triftigen Ursachen.

Diese Folgerung eines natürlichen Grundes brachte Sir DANIEL WILSON dazu, die Entdeckung der Beschaffenheit desselben anzustreben. In diesem Punkt herrscht große Meinungsverschiedenheit. Während z. B. der hervorragende Anatom BARCLAY vor einigen Jahrzehnten die Ansicht aussprach, daß der linken Seite des Körpers Blut in geringerer Menge und minder regelmäßig zufließe als der rechten — da die Adern der linken Seite die große Pulsader durchqueren müssen, um zur Blutkammer zu gelangen —, verfocht der Glasgower Universitätsprofessor BUCHANAN die Lehre, die Rechtshändigkeit sei bedingt durch mechanische Gesetze, welche mit dem Bau und der Lage der Eingeweide zusammenhängen; so habe die rechte Lunge drei, die linke bloß zwei Flügel; auch liege die Leber, das schwerste Organ des Körpers, rechts. Dr. STRUTHERS sucht die BUCHANANsche Theorie dadurch zu bekräftigen, daß er das Gewicht der rechts von der Medianader liegenden Eingeweide für um $22^3/_4$ Unzen (= zirka 670 *g*) schwerer erklärt als die linksseitigen. Aber die genannten Gelehrten gaben beziehungsweise selber zu, daß ihre Anschauungen nicht hinreichen, alle einschlägigen Erscheinungen zu erklären. Sir DANIEL WILSON räumt der Einrichtung der Eingeweide zwar einigen Einfluß ein, sucht aber den Hauptgrund anderswo, in dem Verhältnis zwischen den Händen und dem Gehirn. Die beiden Halbkugeln des letzteren arbeiten bekanntlich in entgegengesetzten Richtungen — als Mittelpunkte der Nerven- und der Muskelkraft, wobei die linke Halbkugel die rechte Körperseite beeinflußt und umgekehrt. Nun ist aber das linke Hirn größer und gewundener als das rechte; auch empfängt es seinen Blutzustrom unmittelbarer. BROCA fand bei 40 Gehirnen den linken Vorderlappen schwerer als den rechten und BOYD erzielte mit der Prüfung von 500 Gehirnen dasselbe Ergebnis. Aus alledem würde hervorgehen, daß dort, wo Gelinktheit vorhanden, ausnahmsweise die rechte Hirnseite schwerer ist als die linke. Begreiflicherweise sucht WILSON nach einer Gelegenheit zur praktischen Erprobung dieser Schlußfolgerung. Nach mehrjährigem Warten bot sich eine solche durch den Tod eines unverbesserlich linkshändigen Soldaten in Toronto (Kanada). Die Abwiegung des Gehirns ergab ein schwereres Gewicht der rechten Halbkugel.

Vor etwa 10 Jahren stellte Dr. ROSENBERGER eine originelle Theorie auf, indem er das Überwiegen der rechten Hand in Zusammenhang brachte mit der scheinbaren Bewegung der Gestirne, dem Orientierungsbedürfnis des Menschen im Raume und der daraus sich ergebenden Notwendigkeit der künstlichen Scheidung des Körpers in zwei asymmetrische Hälften: eine linke, negative und eine rechte, positive; ferner mit dem Umstande, daß der nach vorn ausgestreckte rechte Arm des (zwecks Orientierung nach der Sonne schauenden) Bewohners höherer Breiten der nördlichen Halbkugel besser in der Lage ist, Rotationsbewegungen im Sinne des Sonnenunterganges auszuführen, als der linke. Abgesehen von anderen Unwahrscheinlichkeiten, dürften ROSENBERGERS Vermutungen schon darum verfehlt sein, weil für die der nordhemisphärischen Rechtshändigkeit notwendig entsprechende Linksablenkung auf der südlichen Halbkugel auch nicht die geringsten Beweise vorhanden sind. Nicht besser steht es mit einem Erklärungsversuch, den ein Anonymus vor längerer Zeit in der Pariser „Nature" machte. Danach soll der Säugling häufiger an die stärker entwickelte rechte Mutterbrust gelegt werden, somit der rechte Arm, weil weniger beengt, in der Lage sein, öfter spontane Bewegungen auszuführen und so früher zu erstarken als der linke. Die Lehrbücher der Anatomie wissen davon nichts; persönliche Erkundigungen bei Fachleuten ergaben zum Teil negatives, zum Teil gegenteiliges Resultat. Ebensowenig ist die Hypothese nachzuweisen, daß die Kinder in der Jugend mehr auf dem rechten als auf dem linken Arm getragen werden.

Nach BOLK steht „die stärkere Ernährung der linken Hirnhälfte, welche das Nervenzentrum für die rechte Körperhälfte ist", mit der Rechtshändigkeit in Beziehung. Nach BIERVLIET „nimmt auch das Nervensystem an der Asymmetrie teil". BUSCHAN schreibt in einem Aufsatz („Umschau", 1902): „Beim erwachsenen Menschen ist in den weitaus meisten Fällen die rechte Körperhälfte stärker entwickelt, wobei das linke Bein eine Ausnahme macht.... Die Fähigkeit des Nervensystems ist immer auf der gleichen Seite erhöht, wo die Entwicklung der Gliedmaßen die stärkere war. Niemals ist ein Rechtser mit seinem Gehör, seiner Sehkraft usw. ein Linkser. Auch die Rechts- und Linkshändigkeit ist angeboren und man ist nicht imstande, durch Erziehung einen Linkser zu einem Rechtser zu machen und umgekehrt."

Die „Angeborenheit" leugnen mehrere andere Forscher; auch wird wiederholt behauptet, daß man einen Linkser zu einem Rechtser machen könne. Unter den von den deutschen Ärzten LANGSTEIN und HECHT untersuchten zahlreichen Rechts- und Linkshändern befand sich ein junger Soldat, der ursprünglich gelinkt war und sich bei Erlernung seines Handwerks und später während des Militärdienstes den vorwiegenden Gebrauch der Linken — allerdings mit Mühe — abgewöhnt hatte und seit Jahren flott mit der Rechten arbeitete. Immerhin bediente er sich, so oft er besonderer Geschicklichkeit bedurfte, der Linken. Nicht nur durch Angewöhnung, sondern auch durch hypnotische Suggestion scheint man die Linkshändigkeit loswerden zu können. Einen einschlägigen Versuch machte ein Arzt mit einer vierjährigen Gelinkten. In der Hypnose wurde die rechte Hand des Kindes gefaßt und man befahl ihm, von nun an nur mehr diese zu gebrauchen. Die Wirkung der Suggestion war eine überraschende, da das Mädchen von jetzt an häufiger die rechte Hand zu brauchen begann und seit der nach wenigen Tagen vorgenommenen dritten Sitzung dauernd rechtshändig war und geblieben ist. „Ganz abgesehen", heißt es in einem Referate der „Wiener klinischen

Wochenschrift", „von dem therapeutischen Erfolge, ist dieser Fall deshalb von besonderem Interesse, weil aus dem Effekte der Behandlung einer Linkshändigkeit durch Suggestion die Tatsache sichergestellt zu sein scheint, daß auch da, wo sich die Linkshändigkeit gleich im Kindesalter entwickelt hat, ursprünglich eine gleichwertige Anlage beider Hirnhemisphären bestehen kann. Dieser Fall spricht aber nicht nur gegen das Übergewicht der rechten Hirnhälfte als Ursache der Linkshändigkeit, sondern auch dafür, daß es jedenfalls der Erziehung möglich sein muß, gleich von Beginn an einer Linkshändigkeit vorzubeugen."

Beachtung verdienen die folgenden Ausführungen, welche ein Ungenannter vor mehreren Jahren in der „Frankfurter Zeitung" veröffentlichte und welche an die weiter oben erwähnte CARLYLEsche Vermutung erinnern: „Die Präponderanz der rechten Hand ist eben nichts uranfänglich Gegebenes, sondern eine Errungenschaft der Kultur, ein Resultat der fortschreitenden körperlichen und geistigen Differenzierung und Arbeitsteilung. Als der Mensch zum Menschen ward, als der Bau seines Körpers ihn befähigte und zwang, aufrecht zu gehen, hatte die rechte Hand wohl dieselbe Bedeutung wie die linke. Während den Beinen und Füßen, als den Organen der Fortbewegung, gleiche Rechte und Pflichten bis heute zukommen, schied sich die zu reicherer Entfaltung bestimmte Tätigkeit der Arme und Hände also, daß der linken Hand mehr die passive, der rechten die aktive, zufassende, angreifende Rolle zufiel. Die Präponderanz der rechten Hand dürfte von Haus aus sogar eine sekundäre Erscheinung sein: die Notwendigkeit, im Kampf gegen Mensch und Tier den edelsten Teil des Körpers, das Herz, durch die bewehrte oder unbewehrte Linke zu schützen, wurde auf allerniedrigster Kulturstufe — Kampf war damals die Losung; für die Orientierung sorgte der urmenschliche Instinkt besser als das Anschauen der Gestirne — die Veranlassung, Keule und Beil, Messer und Spieß in die Rechte zu nehmen. Diese Gewohnheit übertrug sich auf friedliche Beschäftigungen. Seit jenen Tagen beginnenden Menschentums hat sich, auch nachdem die primäre Ursache größtenteils weggefallen, das Übergewicht der rechten Hand durch Vererbung und Erziehung unter den Kulturvölkern immer mehr herausgebildet und befestigt. Bei Naturvölkern dagegen tritt diese Differenzierung zuweilen noch heute weniger deutlich hervor, wie denn auch zum Teile bei denselben die Scheidung der vorderen von den hinteren Gliedmaßen minder scharf durchgeführt ist (Greiffuß). In ähnlicher Lage befinden sich unsere Kinder, die zum Gebrauche und zur konventionellen Höherwertung der Rechten geradezu erzogen werden müssen. In letzter Linie bildet also die Organisation des menschlichen Körpers, die Lage des Herzens, vielleicht auch mitwirkend die Beschaffenheit der Aorta, verbunden mit Beziehungen des Menschen zur Außenwelt, die primäre Veranlassung zur kräftigeren Entwicklung des rechten Armes, zur größeren Geschicklichkeit der rechten Hand, kulturelle Faktoren kamen hinzu."

(Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der deutschen med. Fachpresse".)

XXI.

Abteilung für innere Medizin.

RÓTH-SCHULZ (Budapest-Nervi): **Die Entstehung der Wassersucht bei Nierenkranken.**

Vortr. berichtet über die neuen Gesichtspunkte, welche aus seinen gemeinsam mit Dr. G. KÖVESI angestellten kryoskopischen und Stoffwechseluntersuchungen für die Pathogenese der Nierenwassersucht hervorgehen. Die entscheidende Ursache derselben ist die Abnahme der Wassersekretionskraft und Verdünnungsfähigkeit der Nieren, welche sich im negativen Resultat des von den Verfassern bereits vor vier Jahren angegebenen Verdünnungsversuches äußert und sich durch diese Art der funktionellen Prüfung quantitativ messen läßt. Bei der weiteren Verfolgung dieser Verhältnisse hat sich ergeben, daß bei inkompensierten Nephritiden die Konzentrations-Regulierungsfähigkeit der Nieren sowohl nach der Seite der Verdünnung wie der Verdichtung hin gelitten hat, so daß die Gesamtkonzentration (Gefrierpunkt) des Harnes in ausgesprochenen Fällen ganz unabhängig von den Variationen der Einfuhr und Zersetzung auf ein fixes Niveau eingestellt ist. Mit einiger Beschränkung gilt das auch für die partiären Konzentrationen an Kochsalz und Stickstoff. Hand in Hand mit diesen Veränderungen geht die Retention des Wassers und der gelösten Harnbestandteile. Zwischen den beiden Arten der Retentionen ist im Stoffwechselversuche ein gewisser Parallelismus nachzuweisen. Die Wasserretention führt zur hydrämischen Plethora, da die extrarenalen Faktoren der Wasserausscheidung für die mangelnde Harnwasserausfuhr keineswegs kompensatorisch eintreten können. Die insensible Perspiration ist nämlich bei Nierenkranken — wie dies von v. KORÁNYI nahegelegt wurde — infolge des erhöhten osmotischen Druckes des Blutes und der Gewebsflüssigkeiten beeinträchtigt. Für diese Auffassung werden vom Vortragenden auch eigene Versuchsreihen geltend gemacht. Die hydrämische Plethora schafft sich selbst jene Bedingungen (erhöhter Filtrationsdruck, Überwindung des Widerstandes der Kapillarwand und der Gewebselastizität), welche zu einer erhöhten Filtration von Gewebsflüssigkeit führen. Für die mangelhafte Resorption von Gewebsflüssigkeit ist ceteris paribus die Hydrämie verantwortlich, da der normale Eiweißgehalt des Blutplasmas eine bedeutende Treibkraft für die Beförderung von Gewebsflüssigkeit in die Blutbahn abgibt.

NECKER und **SCHEUER** (Wien): **Über einige konstante Befunde im Harn bei Pneumonie.**

Vortr. fanden, daß der kruppösen Pneumonie ein typisches Harnbild zukomme, welches durch die Verminderung der Chloride und des Kalkes, die regelmäßig auftretende Albuminurie und Peptonurie sowie durch die Ausscheidung einer mit Kochsalz fällbaren, gerinnungsalterierenden Protalbumose und eines mit Essigsäure fällbaren Nukleoproteids charakterisiert ist. Das Fehlen dieses Harnbildes bei pneumonischen Prozessen anderer Genese (Influenzapneumonie, Bronchopneumonie etc.) sowie bei allen anderen untersuchten Affektionen der Atmungsorgane (tuberkulöse Infiltrate etc.) gewährt in jenen Fällen, wo die kruppöse Pneumonie diagnostisch schwer zugänglich ist (zentrale Pneumonie, Potatorenpneumonie) ein besonderes klinisches und diagnostisches Interesse. Des weiteren läßt sich jede Störung in der Resolution des pneumonischen Prozesses bei Beachtung der Albumosen und Peptonausscheidung deutlich erkennen.

AUFRECHT (Magdeburg): **Die Genese der Lungenschwindsucht.**

Vortr. ist zu der Überzeugung gelangt, daß die Krankheit keine rein infektiöse ist. Er hat trotz nahen Verkehrs der Krankenhausinsassen mit Lungenschwindsüchtigen, trotz nahen Verkehrs der Ehegatten, deren einer schwindsüchtig ist, nie gesehen, daß die Krankheit durch Einatmung in bis dahin gesunde Lungen gelangt ist.

Ein günstiger Zufall ließ ihn einen bohnengroßen, käsigen, tuberkulösen Herd in der rechten Lungenspitze finden. Daneben war nur noch ein zweiter, nahezu ebenso großer in derselben Spitze, sonst war im ganzen Körper keine tuberkulöse Veränderung. Die mikroskopische Untersuchung dieser Tuberkels ergab, daß der ganze Herd der Ausbreitung eines Blutgefäßes entsprach. Das Blutgefäß geht in dem Herd auf und im Lumen steckt ein Thrombus. Die Wand des Gefäßes ist verdickt und von Granulationszellen durchsetzt, so daß Vortr. annimmt, daß eine Erkrankung der Gefäßwand der Thrombusbildung vorausging; beides führt seiner Ansicht nach zu einer Nekrose des betreffenden Gewebsabschnittes.

Bei weiteren Untersuchungen von Tuberkeln fand er im Zentrum eine amorphe, brüchige Masse, so daß auch hier die Vermutung nahe lag, daß die Ursache in einer Erkrankung der Wand des zuführenden Gefäßes liegen müsse.

Er führt drei Beweise für seine Anschauung auf:

1. Das Tierexperiment. Führt man Kaninchen durch die Ohrvene Tuberkelbazillen ein, so erzielt man nach 2—3monatlicher Dauer eine Lungentuberkulose; die Tuberkel der Lunge sind von genau derselben Struktur wie die eben erwähnten. Hier war nun auch noch die verdickte Gefäßwand von zahlreichen Tuberkelbazillen durchsetzt, so daß er sagen kann; da die auf dem Blutgefäßwege beim Tiere eingeführten Tuberkelbazillen zuerst bei eigener Wucherung zur Vermehrung der Gefäßwandelemente und dann zur Entstehung der käsigen Tuberkel führen, da die experimentell erzeugten Tuberkel mit denen der Menschen histologisch vollkommen übereinstimmen und da auch beim Menschen in den durch Wucherung der zelligen Elemente verdickten

Gefäßwänden zahlreiche Bazillen vorhanden sind, so folgt daraus, daß die Gefäßwanderkrankung die Ursache der käsigen Tuberkel des Menschen ist, also eine Inhalation des Bazillus dabei nicht in Frage kommt.

Zweiter Beweis dafür ist ein Tuberkel, der aus prall gefüllten Kapillaren, eine Folge der Rückstauung des Blutes, besteht. Ein anderer Tuberkel ist so getroffen, daß das hineinführende Gefäß quer durchschnitten ist. In den meisten Fällen ist es freilich nicht möglich, das zuführende Gefäß zur Anschauung zu bringen.

Dritter Beweis ist der, daß die Struktur des Milz- und Nierentuberkels die gleiche ist wie die des Lungentuberkels.

Es ist somit ein Irrtum, daß der käsige Tuberkel aus dem grauen hervorgeht, ebenso wie die Lehre, daß der Tuberkel gefäßlos ist. Auch der Miliartuberkel ist nur der Durchschnitt eines kleinen Gefäßes, dessen Wand durch das Eindringen der Tuberkelbazillen verdickt ist, wie am Präparat ersichtlich ist. Auch die käsige Pneumonie ist, wie sich am Präparat erweist, nur durch das Vorhandensein der käsigen Tuberkel angeregt resp. verursacht.

Vortr. schließt aus seinen Vorführungen, daß der Tuberkelbazillus in die Blutgefäße, etwa auf dem Wege der Tonsillen durch Hals- und Mediastinaldrüsen, eindringt. Die Furcht der Laien, ein zufällig eingeatmeter Bazillus könne einen Menschen schwindsüchtig machen, ist daher unbegründet.

PETRUSCHKY (Danzig): **Beobachtungen über Ehen und Nachkommenschaft Tuberkulöser, die mit Tuberkulin behandelt wurden.**

Das Eheproblem Tuberkulöser ist nach zwei Richtungen bemerkenswert: 1. der Gefahr für die Nachkommenschaft wegen, 2. wegen der Gefahr für die tuberkulöse Frau selbst im Wochenbette. Das Wochenbett ist ein gutes Kriterium für die Dauerhaftigkeit der Heilung der Tuberkulose. Wir können den Begriff der Heilung auch sonst durch das KOCHsche Tuberkulin bestimmen. PETRUSCHKY verfügt über 11 Fälle von Puerperium bei tuberkulösen Frauen, und zwar waren 7 davon Fälle von offener Tuberkulose, 4 Fälle von geschlossener Tuberkulose.

Notizen.

Wien, 24. März 1905.

(Allgemeine Ärzteversammlung.) Die Versammlung der Wiener Ärzteschaft, welche die Wiener Ärztekammer für den 18. März einberufen hatte, um gegen die Durchführungsverordnung zum Gesetzentwurfe betreffend die Regelung des Zahntechnikergewerbes und gegen die Ignorierung der Ärztekammern bei den Vorarbeiten zu diesem Gesetze zu protestieren, hat bei massenhafter Beteiligung einen würdigen Verlauf genommen, obgleich von jener Seite, welche die Einigkeit der Ärzteschaft bei jedem Anlasse zu stören bestrebt ist, auch diesmal außer- und innerhalb der Versammlung solche Versuche unternommen worden waren. Die unter Vorsitz des Kammerpräsidenten Prim. Doz. Dr. EWALD tagende Versammlung, welcher als Gäste Vertreter der niederösterreichischen und steiermärkischen Kammern beiwohnten, begleitete die Ausführungen des Referenten Dr. J. KRIPS, der in kernigen Sätzen für das gesetzlich gewährleistete Prinzip eintrat, die Behandlung von Kranken komme ausschließlich den Ärzten zu, mit demonstrativem Beifall und nahm die von der Kammer vorgelegte Resolution ohne Debatte einstimmig an. Die Resolution hat folgenden Wortlaut:

> Die am 18. März 1905 versammelten Ärzte Wiens erklären es für eine Gefährdung der Volksgesundheit und einen gewaltsamen und ungerechtfertigten Eingriff in den ärztlichen Wirkungskreis, daß in der Durchführungsverordnung zum Gesetzentwurfe betreffend die Regelung des Zahntechnikergewerbes Laien das Recht erteilt werden soll, ärztliche Verrichtungen vorzunehmen.
>
> Sie erheben Protest gegen den genannten Passus der Durchführungsverordnung und bestehen auf dem ihnen im Gesetze vom 22. Dezember 1891, RGBl. Nr. 6 ex 1892, gewährleisteten Rechte, nach welchem den Ärztekammern über Angelegenheiten, welche den Wirkungskreis der Ärztekammern tangieren, von den Behörden Gelegenheit zur gutächtlichen Äußerung zu geben ist.

(Universitätsnachrichten.) Geheimrat WALDEYER in Berlin ist von der „Society of medical Jurisprudence“ in New-York zum Ehrenmitgliede ernannt worden. — Prof. Dr. KAUFFMANN in Basel ist als Direktor des pathologischen Institutes nach Köln berufen worden. — Der akademische Senat in Leipzig hat nunmehr für die Verwaltung des der dortigen Universität zugefallenen Nachlasses des Medikohistorikers PUSCHMANN die näheren Bestimmungen getroffen. Das Vermögen im Betrage von nahezu einer halben Million Mark wird als Puschmann-Stiftung besonders verwaltet. Zweck derselben ist die Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiete der Geschichte der Medizin. Dieser Zweck soll verwirklicht werden: 1. durch Anregung und Subventionierung solcher Arbeiten; 2. durch Bestreitung der Kosten eines Lehrstuhles für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig; 3. durch Beschaffung der wissenschaftlichen Hilfsmittel für diese Disziplin.

(Personalien.) Der praktische Arzt in Böhmisch-Skalitz Dr. AUGUST KORDINA hat den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten. — Dr. A. KORN in Berlin hat vor wenigen Tagen sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Die gleiche Feier hat auch San.-Rat Dr. FUCKEL in Schmalkalden begangen.

(II. Kongreß zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.) Der gegenwärtig in München tagende Kongreß diskutierte unter anderem die Schweigepflicht der Ärzte bei sexuellen Erkrankungen. Der Ref., NEISSER (Breslau), verlangt, daß die vom Strafgesetz den Ärzten auferlegte Verschwiegenheitspflicht aufgehoben werde und die Mitteilung des Arztes straffrei bleibe: 1. wenn die Offenbarung des Privatgeheimnisses zum Zwecke der Verhütung gesundheitlicher Gefährdung anderer an die für Entgegennahme solcher Anzeigen bestellte Sanitätsbehörde geschehen ist und wenn dieser Zweck auf keinem anderen Wege erreicht werden konnte als durch die Offenbarung; 2. wenn eine der vorbezeichneten Personen als Zeuge oder Sachverständiger vor Gericht die geheimzuhaltende Tatsache offenbart hat, nachdem sie durch Gerichtsbeschluß von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden worden ist. Durch ein Gesetz ist eine allgemeine ärztliche Anzeigepflicht bei allen geschlechtlichen Erkrankungen, aber ohne Namensnennung des Kranken, einzuführen. — Der zweite ärztliche Referent, Prof. MAX FLESCH (Frankfurt am Main), trat für die Anzeige des Arztes und für gleichzeitige Erweiterung der Schweigepflicht ein: Die Geheimhaltung durch die Meldepflicht werde bei richtiger Handhabung gar nicht bedroht, wenn man nur das bestehende Gesetz dahin erweitere, daß zu den dem Berufsgeheimnis unterstehenden Personen alle öffentlichen und Privatbeamten gehören, die in die Lage kommen, auf Grund amtlicher Mitteilungen Kenntnis von Tatsachen zu erhalten, welche dem gesetzlich zur Meldung verpflichteten Arzte auf Grund seines Amtes bekanntgegeben und von ihm auf Grund seiner Berufspflicht weitergegeben worden sind. Damit würden nach der Meldung an die Gesundheitspolizei deren gesamte Beamten schweigepflichtig sein; dasselbe würde für die Vorstände und Mitglieder der Krankenkassen, Invalidenanstalten, Versicherungsbetriebe usw. gelten. FLESCH fordert im besonderen die Einfügung der Geschlechtskrankheiten in den Rahmen des Reichsseuchengesetzes, und zwar in der Weise, daß die Gesundheitspolizei gegenüber den Geschlechtskrankheiten in gleicher Weise wie gegenüber anderen gemeingefährlichen Krankheiten zuständig wird. Die Gesundheitspolizei ist mit der Befugnis auszustatten, daß sie auf Grund der ihr bekannt gewordenen Tatsachen in allen Fällen einschreiten darf, in welchen seitens der ihr bekannt gewordenen Geschlechtskranken die nötigen Maßnahmen zur Vermeidung neuer Infektionen unterlassen werden. Zwischen Eheleuten soll eine Geheimhaltung über Gesundheitsverhältnisse unstatthaft sein, so daß eine Aussage des Arztes — die gegebenenfalls unter Ausschluß der Öffentlichkeit zu erfolgen hat — nie eine Verletzung des Berufsgeheimnisses bilden und daher nicht verweigert werden darf.

(Grundzüge für die Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen) sind von der mährischen Ärztekammer aufgestellt worden. Wir entnehmen dem betreffenden Elaborate u. a. bezüglich des ärztlichen Honorars folgendes: Der Arzt ist nach einer der diesfolgenden Modalitäten zu honorieren: *a)* mit einem Pauschale pro Kopf und Jahr von 3 K aufwärts; vierteljährlich ist der Mitgliederstand festzustellen und darf die Zahl von 2000 nicht überschreiten; *b)* mit einem Jahrespauschale, das in monatlichen Raten am letzten jedes Monates auszuzahlen ist; *c)* mit Honorierung von Fall zu Fall nach dem Minimaltarife der Kammer und einem 40%igen Nachlaß desselben. — Medikamente dürfen nicht pauschaliert werden, sondern sind gegen Rechnungslegung vom Kassenvorstand zu vergüten. Im Falle der Erkrankung eines Arztes stellt die Kasse durch 3 Monate auf ihre Kosten einen Vertreter an, ebenso bezahlt sie den Vertreter,

wenn der Arzt zur Waffenübung einberufen ist. — Die weiteren Bestimmungen betreffen das beiderseitige Kündigungsrecht und die Vertragsabschließung.

(Sanitätspolizeiliche Leichenöffnungen.) Aus Anlaß eines konkreten Falles hat das Ministerium des Innern die Verfügung in Erinnerung gebracht, daß sanitätspolizeiliche Obduktionen zur Konstatierung der Todesursache nur aus öffentlichen sanitären Rücksichten, wie bei Verdacht auf Infektionskrankheiten, anzuordnen sind und daß daher in diesen Fällen von der Beiziehung eines zweiten Sachverständigen Umgang genommen werden kann. Die Aufrechnung einer besonderen Gebühr für ein Gutachten ist nicht begründet, weil dem Zwecke dieser Obduktionen durch die Konstatierung der Todesursache, welche sich aus dem Befunde ohneweiters ergibt, vollkommen entsprochen ist.

(Organisation der Krankenkassen Österreichs.) Mit dem 1. Januar d. J. ist eine Reichszentralstelle der österreichischen Krankenkassen ins Leben getreten, als Grundlage der am letzten österreichischen Krankenkassentage beschlossenen freiwilligen Verbandsorganisation. Dieselbe hat sich die Durchführung folgender Aufgaben zum Ziele gesteckt: 1. Einberufung der Kassentage sowie Abhaltung von Konferenzen zur Besprechung gemeinsamer Angelegenheiten für einzelne Kronländer; 2. die Intervention bei Differenzen zwischen Krankenkassen; 3. die Erteilung von Auskünften sowie die Gewährung des Rechtsschutzes, insoweit dies von der Zentrale möglich ist, sowie die Intervention bei den Zentralbehörden; 4. die Vertretung der Kasseninteressen gegenüber Ärzten, Apothekern usw., ferner Abschluß von Verträgen mit ihnen; 5. die Retaxierung von Rezepten, die Hilfeleistung bei Einrichtung und Kontrolle der Kassenverwaltungen; 6. die Schaffung gemeinsamer Einrichtungen für Mitglieder in Bädern und Kurorten sowie Errichtung von Rekonvaleszentenhäusern, Tuberkulosenheimen usw.; 7. die Auszahlungen von Unterstützungen sowie die Überwachung von Kranken der einen Kasse durch die andere; 8. die Erstattung von Gutachten über Gesetzesvorlagen. Nach uns zugekommen Berichten soll der neuen Organisation, die ein Analogon der bereits bestehenden Gewerkschaftskommissionen darstellt, bereits der Beitritt mehrerer Kassen mit ungefähr 700.000 Mitgliedern gesichert sein.

(Der V. internationale geburtshilflich-gynäkologische Kongreß) findet vom 11.—18. September 1905 in St. Petersburg statt. Als Hauptthemata wurden folgende Fragen bestimmt: 1. Über die forcierte Entbindung (Accouchement forcé); 2. Über die operative Behandlung der Fibromyome des Uterus; 3. Über die vaginale Operationsmethode in der Geburtshilfe und Gynäkologie; 4. Kritische Beurteilung der operativen Eingriffe bei Retrodeviationen des Uterus; 5. Über das Chorio-epithelioma. Anmeldungen an den Schriftführer des Organisations-Komitees Dr. P. Sadowski, St. Petersburg, Newski Prospekt 90.

(Statistik.) Vom 12. bis inklusive 18. März 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8355 Personen behandelt. Hiervon wurden 1731 entlassen, 181 sind gestorben (9·4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 85, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern 1, Varizellen 95, Scharlach 49, Masern 242, Keuchhusten 40, Rotlauf 38, Wochenbettfieber 1, Röteln 29, Mumps 38, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 731 Personen gestorben (+ 41 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien Dr. Moritz Herz, 59 Jahre alt; in Mödling der dortige Stadtarzt kais. Rat Dr. Anton Bauer im 83. Lebensjahre; in Gries der Stabsarzt d. R. Dr. Ladislaus Ritter v. Hubicki im Alter von 52 Jahren; in Budapest Oberstabsarzt Dr. Arpad Lingsch; in Bonn der Oberarzt an der Provinzialheilanstalt Grafenberg Dr. Brie; in Zürich der Leiter der schweizerischen Anstalt für Nervenkranke Dr. Koelle im Alter von 65 Jahren; in Glasgow der Professor der inneren Medizin am Andersons College medical School Dr. Thomson; in Christiania der hervorragende Ophthalmologe Professor Johann Hjort.

Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien, VI., Sandwirtgasse Nr. 3. An diesem Institute gelangt die Stelle eines Vorstandes einer internen Abteilung zur Besetzung. Bewerber wollen ihre gehörig belegten Gesuche bis spätestens 6. April 1905 bei der Direktion der Anstalt einreichen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

v. Frisch u. **O. Zuckerkandl**, Handbuch der Urologie. 2. Bd. Wien 1905, A. Hölder.

A. Legahn, Physiologische Chemie. Sammlung Göschen. 1. u. 2. Leipzig 1905, G. J. Göschen.

W. Ebstein, Handbuch der praktischen Medizin. 2. Aufl., 1. Bd. Stuttgart 1905. F. Enke. — M. 10·—.

Klub der Wiener Kinderärzte.

Versammlung: Dienstag, den 28. März 1905, 7 Uhr abends, im pädiatrischen Hörsaale der Allgemeinen Poliklinik, IX., Mariannengasse 10.

1. Dr. Pollak: Vorstellung eines geheilten Diabetes insipidus. — 2. Dr. Hofbauer: Demonstration eines Kranken. — Dr. Pollak: Demonstration von zwei anatomischen Präparaten. — 4. Dr. Menzel: Demonstration einer quantitativen Zuckerprobe. — 5. Bergouts: Bericht über die Anwendung der Laktomaltose im Kindesalter. — 6. Dr. Schnee: Das elektrische Vierzellenbad.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 30. März 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik Escherich.

I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. Deev: Kongenitales Vitium cordis). — II. Dr. F. Hamburger: Wie können wir das Selbststillen der Mütter fördern?

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse“ als Beilage, das März-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: **„Heißluftapparate und Heißluftbehandlung.“** Von **Dr. Julian Marcuse.** — Ferner liegt der gesamten Auflage ein Prospekt der **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Isoform, ein neues Dauerantiseptikum und Desodorans“ bei.** Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 2. April 1905. Nr. 14.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über nichtoperative Behandlung von Epitheliomen.

Von **Prof. Dr. Eduard Schiff**, Wien.*)

Von größter Wichtigkeit ist die Frage, die ich heute vor Ihnen zu erörtern mir erlaube. Sie beschäftigt zahlreiche Ärzte seit längerer Zeit und ihre Bedeutung ist so groß, daß das vorbereitende Komitee des letzten internationalen dermatologischen Kongresses es für angezeigt hielt, dieselbe als ein Hauptthema auf die Tagesordnung zu setzen.

Wenn ich daher über die auf dem Kongresse erstatteten Referate, die lebhaften Diskussionen, die sich an jene knüpften, die zahlreichen Demonstrationen kurz berichte und mir gleichzeitig erlaube, einiges aus meiner persönlichen Erfahrung mitzuteilen, so hoffe ich, damit einen bestimmten Zweck zu erreichen.

M. H.! Sie sollen einen Überblick über den gegenwärtigen Stand dieser wichtigen Angelegenheit gewinnen. Ich werde mich heute lediglich auf die Besprechung der nichtoperativen Behandlungsmethoden der Hautepitheliome beschränken. Es ist vor allem unerläßlich, sich über die Definition dieser Gruppe von Tumoren und über die Klassifikation der verschiedenen Formen derselben zu orientieren. Epitheliome werden bekanntlich Tumoren genannt, welche aus einer atypischen Proliferation der Epidermis oder ihrer Adnexe hervorgehen. Von diesen Epithelialtumoren zeichnet sich eine Gruppe durch die Neigung aus, auf das umliegende Gewebe überzugreifen. Der maligne Charakter dieser Tumoren kommt bei der Fortschaffung von Keimen auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen besonders zum Ausdruck. Das sind die eigentlichen Karzinome.

Doch bezeichnet man im Allgemeinen als Epitheliome solche Tumoren, welche lokalisiert bleiben und demgemäß im allgemeinen und mit gewissen Einschränkungen als gutartig bezeichnet werden können. Während die Karzinome durch ein rasches Wachstum charakterisiert sind, während in der Nachbarschaft der Karzinome die Lymphdrüsen schon nach kurzer Zeit sich infiltrieren, kann ein Hautepitheliom mehrere Jahre, Jahrzehnte lang bestehen, ohne seinen Charakter wesentlich zu ändern und ohne die benachbarten Lymphdrüsen im geringsten in Mitleidenschaft zu ziehen. Freilich beobachtet man trotz dieses ungemein schleppenden Verlaufs ein Wachstum, ein langsames und stetiges Übergreifen auf das umliegende Gewebe. Und jede Art von Behandlung begegnet einem ungemein hartnäckigen Widerstande. Jedes Epitheliom variiert in ganz beträchtlicher Weise; häufig kann ein im Anfange gutartig aussehender Fall im Verlaufe der Krankheit einen ausgesprochen malignen Charakter annehmen. Die Schwierigkeit liegt also in der Abschätzung der mehr oder weniger ausgesprochenen Bösartigkeit in dem Stadium, in welchem man mit der Behandlung beginnen soll, und in der Stellung einer sicheren Prognose. Man kann im allgemeinen folgende Neubildungen als absolut bösartig bezeichnen: Epitheliome, die von spezifischen Adenopathien und anderen, auf Metastase zu beziehenden Erscheinungen begleitet sind; Epitheliome, die selbst Hautmetastasen eines primären Epithelioms einer anderen Körpergegend darstellen; endlich Tumoren, welche zwar primäre Hautepitheliome sind, aber das Aussehen und die Struktur des Alveolarkarzinoms angenommen haben. Was die Abschätzung der Bösartigkeit im Anfange der Erkrankung

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 5. Dezember 1904.

2

anbelangt, so weiß man, daß Epitheliome einen malignen Verlauf zu nehmen pflegen, welche unter den Erscheinungen einer PAGETschen Krankheit, eines Xeroderma pigmentosum beginnen, oder die sich auf lupösem Gewebe oder auf Naevi pigmentosi entwickeln, oder endlich diejenigen, welche durch besondere Ätiologie charakterisiert sind, z. B. der Schornsteinfegerkrebs, das Epitheliom der Arbeiter in Petroleumraffinerien usw. Als gutartige Epitheliome sind diejenigen Formen der Erkrankung wenigstens in ihren Anfangsstadien zu bezeichnen, die auf dem Boden sogenannter „präkarzinomatöser Dermatosen" entstehen, wie z. B. auf dem Boden eines Xanthoms, des Keratoma senile, der seborrhoischen Warze usw. Ferner Epitheliome, welche ohne vorausgegangene andere krankhafte Lokalerscheinungen mit dem charakteristischen „Perlknötchen" einsetzen.

Entsprechend dem verschiedenen Charakter der Epitheliome gestaltet sich die Therapie mannigfaltig genug. Es ist selbstverständlich und bedarf keiner weiteren Erörterung, daß die Exstirpation mit dem Messer die radikalste und daher die idealste Methode ist.

Aber es gibt Fälle genug, in denen das Messer kontraindiziert ist. Die mittelst Totalexstirpation behandelten Fälle haben in den meisten Fällen in kosmetischer Beziehung unbefriedigende Resultate. Außerdem ist zu überlegen, daß diese Totalexstirpation eine häufig nur scheinbare ist: Es kommt zu Rezidiven, die zu erheblichen Verunstaltungen führen müssen, wenn sie mehrere Male operativ angegangen werden. Dabei ist noch zu beachten, daß die Epitheliome am häufigsten an der Gesichtshaut auftreten. Begreiflich genug, daß Kranke mit Epitheliomen an sichtbaren Körperstellen messerscheu werden und dem Arzte besonders dankbar sind, wenn er eine Methode vorschlagen kann, welche ohne Operation, resp. ohne die gefürchtete Narbenbildung, eine Heilung erwarten läßt. Sehr zahlreich sind die Ätzmittel, welche zur Zerstörung von epitheliomatösem Gewebe empfohlen wurden. Von allen diesen Mitteln erfüllt nur das Arsen in Form der arsenigen Säure alle Postulate. CZERNY und TRUNEČEK empfahlen die arsenige Säure im Jahre 1897; die ersten Resultate entsprachen nicht den Erwartungen, offenbar, da die Zerstörung des pathogenen Gewebes keine gründliche war, die Überhäutung sich verzögerte oder ausblieb und Rezidive sehr bald beobachtet wurden. Eine weit bessere Anwendungsweise des Arsens hat vor einiger Zeit MIBELLI angegeben. Aus seinen Untersuchungen geht hervor, daß Arseniksäureanhydrid, in flüssiger Form lokal angewendet, ein ganz besonders wirksames Mittel bei der Behandlung des Epithelioms ist. MIBELLI kontrollierte bei seinen therapeutischen Versuchen das Verhalten der verschiedenen Gewebsteile zur arsenigen Säure und kam zu dem Schlusse, daß man mit einer direkt aufgetragenen flüssigen arsenigen Säure (As_2O_3) das Hautepitheliom radikal heilen kann. Die arsenige Säure wird in einer Mischung von 1—2·5 zu 100·0 Ätheralkohol verwendet. Die betreffende Stelle kommt nach Applikation des Medikaments unter einen fixen Verband. Diese Methode ist hauptsächlich beim beginnenden Hautepitheliom indiziert, die Fälle ausgenommen, in denen die Neubildung ausgesprochen malignen Charakter hat. Schwerere Krankheitsformen lassen sich mittelst arseniger Säure nicht heilen, doch sind sie Besserungen zugänglich.

Es ist wohl selbstverständlich, daß die Arsenikbehandlung bei schweren malignen Formen, bei Karzinomen, nicht indiziert ist. Leider bleibt hier auch die chirurgische Behandlung, wenigstens in den meisten Fällen, erfolglos.

Die Indikationen der pharmakologischen Therapie sind, wie ich angedeutet habe, nur auf bestimmte Kategorien von Epitheliomen beschränkt, welche man „Epitheliome der Dermatologen" nennen könnte. Das Perlepitheliom im allgemeinen, das Epitheliom nach Verruca seborrhoica, nach Hauthorn, Keratoma senile, sind somit die Fälle, wo das lokal angewendete Arsenik seine Triumphe feiert und wo es entschieden der Behandlung mit dem Messer vorgezogen werden muß. Die Resultate sind nämlich ebenso sicher und außerdem hat diese Methode vor dem Messer den Vorteil, daß sie kaum sichtbare Narben hinterläßt, also keine Entstellungen oder Verstümmelungen verursacht.

Sowohl Arzt als auch Patient entschließen sich leichter, mit einem pharmakologischen Agens das Übel schon in seinem ersten Anfange anzugreifen, also in einem Zeitpunkt, in welchem die meisten Chancen des Erfolges vorhanden sind. Dagegen ist der Arzt geneigt, wenn es sich um chirurgische Eingriffe handelt, solange als möglich zuzuwarten; auch der Patient widersetzt sich dem chirurgischen Eingriffe oft zu seinem Schaden. Bekannt ist ja, wie schwer sich Kranke aus leicht begreiflichen Gründen zu Operationen im Gesicht entschließen und die scheinbar weniger schweren Fälle dieser Kategorie sind in bezug auf die Beurteilung des Ausganges nicht so klar, daß der Arzt z. B. eine nicht entstellende Narbe garantieren kann. Viele Epitheliome zeigen nämlich im Beginne die Merkmale gutartiger Neubildungen und behalten dieselben oft sehr lange Zeit. Plötzlich, ohne erkennbare Ursache, nehmen sie einen ausgesprochenen malignen Charakter an und führen zum Tode des Kranken, sei es infolge von Metastasen, sei es wegen ihrer besonderen Malignität (Ulcus rodens, JACOB). Eine zur rechten Zeit ausgeführte histologische Untersuchung ist von großer Wichtigkeit für die Stellung der Diagnose und Prognose. Es genügen für derartige Untersuchungen ganz kleine Gewebspartikel, welche auf sehr einfache Art mittelst eines schreibfederartigen, zu diesem Zwecke von DREUW angegebenen Instrumentes gewonnen werden können.

Neben der chirurgischen und chemischen Behandlungsmethode des Epithelioms muß auch die physikalische Therapie genannt und mit einigen Worten charakterisiert werden. Während die Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Lupus vulgaris heute über jeden Zweifel erhaben ist und diese Therapie keinen ernst zu nehmenden Gegner mehr hat, ist die Heilwirkung der Strahlen auf das Epitheliom noch strittig. Wenn Sie mir gestatten, m. H., über eigene Erfahrungen auf diesem Gebiete zu berichten, so kann ich nur betonen, daß ich von der günstigen Wirkung der Strahlen auf Lupus felsenfest überzeugt bin. Es berührt mich deshalb ganz eigentümlich, wenn ich mich der Worte erinnere, die vor kaum fünf Jahren eine Persönlichkeit wie v. BERGMANN in Berlin in der feierlichen Eröffnungssitzung der Münchener Naturforscherversammlung ausgesprochen hat, „daß die Wirkungen der Röntgenstrahlen sich auf Rötungen und oberflächliche Entzündungen der Haut beschränken".

Wir wollen hoffen, daß die Ansichten des großen Chirurgen in der Röntgenfrage eine Modifikation erlebt haben. Allerdings versuchte v. BERGMANN auf dem letzten internationalen Dermatologenkongresse zu Berlin durch Vorführung einer großen Reihe von operierten Epitheliompatienten die Anhänger der physikalischen Therapie einigermaßen abzuschrecken. Er konnte aber nur beweisen, was längst bewiesen ist; welche Behandlungsmethode des Epithelioms man immer wählen mag, der bleibende Erfolg hängt lediglich von der individuellen Gut- oder Bösartigkeit des Falles ab. Im Gegensatze zu v. BERGMANNS Ansicht mehren sich die Berichte über die günstigen Heilresultate mit Röntgenstrahlen bei Epitheliom von Tag zu Tag.

Schlagend ist, was FITTIG darüber berichtet. Er behandelte Karzinome der Haut, der Mundhöhle, der Halslymphdrüsen, der Brustdrüse und des Ösophagus. Von 15 Hautkarzinomen sind 12 durch RÖNTGEN der vorläufigen Heilung zugeführt worden. FITTIG will besonders bei Hautkarzinomen von der Form des Ulcus rodens, auch bei Kankroiden, solange die Lymphdrüsen nicht beteiligt sind, eine Heilung durch RÖNTGEN als Regel aufstellen. Diese Therapie sei der operativen ganz gleichwertig, im Gesichte wegen der besseren Narbenbildung sogar überlegen. Aber auch in Fällen, in welchen die Lymphdrüsen infiltriert sind, kann die Röntgen-

behandlung noch Anwendung finden und in Vereinigung mit der Exstirpation der Drüsen zu Erfolg führen. Auszuschließen sind Fälle, in denen das Karzinom bereits in größere Tiefe vorgedrungen, aber noch als operabel anzusehen ist.

Bei den inoperablen Fällen wird sich durch die Bestrahlung allein oder mit vorbereitender Operation kombiniert zumeist eine Besserung, vielleicht sogar Heilung erreichen lassen.

Mammakarzinome dürfen auch unter den günstigsten Umständen der Röntgentherapie nicht unterzogen werden, weil hier alles darauf ankommt, das gesamte Lymphgebiet anzugreifen, was wohl mit dem Messer geschehen kann, die Röntgenstrahlen aber, soviel wir bis jetzt wissen, dies nicht zu leisten vermögen. Hier muß vielmehr die Bestrahlung streng beschränkt bleiben auf die inoperablen Fälle, in denen sie ja manchmal Nutzen, niemals Heilung schaffen kann. Dasselbe gilt für die Karzinome aller übrigen Organe.

Da aber des Guten zu viel geschehen kann, bin ich der Ansicht, daß man nach gewissenhafter individualisierender Beurteilung des jeweiligen Falles denselben zunächst einer Radikaloperation, resp. einer gründlichen Arsenbehandlung unterwerfen und dann als Nachbehandlung eine Reihe von Sitzungen mit Röntgenstrahlen vornehmen soll. Ich habe mit dieser Kombination der Methoden die besten Resultate erzielt.

Es scheint übrigens, wie ich zum Schlusse andeuten muß, als ob die Frage der Epitheliomtherapie mit den besprochenen Methoden noch nicht abgeschlossen wäre. Neuere Autoren haben mit der Arsenbehandlung keine Erfolge gehabt und empfehlen Hochfrequenzströme zur Zerstörung kleiner, zirkumskripter epitheliomatöser Herde. Den Anhängern der rein chirurgischen Therapie bei Epitheliom muß ich noch entgegenhalten, daß Chirurgen wie BILLROTH und CZERNY wiederholt mitgeteilt haben, sie hätten auch bei anscheinend gutartigen Tumoren nach der Operation auffallend rasche und bösartige Rezidiven erlebt.

Chloroform und Äther.

Von **Dr. Benno Müller**, Hamburg.

Solange dem Menschen der Segen der Narkose zuteil geworden ist, hat auch Eris ihre streitschürende Hand dabei im Spiele gehabt, indem sie den einen die, den anderen jene Mittel der Betäubung als die einzig brauchbaren und richtigen Narkotika verwenden ließ, und so hat sich ein Streit um den Vorrang unter einer verhältnismäßig kleinen Zahl von Mitteln bis in unsere Tagen erhalten. Und wenn in der Mitte des vorigen Jahrhunderts unter den Ärzten vor allem zwei Lager sich bildeten, von denen die einen Chloroform, die anderen Äther als das beste Narkotikum hinstellten und einzig und allein angewendet wissen wollten, so ist auch in unseren Tagen die Meinung immer noch geteilt, da sich eine Entscheidung der Frage zugunsten eines der beiden Körper bisher nicht hat treffen lassen. Es ist aber von Interesse, nach den neuesten Erfahrungen die Vorzüge und Nachteile beider Narkotika zu erörtern, da wir heute jedem der beiden Mittel sein Recht lassen und nur für die Wahl des einen oder des anderen die Indikationen präzisieren können.

Die Wahl des Chloroforms für Narkosen hängt von verschiedenen Umständen ab, die wir hier einmal kurz zusammenstellen wollen. Es gibt Krankheiten, welche eine strikte Gegenindikation für die Chloroformnarkose abgeben, und zu diesen Krankheiten gehören vor allem Herzleiden mit ihren verschiedenen Komplikationen. Bisher waren die meisten der Ansicht, Chloroform bei Herzleiden vermeiden zu müssen, und es liegt etwas Wahres in dieser Anschauung. Man muß die Herzleiden, welche eine Kontraindikation für die Chloroformnarkose bilden, von der großen Menge der unter dieser Bezeichnung bekannten Leiden trennen, denn man darf ungeschadet für das Leben des Patienten bei einer großen Menge von Herzerkrankungen die Chloroformnarkose anwenden. Man muß bei der Sonderung dieser Krankheiten vor allem die Wirkung des Chloroforms auf den Blutdruck und das Herz selbst im Auge behalten. Der Blutdruck wird bekanntlich sehr wesentlich durch das Chloroform beeinflußt, er sinkt, nachdem er durch die Einleitung, die ersten eine Erregung hervorrufenden Inspirationen von Chloroform eine Blutdrucksteigerung bewirkt hat, im Laufe der Narkose immer mehr bis weit unter die Normaldruckhöhe, indem er mehrfach durch plötzliche Steigerungen mit tiefen Remissionen unterbrochen wird, und zeigt dadurch die lähmende Wirkung des Chloroforms auf das Herz an (BLAUEL, HOLTZ etc.). Die andere Wirkung besteht in der schweren Schädigung der Herzmuskelfaser selbst, indem das Chloroform in derselben eine starke Fettmetamorphose erzeugt (STRASSMANN, OSTERTAG, UNGER, BASTIONELLI, EISENDRAHT, VORDERBRÜGGE, B. MÜLLER etc.).

Diese beiden Veränderungen rufen im Organismus sehr leicht ernste Störungen hervor. Wenn das Herz gesund ist, so wird die Verminderung des Blutdrucks wenig schaden, die Fettmetamorphose wird nur ganz im Beginne im Herzmuskel entstehen. Anders, wenn das Herz krank ist. Die Erkrankungen, welche hier in Betracht kommen, sind folgende: Alle entzündlichen Erkrankungen des Herzens, wie Myokarditis, septische Endokarditis, Perikarditis etc., ferner Fettmetamorphose, welche, aus irgend welchen anderen krankhaften Zuständen hervorgegangen, schon vor der Narkose besteht, starke Erweiterungen, Dilatation und Hypertrophie, Aortenfehler, wie Aorteninsuffizienz und Stenose, und Verwachsungen des Perikards. Dies sind schwere Herzerkrankungen, welche selbst in geringen Anfangszuständen schon Kontraindikationen abgeben, denn die einen, wie die Fettmetamorphose, werden durch die Chloroformwirkung enorm und schnell vermehrt, die anderen bieten den günstigen Boden zur Entstehung einer Fettmetamorphose und wieder andere werden durch den verminderten Blutdruck in schwere Störungen verwandelt, die sofortigen Tod zur Folge haben können.

Bei den anderen Zuständen, vor allem bei gut kompensierten Herzfehlern, Mitralisinsuffizienz, Stenose, Trikuspidalinsuffizienz etc., bei leichten Hypertrophien, Dilatationen etc. wird eine Chloroformnarkose erlaubt sein und wird in Hunderten von Fällen glücklich ausgeführt werden können. Auch die schweren Blutkrankheiten, wie Leukämie, perniziöse Anämie etc. bilden in den hochgradigen Fällen Kontraindikationen der Chloroformnarkosen, vor allem weil bei ihnen eine beginnende Fettmetamorphose in Herz, Leber und Nieren besteht. Diese Fettmetamorphose wird enorm vermehrt durch eine Chloroformnarkose. Deshalb soll in schweren Fällen Chloroform nicht verwendet werden.

Es kommt nun noch die Arteriosklerose in Betracht, welche in gewissen Fällen auch von der Chloroformnarkose beeinflußt werden wird. Hierbei muß man wieder die Höhe der Erkrankung bedenken, ist nur leichte Verkalkung vorhanden, wird eine Narkose nur selten schaden, nur in hochgradigen Fällen, wo schwere Veränderungen in allen Arterien anzunehmen und nachzuweisen sind, wird man eine Chloroformnarkose fürchten und vermeiden. Der Einfluß des Chloroforms auf die arteriosklerotisch veränderte Arterienwand besteht in Veränderungen einmal durch die Erzeugung von Fettmetamorphose in den Zellen der Intima und Media der Hirnarterien und in den Zellen der Kapillaren des Groß- und Kleinhirns, wodurch die Gefäßwand brüchig und verdünnt wird und Apoplexien in und nach der Narkose leicht hervorgerufen werden können, andrerseits wird durch die Veränderungen im Herzfleisch selbst die Disposition zur Fettmetamorphose, zur Herzlähmung etc. gegeben sein. Auch durch Blutdrucksteigerungen plötzlicher Art während und nach der Narkose (Exzitation, Erbrechen etc.) kann die Gefahr einer Ruptur der arteriosklerotischen Gehirnarterien sehr nahegerückt werden.

Diese Krankheiten bilden also alle in gewissem Maße Kontraindikationen der Chloroformnarkose. Allerdings muß man bedenken, daß in vielen Fällen immerhin noch eine recht vorsichtig geleitete, kurze, nur nahe bis zur Toleranz geführte Chloroformnarkose, sogenannte Halbnarkose, bei Vermeidung jeder Exzitation und Erbrechens gestattet sein wird, namentlich in Fällen, wo Narkose unbedingt nötig ist und ein Ersatz für dieselbe nicht beschafft werden kann und wo die genannten Herzleiden im Anfang, noch nicht sehr ausgedehnt und ausgebildet vorhanden sind, wo man also noch mit dem Glück rechnen darf. In jenen Fällen, die die schweren Krankheiten repräsentieren, wird man strikte von der Chloroformnarkose absehen müssen. Neben den Herzkrankheiten sind noch Erkrankungen anderer Organe Kontraindikationen, vor allem die schweren Leber- und Nierenkrankheiten, entzündliche und Fettmetamorphose der Organe. Die letztere Erkrankungsform wird vor allen Dingen durch die Chloroformnarkose sehr verschlimmert, so daß eine beginnende Fettmetamorphose der Leber durch die Chloroformnarkose zu einer schnell progredierenden Form gesteigert werden kann. Selbst bei Menschen mit normaler Leber hat man nach Chloroformnarkosen Fettdegeneration derselben beobachtet (Strassmann, Unger, Eisendraht etc.) und in einigen Fällen ist auch akute gelbe Leberatrophie nach Chloroformnarkose entstanden (Bandler, Salen, Bastionelli etc.). Durch Versuche an Tieren ist es von mir nachgewiesen worden, daß eine schon vor der Narkose, wenn auch nur in den ersten Anfängen bestehende Fettmetamorphose in Leber oder Nieren durch eine Chloroformnarkose bedeutend verschlimmert wird. Daher soll man in jenen Fällen, wo man eine beginnende Fettmetamorphose in der Leber annehmen kann, die Chloroformnarkose weglassen. Was die Nierenentzündungen anlangt, so hat man nur selten das Eiweiß nach der Chloroformnarkose vermehrt gefunden, auch die Zylinder fanden sich nicht vermehrt. Es sind dies allerdings leichte Fälle gewesen; in schweren Nierenentzündungen ist auch wegen der Herzerkrankung und -schädigung, die leicht durch die Narkose entstehen kann, die Chloroformnarkose zu vermeiden. Auch Nierenverfettung ist die Folge von Chloroformnarkosen gewesen (Strassmann, Ostertag, Bastionelli, Salen und Marthen). Es werden aber nur die schwersten Fälle von Nierenkrankheiten wirkliche Kontraindikationen der Chloroformnarkose bilden.

Ein besonders wichtiger Umstand, der bei der Chloroformnarkose Gefahr bringen kann, ist in langen, anhaltenden parenchymatösen Blutungen gegeben. Die Anämien und Kachexien infolge Blutungen, seien sie durch Karzinom, Entzündungen oder dergleichen Ursachen entstanden, bilden an sich in hochgradigen Fällen entschieden Kontraindikationen der Chloroformbetäubung. Der Grund liegt einmal in der Verminderung des Blutdruckes an sich schon durch die starke Blutung, der dann durch die Chloroformwirkung noch bedeutend vermindert wird, wodurch schwere Kollapse entstehen können, weiter aber in der durch die Anämie in den inneren Organen, vor allem Herz, Leber und Niere erzeugten verminderten Widerstandskraft, indem in diesen Organen alle Dispositionen für die Entstehung einer Fettmetamorphose gebildet sind. Man sieht demnach auch sehr oft solche schwer ausgeblutete Menschen den Folgen der Narkose erliegen. Sie sterben an dem ersten bis dritten Tage nach der Narkose und man findet in den Organen ausgedehnte Fettmetamorphose, und zwar in einem Grade der Ausdehnung, daß man sie nicht allein auf die Blutungen beziehen kann. Ich habe vor kurzem einen solchen Fall beobachtet und vor einigen Jahren einen ebensolchen erlebt, die freilich nicht von mir narkotisiert waren. Es wird entschieden dem Umstand, daß die starken Hämorrhagien eine Kontraindikation für die Chloroformnarkose bilden, noch nicht genügend Rechnung getragen und man erfährt immer wieder von solchen kurz nach Chloroformnarkosen sich ereignenden Todesfällen, die alle, wenn Blutungen vorhergingen, unter diese genannte Rubrik der Chloroformtodesfälle gehören. Es kommt nur zu leicht vor, daß der Arzt nicht die starke Ausdehnung der vorhergegangenen Blutungen erkennt und erfährt, deshalb sollte man mehr darauf achten, die Stärke solcher Blutungen zu ermitteln.

Nach diesen haben wir noch die Verhältnisse in den Lungen zu betrachten. Auch nach der Chloroformnarkose treten Pneumonien und Bronchitiden auf, welche oft schwere Krankheiten repräsentieren und auch bisweilen ad exitum führen. Dieselben entstehen dadurch, daß durch die Einwirkung des Chloroforms auf die Zellen des respiratorischen Epithels der Lunge eine Schädigung der Lebensenergie dieser Zellen dadurch hervorgerufen wird, daß in den Zellen trübe Schwellung bis zur Fettmetamorphose hohen Grades erzeugt wird und somit diese Epithelzellen der Bronchialschleimhaut bis zu den Alveolen weniger widerstandsfähig gemacht werden, so daß Bakterien, die mit Schleim oder der Luft etc. in die Bronchien etc. gelangen, einen geeigneten Nährboden finden, auf dem sie wachsen und die Krankheit erzeugen. Natürlich wird nicht durch jede Narkose eine Fettmetamorphose dieser Zellen erzeugt, sondern durch kurze Narkosen werden nur wenige geeignete Zellen erkranken, sie werden nur geschwächt, und nur nach sehr langen Chloroformnarkosen oder öfter wiederholten Betäubungen wird Fettmetamorphose entstehen. Allein die Schädigung der Lebensenergie der Epithelzellen genügt, daß die Bakterien auf denselben nicht zerstört werden. So entstehen die Pneumonien und Bronchitiden post narkosin. Aus diesen Erläuterungen geht nun aber hervor, daß in Fällen, wo schon Lungenleiden bestehen, eine Narkose immerhin die Krankheit verschlimmern kann, vor allem kann eine bestehende geringe Tuberkulose zur floriden Phthise aufgestachelt, verschlimmert werden. Man rechnet mit diesen Umständen viel zu wenig. Das Chloroform bewirkt auch eine Schleimvermehrung in den Alveolen, Broncheoli, Bronchien bis zum Larynx. Dieser Schleim bleibt in der Lunge und derselbe ist es, der viel zu einer Verschlimmerung der Tuberkulose oder einer Bronchitis etc. beitragen kann, indem er an sich ohne Bakterien sogar leichte Infiltrationen erzeugen wird, in denen der Tuberkelbazillus, vom tuberkulösen Herde aus durch den Schleim transportiert, einen Ort findet, wo er neu wachsen und wuchern kann. Auch solche Fälle kann man im praktischen Leben sehen, wenn man die Menschen beobachtet. So manche Narkose hat schon mehr Unheil als Nutzen angerichtet, aber ohne daß es der Kranke, der Arzt, die anderen Menschen ahnten. Es kann nun eine geringfügige Lungenerkrankung nicht als Kontraindikation der Chloroformnarkose angesehen werden, doch es muß immerhin Rücksicht auf den Zustand der Lunge genommen werden, damit der Arzt die Tuberkulose vor allem beachtet und bei derselben jede längere Narkose vermeidet. Es kann viel vermieden werden, wenn der Arzt mit der Narkose spart, dieselbe nicht zu zeitig beginnt, sondern nur für die Operation allein einleitet, er kann dann einen großen Teil aller Operationen in kurzen Narkosen vornehmen. Riedel hat auf die Halbnarkose aufmerksam gemacht beim Chloroform und tatsächlich ist diese Methode sehr gut für viele Operationen zu brauchen.

Wenn wir also die Hauptindikationen, die gegen die Chloroformnarkose ins Feld geführt werden müssen, zusammenfassen, so sind es folgende: Alle schweren entzündlichen Herzkrankheiten, hochgradige Dilatationen, Hypertrophien, Aortenfehler, Fettmetamorphose des Herzens, der Leber, der Nieren, lange parenchymatöse Blutungen mit Anämien sowie starke Lungenerkrankungen und einige Blutkrankheiten.

Wir wollen nun die Kontraindikationen der Äthernarkose kurz betrachten. Es sind dank der weniger intensiven Giftwirkung des Äthers gegenüber dem Organismus bei weitem weniger direkte Gefahren quo ad vitam mit der Äthernarkose verknüpft. Dessenungeachtet gibt es einige Krankheiten, welche auch durch Äther schwer verändert werden und daher die Äthernarkose verbieten. Zunächst betrachten

wir den Einfluß des Äthers auf das Herz. Es war früher allgemeine Ansicht, der Äther schädige das Herz gar nicht, man nahm an, daß er entgegen Chloroform keine Fettmetamorphose im Organismus erzeuge (BANDLER); dem hingegen fanden einige Forscher, daß Äther, wenn auch ähnlich dem Chloroform, hinsichtlich der Fettmetamorphose wirke, diese seine Kraft, Fettmetamorphose in Herz, Leber, Niere hervorzurufen, nur sehr schwach sei (EISENDRAHT, WUNDERLICH, NACHOD, LUTHER, RINDSKOPF etc.). Die neueren Versuche, welche ich an Tieren anstellte, haben nun mit positiver Bestimmtheit ergeben, daß Äther genau wie Chloroform hinsichtlich der Art der Veränderungen auf Herz, Leber, Nieren etc. wirkt, nur daß diese seine Kraft, die Fettmetamorphose zu erzeugen, bedeutend geringer sei. Es geht daraus hervor, daß auch die Zustände des Herzens, welche fortgeschrittene Fettmetamorphose als Krankheit an sich darstellen, auch für Äther eine Kontraindikation bilden, es sind diese Krankheiten eben Kontraindikationen für jede Narkose. Auch beim Äther besteht der Satz zurecht, daß eine beginnende Fettmetamorphose durch eine Äthernarkose bedeutend verschlimmert wird. Was nun die entzündlichen Erkrankungen des Herzens anlangt, so bilden dieselben keine Kontraindikation, da Äther die Herztätigkeit anregt und nicht den Blutdruck stark vermindert (HOLTZ, BLAUEL etc.). Es werden die Herzleiden nur dann auch die Äthernarkose verbieten, wenn das Herz überhaupt nicht mehr die Kraft hat, eine Narkose auszuhalten (dekompensierte Aortenfehler, hochgradige Fettmetamorphose, Verwachsungen des Perikards etc.). In den Fällen, wo man eine Chloroformnarkose wegen der Herabsetzung des Blutdruckes und der Fettmetamorphose erzeugenden Eigenschaft verbietet, kann man eine Äthernarkose mit großer Vorsicht anwenden. Allerdings in jenen Fällen, wo Verdacht auf schon bestehende Fettmetamorphose in Herz, Leber oder Niere besteht, ist auch eine lange Äthernarkose gefährlich, eine kurze Betäubung bringt hier keinen Schaden. Insofern sind auch Blutungen und Blutkrankheiten (Anämien, Leukämie etc.) nicht direkte Kontraindikationen, wie bei Chloroform, sondern nur dann, wenn dieselben eine Narkose im allgemeinen verbieten oder schon auf ausgedehnte Fettmetamorphose schließen lassen.

Bei Lungenleiden bildet die Äthernarkose eine große Gefahr. Auch der Äther besitzt in hohem Maße die Eigenschaft, die Zellen des respiratorischen Epithels der Lungen in ihren vitalen Verhältnissen zu schädigen, schon eine 1 bis $1^1/_2$ Stunden lang dauernde Äthernarkose ruft beginnende Fettmetamorphose in diesen Zellen hervor, eine Veränderung, deren Bedeutung eben geschildert worden ist. Zudem kommt nun noch die größere Kraft, die Salivation anzuregen, so daß die Schleimmengen, die in der Lunge selbst von den Zellen der Schleimhäute abgesondert werden, sehr bedeutend sind und bei langen Narkosen die Alveolen in den abhängigen Partien total anfüllen. Durch diese beiden Umstände wird die Äthernarkose vor allen anderen Narkosen der Lunge gefährlich, und wiederum ist es die Tuberkulose, welcher hierbei die Hauptrolle zu spielen zuteil wird. Namentlich die vermehrten Schleimmassen werden eine Infektion gesunder Lungenpartien hervorrufen können. Zudem kommt dann noch die vermehrte Gefahr der Pneumonie und Bronchitis durch Infektion vom Rachen und Munde aus, so daß neben den tuberkulösen Prozessen in der Lunge auch noch infektiöse Pneumonien entstehen werden, welche dann nur zu leicht zu dem Bilde der Mischinfektion mit Tuberkulose führen. Neben diesen Affektionen ruft der Äther auch Lungenödem hervor, was teils durch die eigene toxische Wirkung auf die Zellen, teils durch Stauungsverhältnisse entsteht. Es geht daher mit Evidenz hervor, daß man bei jeglichen Lungenleiden eine Äthernarkose und vor allem eine lange Betäubung vermeiden soll. Da ja auch Chloroform einen Einfluß auf die Lunge nachteiliger Art besitzt, so wird man in manchen Fällen eine Narkose an sich verbieten, in anderen hingegen das geringere Übel wählen, wenn eine Narkose unvermeidlich ist, und die Chloroformnarkose anwenden. Es ist nun kein Zweifel, daß man durch eine sehr genaue Dosierung, gute Technik und Lagerung auch die Pneumoniegefahr bei der Äthernarkose bedeutend vermindern kann, doch kann man sie nicht ganz beseitigen und muß immer mit dem Eintritt einer Lungenerkrankung rechnen. Immerhin kann man aber durch die Technik, Dosierung und Lagerung, sowie vor allem durch das Sparen von Äther und das Abkürzen der Narkose auch die Gefahr der Lungenerkrankung nach Äthernarkosen sehr vermindern.

Aus diesen kurzen Erörterungen entnehmen wir für die Frage, ob Äther oder Chloroform zu wählen sei, folgendes: Ein Vorrang kann einem der beiden Narkotika nicht zugesprochen werden, es wird Fälle geben, wo Chloroform zu wählen sein wird, andere, wo man am besten Äther verwendet. So gibt es auch Fälle, wo uns Äther allein zu einer Narkose nicht genügt, wo man dann besser Chloroform verwendet, so bei Alkoholisten. Einen starken Säufer wird man mit Äther allein nicht betäuben können, oder doch nur sehr schwer, während er durch Chloroform bald in tiefe Narkose verfällt. Immerhin kann es Fälle geben, wo man aus einem der oben angeführten Gründe nicht Chloroform ohne besondere Gefahr anwenden kann, wo man also doch zum Äther greifen muß. Da haben wir ein gutes Mittel, um die Äthernarkose zu vertiefen, in dem Morphin. In allen Fällen, wo man starke Exzitation wie bei Potatoren etc. erwarten muß, gibt man vor der Äthernarkose eine Injektion von Morphin in Höhe von 0·005—0·01 zirka $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden vor Beginn der Narkose, dann wird die Exzitation bedeutend gemildert und abgeschwächt, und die Narkose verläuft besser und wird tiefer. Auch bei Chloroform hat man diese Kombination verwendet und mit gutem Erfolge. Nur muß man darauf achten, die Injektion nicht 10 Minuten oder noch kürzer vor der Narkose vorzunehmen, sondern $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden, damit das Morphin seine volle Wirkung zugleich mit der Ätherwirkung zusammen ausübt, denn nach der Morphininjektion wirkt das Morphin zunächst aufregend in der Zeit bis 10 Minuten nach der Injektion, während die beruhigende Wirkung erst 20—40 Minuten nach der Injektion eintritt und vollkommen ist. Ein anderes Mittel ist in dem Atropin empfohlen, das mit dem Morphin injiziert, vor allem die starke Salivation vermindern soll (HOFMANN etc.). Es ist kein Zweifel, daß das Atropin so wirkt und auch Nutzen bringt, allein eine gute Technik der Narkose kann dieses Hilfsmittel entbehrlich machen.

Die Hauptsache bei der Narkose ist vor allem die richtige Wahl des Narkotikums, so wie es der jeweilige Zustand des Kranken erfordert, und dazu muß der Arzt den Patienten genau untersuchen und die genannten Kontraindikationen dabei beachten. Nach diesem muß die richtige Technik und Handhabung der Narkose eine Garantie liefern, daß dem Kranken kein Unfall begegnet. Genaue Beobachtung aller Funktionen des Organismus und vorsichtige Dosierung (Tropfmethode) neben freiem Zutritte von reichlich Sauerstoff aus der umgebenden Luft müssen dem Arzte eigen und zur zweiten Natur geworden sein, dann wird er nie Unfälle in der Narkose erleben, und er wird sowohl Chloroform wie Äther verwenden können. Ein überaus wichtiger Punkt, der zu einer ruhigen gefahrlosen Narkose mit Chloroform oder Äther beiträgt, ist der Umstand, daß der Arzt den Kranken immer in dem Stadium erhält, welches durch das STRASSMANNsche Phänomen der Augen angedeutet wird und in welchem der Kranke dem Erwachen sehr nahe und doch in tiefer Narkose sich befindet. Es ist das am wenigsten Gefahren mit sich bringende Stadium der Narkose und es dürfte der Kranke nie tiefer narkotisiert werden. Das STRASSMANNsche Phänomen ist dieses: Öffnet man bei dem tief narkotisierten Menschen ein Auge, so ist die Pupille eng und reagiert nicht mehr, öffnet man aber zugleich beide Augen, so tritt noch

eine ganz geringe Verengerung der Pupille auf. Dieses Phänomen sollte stets zu finden sein, dann ist der Kranke tief betäubt, und doch ist jede Gefahr der Überdosierung (Synkope und Apnoë) ausgeschlossen. Dieses Stadium ist sowohl bei der Chloroform- wie bei der Äthernarkose vorhanden und liegt zwischen dem 3. und 4. Stadium, d. h. es befindet sich der Kranke direkt am Ende des Toleranzstadiums, gibt man ihm kein Chloroform mehr, so erwacht er bald. Hingegen braucht er nur sehr wenig Chloroform oder Äther, um in dieser Narkose erhalten zu werden. Es sind dabei sämtliche Muskel schlaff, was für viele Operationen wichtig und nötig ist.

Erlaubt es aber die Operation, so soll der Arzt eine Halbnarkose verwenden, wobei er den Patienten nur soweit narkotisiert, daß Bewußtsein und Schmerzgefühl geschwunden ist, während die Reflexe noch vorhanden sind (RIEDEL, KRONACKER etc.), so daß der Kranke z. B. auf Anrufen ausspuckt, er hustet, wenn Schleim in den Larynx gelangt etc.

In neuerer Zeit ist für kurze Operationen der Ätherrausch empfohlen, ein Zustand der Analgesie, der im Anfang jeder Narkose eintritt und den Kranken nicht betäubt, sondern nur der Schmerzen benimmt (SUDECK etc.). Die Rauschnarkose bedeutet ein Stadium der Narkose zwischen 1. und 2. Stadium, kurz vor Eintritt der Exzitation. Allerdings darf man nur Äther dazu verwenden, da der Kranke sehr schnell und tief inspirieren muß, wobei er die Besinnung nicht verliert. Bei Chloroform ist es sehr gefährlich, den Kranken zu berauschen, da das Chloroform im Anfang der Narkose leicht Synkope erzeugt (Trigeminusvagusreizung von der Nasen- etc. Schleimhaut aus etc.), was den Kranken in große Gefahr bringen kann. Da aber der Ätherrausch nur sehr kurz dauert, kann man ihn nur für sehr kurze Narkosen verwenden.

Aus diesen Ausführungen ersieht man, daß immerhin recht viel Variationen der Narkose mit Chloroform oder Äther möglich sind, und daß man mit diesen beiden Mitteln für fast alle Fälle der ärztlichen Praxis auskommt. In neuerer Zeit hat man als sehr gefahrlose Narkose die Sauerstoff-Chloroformnarkose kennen und schätzen gelernt. Aber diese und ähnliche Methoden sind in einer Klinik anwendbar, doch der praktische Arzt wird nie mit ihnen rechnen können, namentlich der Landarzt nicht, der doch gerade sehr oft Gelegenheit findet, narkotisieren zu müssen. Er braucht aber auch nicht in Sorge zu sein, denn es genügen Chloroform und Äther für alle Fälle der Praxis und er kann durch genaue Kenntnis aller Methoden, Mittel und Wege des Narkotisierens mit diesen beiden Stoffen stets die für den jeweiligen Fall richtige und die mit der geringsten Gefahr für den Kranken verbundene Narkose wählen und finden. Und es werden, solange es praktische Ärzte in dem Sinne unserer jetzigen Zeit und die obwaltenden Verhältnisse in Stadt und Land gibt, Chloroform und Äther die beiden gebräuchlichsten Narkotika sein, ohne daß eines je dem anderen den Vorrang ablaufen wird.

Revue.

Zur Alkoholfrage.

Literatur 1904: 1. BUNGE, Alkoholvergiftung und Degeneration. Leipzig, J. A. Barth. — 2. BERGMANN, Geschichte der Antialkoholbestrebungen. Hamburg, Gebr. Lüdeking. — 3. KASSOWITZ, Der Arzt und der Alkohol. Wien, M. Perles. — 4. PFAFF, Die Alkoholfrage vom ärztlichen Standpunkt. Tübingen, F. Pietzker. — 5. HOPPE, Alkoholmißbrauch und Abstinenz. Berlin, Aug. Hirschwald. — 6. HOLITSCHER, Alkoholsitte und Abstinenz. Wien, Brüder Suschitzky. — 7. ZIEHEN, Über den Einfluß des Alkohols auf das Nervensystem. Berlin, Mäßigkeitsverlag. — 8. SCHENK, Gebrauch und Mißbrauch des Alkohols in der Medizin. Berlin, Mäßigkeitsverlag. — 9. GUTTSTADT, Sterblichkeitsverhältnisse der Gastwirte und anderer Personen in Preußen, welche mit der Erzeugung, dem Vertriebe und dem Verkaufe alkoholhaltiger Getränke gewerbsmäßig beschäftigt, im Vergleiche zu anderen wichtigen Berufsarten. Abdruck aus dem klinischen Jahrbuch, Bd. 12. Jena, Gustav Fischer. — 10. VERAGUTH, Kultur und Nervensystem. Zürich, Schultheß & Co. — 11. GROTJAHN, Alkoholismus. Abdruck aus „Handbuch der Hygiene", 4. Suppl.-Bd. Jena, Fischer. — 12. STEHR, Alkoholgenuß und wirtschaftliche Arbeit. Jena, Fischer. — 13. NOSSE, Stellung und Aufgaben des Arztes in der Behandlung des Alkoholismus. Über Trinkerheilstätten. Aus „Handbuch der sozialen Medizin", 4. Bd., 2. Teil. Jena, Fischer. — 14. HOPPE, Die Tatsachen über den Alkohol. Berlin, Calvary. — 15. LIPPERT, Das Alkoholmonopol. Wien, Manz. — 16. JULIUSBURGER, Gegen den Alkohol. Berlin, Franz Wunder. — 17. COLLA, Die hypnotische Behandlung des Alkoholismus. — 18. MÖNKEMÖLLER, Über die Stellung der deutschen Medizin zur Alkoholfrage vor 100 Jahren. 17 und 18 aus „Der Alkoholismus", Zeitschrift zur wissenschaftlichen Erörterung der Alkoholfrage; neue Folge, Bd. 1. Leipzig, J. A. Barth. — 19. WESTERGAARD, Was lehrt die Statistik in betreff des Einflusses der geistigen Getränke auf die Gesundheit? — 20. FOREL, Abstinenz und Wissenschaft. 19 und 20 aus „Die Alkoholfrage", Zeitschrift zur Erforschu g der Wirkungen des Alkohols; 1. Jahrgang. Dresden, O. V. Böhmert.

1. BUNGE stellt den Satz auf: Die chronische Alkoholintoxikation des Vaters ist die Hauptursache der Unfähigkeit der Tochter zum Stillen; aber auch noch andere Zeichen der Degeneration finden sich bei der Nachkommenschaft der Trinker: Zahnkaries, Tuberkulose, Nervenleiden und Geisteskrankheiten. BUNGE verwahrt sich entschieden gegen die Unterschiebung, als wolle er alles Übel und jede Krankheit und alles Böse einzig und allein vom Alkoholismus herleiten, aber das sei doch nicht zu bestreiten, daß dieser eine dieser Ursachen ist, u. zw. diejenige, die sich sofort beseitigen lasse. Deshalb fordert er zum energischesten Kampfe gegen das Alkoholkapital auf und erblickt im Zusammenschlusse aller Abstinenten eine Bürgschaft des Erfolges; „niemand kann die Forderung der totalen Abstinenz wissenschaftlich widerlegen; und den Forderungen der Wissenschaft vermag auf die Dauer keine Macht der Erde zu widerstehen."

2. Dieses von Dr. R. KRAUT in Hamburg aus dem Dänischen teils übersetzte, teils umgearbeitete Buch BERGMANNs kommt einem lebhaften Bedürfnis aller sich mit der Alkoholfrage Beschäftigenden entgegen; der fast 500 Seiten starke Band birgt eine solche Fülle der Interessanten und Wissenswerten, daß eigentlich ein kurzes Referat unmöglich erscheint. Von Buddha an, der als nachweislich Erster verlangte: „Du sollst keine berauschenden Getränke genießen", kommt diese Forderung immer wieder und immer wieder stehen Apostel dieser Lehre auf und verlangten und verlangen die Enthaltsamkeit und gehen mit dem Beispiel voran, unbekümmert um Hohn und Anfeindungen; geändert haben sich nur die Gründe! Während die Ersten religiöse Gründe anführten und „Askese" predigten, hat dieser Standpunkt „einem anderen weichen müssen, der auch für den nicht asketisch denkenden Gültigkeit besitzt, nämlich die Pflicht der Menschenliebe, die einen sogenannten Genuß (zudem einen höchst überflüssigen) verbietet, weil er viele durch die Macht des Beispiels ins Verderben stößt. Und in unserem Zeitalter beginnt ein neuer und für die meisten — um nicht zu sagen für jeden vernünftigen Menschen annehmbarer Standpunkt in den Vordergrund zu treten: die Selbsterhaltungspflicht jedes Menschen, sich aller Stoffe zu enthalten, die auch bei geringem Gebrauche den physischen und psychischen Organismus schädigen."

3. KASSOWITZ, einer unserer tapfersten und temperamentvollsten „Rufer im Streite" im harten Kampfe gegen den Alkoholismus, resp. die „Trinksitten", beschäftigt sich auf das eingehendste mit den in FRÄNKELs (im Vorjahre erschienener) Broschüre „Mäßigkeit oder Enthaltsamkeit" abgedruckten 89 Antworten „berühmter" Ärzte auf diese Frage. Er beklagt vor allem das betrübende Verhalten der weitaus größten Mehrzahl der Ärzte dieser so ungemein wichtigen Frage gegenüber, ein Verhalten, das von der größten Gleichgültigkeit bis zur heftigsten, ja fanatischesten Bekämpfung der Antialkoholbestrebungen alle Stadien durchläuft und naturgemäß dazu geführt hat, daß in einer Frage, in der doch die medizinische Wissenschaft das letzte Wort sprechen sollte, Laien — sehr zum Schaden der Ärzte — die Führung inne haben. Er streift die heißumstrittene Frage vom „Nährwert" des Alkohols, er bekämpft auf das entschiedenste die Anschauung, einen Stoff, nur weil er im Organismus verbrennt, als Nährstoff zu bezeichnen, man müsse doch von einem solchen verlangen, daß er sich am Aufbau der protoplasmatischen, arbeitleistenden Substanz des Körpers beteilige, wozu der giftige und protoplasmafeindliche Alkohol gewiß nicht geeignet sein kann. KASSOWITZ unterzieht dann die einzelnen Antworten einer eingehenden Kritik; der geistreich und glänzend geschriebene Aufsatz schließt mit den Worten: „Ich aber, Optimist, wie ich bin, denke mir den Arzt der Zukunft — abstinent!"

4. PFAFF tritt ebenfalls sehr energisch für die Abstinenz — besonders der Ärzte — ein und wendet sich besonders scharf gegen die leider noch sehr verbreitete Unsitte, wahl- und gedankenlos Alkoholika, sogenannte Medizinalweine, zu verordnen.

5. Über HÜPPEs „Brauerrede" ist schon soviel geschrieben worden, daß es wohl genügt, hier zu erwähnen, daß sie, was die Verhöhnung und Beschimpfung der Abstinenten anlangt, wohl nicht mehr zu übertreffen sein dürfte; wem das Spaß macht, der lese diese Broschüre, er wird auf die Kosten kommen!

6. HOLITSCHERs Entgegnung auf HÜPPES Broschüre; obwohl Verfasser „nur" ein Landarzt ist, so ist er doch dem Herrn Professor, schon was die Form anlangt, weit überlegen; es wäre nur zu wünschen, daß diese in höflichster Sprache abgefaßte, ebenso sachliche als gründliche Abfuhr von allen Kollegen gelesen würde.

7. ZIEHEN ist zwar Professor (Psychiater und Neurologe) und sollte als solcher doch reichlich Gelegenheit haben, sich von der Schädlichkeit des Alkohols zu überzeugen; das hindert ihn nicht, mit der ganzen Autorität des „Herrn Professor" zu erklären, daß die äußerste Grenze des für den erwachsenen Menschen erlaubten Alkoholquantums bei der Dosis liege, welche das erste Stadium (das der Erregung) eben noch zu voller Wirkung bringt, also er gestattet jedem Erwachsenen 30—40 *g* Alkohol! Gleichzeitig empfiehlt er, nach ermüdenden körperlichen oder geistigen Anstrengungen den Alkoholgenuß nicht bis zu dieser obersten Grenze auszudehnen, auch solle man gelegentliche Fasttage einschieben, schon „um den Hirnganglienzellen zwischen den einzelnen Intoxikationen Zeit zur völligen Erholung zu lassen." Und wenn mal einer in lustiger Gesellschaft dieses Höchstmaß überschreitet, so ist das auch kein großes Unglück — meint der Herr Professor —, sein Nervensystem wird dadurch auch noch nicht zugrunde gehen! „Er soll nur die Gefahren kennen, welche er läuft, und es müßte ein Tor sein, der diese Gefahren ignorieren wollte!" Der Herr Professor scheint sich wohl nicht sehr strikte an seinen guten Rat von der Einschaltung gelegentlicher Fasttage, damit die Gehirnganglien sich erholen können, gehalten zu haben!

8. Die wertvolle kleine Schrift SCHENKs wird am besten charakterisiert durch zwei Stellen, die hier wörtlich wiedergegeben seien: „Welcher Arzt möchte angesichts dieser offenkundigen schweren Schädigung unseres Volkslebens dem Alkohol noch eine stärkende Wirkung zuschreiben? Für den im kindlichen und den im zeugungsfähigen Alter stehenden Teil unseres Volkes ist der medizinische Gebrauch des Alkohols auf die Anzeige der Herzschwäche und Erschöpfung bei fieberhaften Krankheiten zu beschränken. Der Arzt wird häufiger vor dem Alkohol zu warnen, weniger ihn zu verordnen haben! Die Eigenschaft des Alkohols als Sorgenbrecher und Freudenspender hat ihm zu einer ungeheuren Verbreitung verholfen. Der Arzt darf diese Verbreitung nicht noch steigern, indem er den Alkohol in den Ruf einer stärkenden Medizin bringt." „Die eingehende Beschäftigung der Ärzte mit der vielseitigen Alkoholfrage wird die äußerste Beschränkung in der medikamentösen Anwendung des Alkohols als etwas durch die Natur der obwaltenden Verhältnisse Gebotenes erkennen lassen." (Schluß folgt.)

Referate.

R. CHROBAK (Wien): Über Retroversio und Retroflexio uteri gravidi.

Nicht nur das Bestreben, anatomisch richtig zu bezeichnen, sondern auch die verschiedene klinische Bedeutung dieser beiden Zustände erfordert, die obgenannten Zustände soweit wie möglich auseinander zu halten. Bei der Spontanaufrichtung kommt insbesondere die Muskelaktion der gedehnten vorderen Uteruswand in Betracht, ferner die Zugwirkung von Ausbauchungen des Uterus ins große Becken hinein. In den ersten Monaten der Schwangerschaft hat der Zustand nur selten Bedeutung; die schweren Symptome von Seite der Blase sind in erster Linie durch das Ödem derselben und das Ödem der Harnröhre, durch hochgradige Zerrung und Dehnung der letzteren, weniger durch den direkten Druck von Seite der Portio bedingt. Für die Entleerung der Blase bei Inkarzeration empfiehlt CHROBAK, aus dessen monographischer Darstellung (Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 377) wir nur eben die wichtigsten und neuen Gesichtspunkte hervorheben können, den Nélatonkatheter, der eventuell in Knieellenbogenlage einzuführen ist; auch kann man die klemmende Portio wegschieben, indem man sie nach ab- und einwärts drängt oder, mit einer Kugelzange gefaßt, zieht. Nach dem KRISTELLERschen Kletterverfahren faßt man immer höhere Partien der vordern Scheidenwand, so lange bis man die Portio anhaken kann. Eine lange Zeit gefüllt gewesene Blase darf nur mit Unterbrechungen entleert werden. Nach der Entleerung der Blase folgt die Untersuchung, welche in diagnostisch schwierigen Fällen in Narkose vorzunehmen ist, bei welcher zugleich alles für den eventuellen notwendigen therapeutischen Eingriff hergerichtet wird, um der Wiederholung der Narkose auszuweichen. Die Diagnose ist bei der Retroversio uteri gravidi leichter als bei der Retroflexio, weil man schon dadurch, daß im ersteren Falle die Portio nicht zu erreichen ist oder wenigstens sehr hoch steht, auf die richtige Spur gelenkt wird, während man bei der Retroflexio eher geneigt ist, den hinter der Portio befindlichen Körper als extrauterin liegend anzusehen, zumal der Knickungswinkel über der Symphyse häufig als Uterusfundus getastet wird. Aussackungen des Uterus, Extrauterinschwangerschaft, Myome, Zysten, entzündliche Beckentumoren haben zu diagnostischen Schwierigkeiten Anlaß gegeben. Auch diagnostisch ist die Trennung der Retroflexio und Retroversio von Wichtigkeit und gibt CHROBAK diesbezüglich das folgende Schema:

Retroflexio uteri gravidi.	Retroversio uteri gravidi.	
Sie kommt viel häufiger vor, besonders bei Frauen, welche schon geboren haben.	Sie ist überhaupt seltener als die Retroflexio.	
Urinbeschwerden treten meist früh, schon vor der 12. Woche auf, während die Inkarzeration zwischen der 12. und 16. Woche eintritt.	Die ersten Erscheinungen gehen meist vom Rektum aus. Inkarzerationserscheinungen treten bei der geringgradigen Retroversio schon in der 12. Woche, bei der vollkommenen erst in der 16. bis 20. Woche auf.	
	1. (u. 2.) Grad.	3. Grad.
Sekundäre Aussackungen, besonders der vorderen und hinteren Wand, sind nicht selten.	Ausladungen des Uterus sind häufig.	Ausladungen sind selten.
Vorausgesetzt, daß keine zu festen Fixationen bestehen, richtet sich der Uterus so gut wie immer spontan auf.	Spontanaufrichtung kann stattfinden.	Sie kommt fast nie zustande.
	Manuelle Reposition verhältnismäßig leicht.	Ist sehr schwer oder unmöglich.

Therapeutisch ist vor allem die manuelle Reposition zu nennen, die bei der vollkommenen Retroversion zu jeder Zeit, je früher desto besser, vorgenommen wird. Bei Inkarzeration ist die Entleerung der Blase das erste, die bei Unmöglichkeit des Katheterismus durch die Scheide eröffnet wird. Die Reposition wird dann vom Rektum oder der Vagina aus, in Rücken-, Knieellenbogen- oder Beckenhochlage, vorgenommen, wobei das Anhaken von Kugelzangen an der Portio, Tamponade am besten mit Hilfe des Kolpeurynters etc., als unterstützende Maßnahmen in Betracht kommen. Bei Gangrän der Blase ist der Repositionsversuch kontraindiziert. Hier wie bei Unmöglichkeit der Reposition Einleitung des Abortus, am besten mittelst Blasenstiches. Auch die Laparotomie wurde zur Behandlung des Retroflexio-versio uteri gravidi herangezogen, teils zur Erhaltung des kindlichen Lebens, teils behufs sofortiger Entleerung des Uterus.

FISCHER.

FEDERMANN (Berlin): Was leistet die Leukozytenuntersuchung im Frühstadium der Appendizitis?

Jede Perityphlitis, bei der, sei es durch Perforation oder Gangrän, eine intensive Infektion stattfindet, zeigt eine hohe Leukozytose von 20.000 und darüber in den ersten Tagen der Erkrankung. Diese Leukozytenzahl ist der Ausdruck der schweren Infektion und besagt nichts für das Vorhandensein von Eiter. Sie ist am 1. Tage bereits zu konstatieren und steigt in der großen Mehrzahl der Fälle bis zum 3. Tage weiter an. Tritt durch Allgemeinvergiftung ein Nachlassen der Kräfte ein, so sinkt im Gegensatz zur Schwere aller übrigen Symptome diese Zahl ab. Je intensiver der Prozeß, desto früher beginnt dieser Abfall, desto früher beobachten wir schwere

klinische Symptome und niedrige oder fehlende Leukozytose. Gerade diese Kombination ist also der Ausdruck allerschwerster Infektion. Eine Appendicitis simplex mit geringer oder fehlender Beteiligung des Peritoneums pflegt nur ausnahmsweise (Empyem) eine Leukozytenzahl über 20.000 aufzuweisen, die jedoch rasch, parallel den übrigen klinischen Symptomen, zur Norm zurückgeht. Hohe Leukozytose über 20.000 in den ersten Tagen der Erkrankung ergibt die Indikation zum sofortigen Eingriff, da mit Sicherheit eine schwere Infektion vorliegt. Schwere klinische Symptome und niedrige oder gar fehlende Leukozytose sind das Zeichen beginnender oder fortgeschrittener Allgemeinvergiftung und indizieren gleichfalls sofortige Operation. Mittelwerte zwischen 12.000 und 20.000 sind im allgemeinen zur Indikationsstellung zu vernachlässigen, wo nicht die übrigen Symptome ihre Bedeutung im prognostisch günstigen oder ungünstigen Sinne deutlich erkennen lassen. Der Leukozytenbefund vor der Operation ist das sicherste prognostische Merkmal, weil er am klarsten die noch vorhandene Wehrkraft des Organismus widerspiegelt. So lange wir bei hoher Leukozytose operieren, ist die Prognose eine günstige. Alle bei niedriger oder fehlender Leukozytose und schweren klinischen Symptomen Operierten geben eine sehr schlechte Prognose. Eine Heilung ist dann nur in den ersten 48 Stunden und bei radikalem Eingriff zu erwarten. Die praktische Verwertung einer Leukozytenzahl ist nur statthaft unter Berücksichtigung und Vergleichung aller übrigen Symptome mit dem Zeitpunkt der Erkrankung, ohne diese ist sie unmöglich. Br.

JÜRGENS (Berlin): **Über Stomatitis gonorrhoica beim Erwachsenen.**

Gegenüber der Infektion anderer Schleimhäute, so der Augenbindehaut oder der Rektalschleimhaut, ist die Infektion der Mundschleimhaut ein außerordentlich seltenes Ereignis, wenn auch ihr Vorkommen durch ROSINSKI für Neugeborene und durch JESIONCK für Erwachsene festgestellt ist. Der vom Autor beobachtete Fall („Berliner klin. Wochenschr.“, Nr. 24, 1904) begann mit Jucken und Brennen an der Gingiva des Oberkiefers, zunächst über den mittleren Schneidezähnen lokalisiert; objektiv ist daselbst deutliche Rötung und Schwellung ersichtlich. Von hier aus erfolgt die Propagation ziemlich rasch über die ganze Mundschleimhaut; bald zeigt die ganze Gingiva grauweiße Beläge und am Tage der Aufnahme ins Spital, d. i. am 10. Krankheitstage, ist die ganze Mundschleimhaut, insbesondere aber das Zahnfleisch, hochgradig geschwellt und aufgelockert, leicht blutend, da und dort mit einem schmierigen, graugrünen Belag behaftet, stellenweise finden sich flache, unregelmäßig begrenzte Geschwüre, dabei starker Fötor. Die Sekretion ist so stark, daß dem Kranken Sekret des Nachts aus dem Munde herausläuft und ihn am Schlafen verhindert. Merkwürdigerweise ist trotz dieser schweren Lokalerscheinungen das Allgemeinbefinden des Kranken kaum gestört, er hat subfebrile Temperaturen, die 38° nie überschreiten. Spülungen mit essigsaurer Tonerde, mit chlorsaurem und übermangansaurem Kali haben keinen Erfolg, erst Sublimatspülungen (1 : 7000—10.000) rufen ein Abklingen der Erscheinungen herbei. Der Chef des Autors, Geheimrat KRAUSE, hatte sofort die Diagnose auf Stomatitis gonorrhoica gestellt; gleichwohl ergab die wiederholt ausgeführte mikroskopische Untersuchung des Zahnfleischbelages nur Spirochäten und fusiforme Bazillen, erst gelegentlich späterer Untersuchungen stieß man auf Diplokokken, die aber mikroskopisch kaum die Diagnose „Gonokokken“ zuließen, zudem waren sie ziemlich spärlich gegenüber den andern genannten Organismen vertreten. Die Kultur, die sich dadurch einfach gestaltete, daß weder Spirochäten, noch fusiforme Bazillen auf Agar und Serumagar gedeihen, ergab Gram-negative Diplokokkenkolonien, die alle Eigenschaften von Gonokokkenkulturen hatten. Ein gewichtiges Bedenken kommt dem Autor allerdings noch, die Kolonien gedeihen nämlich bei 37° auf gewöhnlichem Agar ausgezeichnet, was ohneweiters den Gonokokken nicht zukommt. Aber die neueren Arbeiten über die Biologie des Gonokokkus lassen auch diese Erscheinung erklären. Für die klinische Beurteilung des Falles ist das Auftreten der Erkrankung im unmittelbaren Anschluß an eine akute Gonorrhöe maßgebend und der bakteriologische Befund erscheint dann wohl bestätigend. DEUTSCH.

V. CRIEGERN (Kiel): **Zur Behandlung einseitiger Thoraxschrumpfungen.**

Bei der Behandlung der einseitigen Thoraxschrumpfung fallen die Gründe zur Schonung fort und Übung hat einzutreten. Als solche kommt nach Lage der Sache nur aktives Tiefatmen in Betracht. Da der Kranke durch die vorausgegangene akute Entzündung gewöhnt ist, die befallene Seite zu schonen, vergrößert er das Mißverhältnis, anstatt es zu bekämpfen; Atemübungen aber bedürfen einer dauernden sachverständigen Beaufsichtigung. Für die Praxis wird daher mitunter ein Apparat von Nutzen sein, der die zweckentsprechende Ausführung der Atemgymnastik auch ohne beständige Kontrolle ermöglicht. Der Apparat V. CRIEGERNs („Berliner klin. Wochenschr.“, 1904, Nr. 29) ist aus den einfachsten Hilfsmitteln an jedem Orte auch von einem Ungeübten herzustellen. Sein wichtigster Teil ist ein Gurt, der von der gesunden Schulter nach der Hüfte der kranken Seite über die Brust hinweg geführt wird, von da wieder zur selben Schulter zurück und nun analog direkt über den Rücken zur Hüfte der kranken Seite herab und wieder zum Ausgangspunkte zurück, wo er geschnallt wird. Er liegt also doppelt (die Schnalle oben auf) und fixiert die Schulter der gesunden Seite gegen die Hüfte der kranken. Da er die Feststellung der übrigen Teile des Apparates besorgt, mag er als Stellgurt bezeichnet werden. An der Hüfte wird er festgehalten durch einen Ring, durch welchen der Kranke sein Bein steckt. Sehr geeignet erweisen sich die häufig vorhandenen Holzringe von Zimmerturnapparaten; im Notfall kann man auch einen eisernen Ring vom Schlosser anfertigen lassen, einen solchen muß man aber dann gut polstern. Bei der Anlegung des Apparates lasse man den Kranken möglichst tief exspirieren und dann nur oberflächlich atmen, bis alles in Ordnung und der gewünschte Grad der Kompression erreicht ist. Ob der Apparat richtig wirkt, beurteilt man am besten nach dem Grade der Aufhellung des Perkussionsschalles und dem Deutlicherwerden des Atemgeräusches auf der kranken Seite. Br.

MUNSCH (Paris): **Die chirurgische Therapie der Fazialisparalyse.**

MUNSCH hebt hervor, daß in den letzten Jahren einige Chirurgen Versuche gemacht haben, die bisher ausschließlich interne Therapie der Fazialisparalyse durch eine operative zu ersetzen („La semaine médicale“, 1904, Nr. 10). Aber die Erfolge sind nicht ermutigend. Es gelingt zwar in den glücklichen Fällen durch Überpflanzung des Fazialis auf einen benachbarten Nerven den gelähmten Muskeln einen gewissen Tonus zu geben und die Gesichtsasymmetrie zu verringern, aber die Muskeln gewinnen ihre Spontanbeweglichkeit nicht wieder. Dazu kommen noch durch die Operation bedingte Mitbewegungen der Schulter- und Gesichtsmuskeln und Atrophien im Bereich der zur Vereinigung mit dem Fazialis gewählten Nerven, also Folgeerscheinungen, die den genialen Gedanken einer derartigen Therapie der Fazialisparalyse in seinem Werte sehr beeinträchtigen. Die verhältnismäßig geringsten Nachteile bietet die Anastomose des Fazialis mit dem Hypoglossus. J. St.

FRITZ MEYER (Berlin): **Die klinische Anwendung des Streptokokkenserums.**

Alle Tatsachen zusammenfassend, die sich als notwendige Forderungen für die klinische Anwendung des Streptokokkenserums ergeben, findet Verf. („Berliner klin. Wochenschr.“, 1905, Nr. 28): Zur therapeutischen Anwendung am Menschen darf nur ein als wirksam erprobtes Streptokokkenserum verwendet werden. Die Wirksamkeit des Streptokokkenserums ist behördlich zu prüfen, und zwar mittelst solcher Stämme, welche unverändert aus menschlichen Krankheiten gezüchtet worden sind und sich nicht in der Hand der Serumdarsteller befunden haben. Der Praktiker, welcher Streptokokkensera anwendet, ist verpflichtet, so weit über den theoretischen Vorgang der Serumwirkung orientiert zu sein, um die Indikationen und die Gegenindikationen zu stellen. Die Streptokokkenserumbehand-

lung darf nicht als letztes Mittel in Anwendung gezogen werden, sondern ist als Prophylaktikum im weitesten Sinne zu betrachten. B.

B. A. KORABLEW (St. Petersburg): **Über Veränderungen der Lymphdrüsen bei einigen infektiösen Erkrankungen des Kindesalters.**

In den Halslymphdrüsen kommen folgende charakteristische Erscheinungen zur Geltung: bei Diphtherie akute parenchymatöse Entzündung mit Ablagerung von Fibrin in Form von Netzen, in den Gefäßen Follikeln und lymphatischen Sinus; bei Scharlach gewöhnliche akute hyperplastische Lymphadenitis; bei Masern Adenitis nebst Vergrößerung der Zahl der Follikeln und Hyperplasie der Zellelemente derselben. Bei akuter Gastroenteritis sind in den Mesenterial- und Inguinaldrüsen folgende Erscheinungen wahrzunehmen: parenchymatöse Entzündung und Proliferation der spindelförmigen Elemente des bindegewebigen Stromas der Drüsen. In allen Fällen wurden die stärksten Veränderungen in den Follikeln der Kortikalsubstanz beobachtet. (St. Petersburger Dissert.; „Wratschebnaja Gaz.", 1904, Nr. 22.) L—y.

BOYER (Lyon): **Über ein traumatisches Aneurysma der Aorta.**

BOYER hatte Gelegenheit, ein Aneurysma der Aorta thoracica zu beobachten, dessen Entstehung auf einen Unfall zurückzuführen war („Lyon Méd.", 1904). Ein bisher gesunder Kärrner war damit beschäftigt, ziemlich schwere Fässer mittelst einer Stange auf einen Wagen zu laden. Der Handgriff der Stange brach plötzlich ab und das eine Bruchstück flog mit Wucht an die Brust des Kärrners. Der Schlag war so heftig, daß er zu Boden fiel, das Bewußtsein verlor und ins Spital gebracht werden mußte. Als er wieder zu sich kam, klagte er über Schmerzen im Rücken, ohne daß Zeichen einer spinalen Läsion gefunden werden konnten. Nach 14 Tagen kehrte der Patient wieder zur Arbeit zurück, klagte aber stets über reißende Schmerzen in der Brust und Atemnot. Ungefähr 8 Monate nach dem Unfall kehrte er wieder ins Spital zurück, woselbst er über Schmerzen in der Dorsalregion der Wirbelsäule und der rechten Brusthälfte klagte. Die Radioskopie ergab ein stark pulsierendes Aneurysma der Brustaorta. Es bestanden keine Zeichen von Syphilis oder übermäßigem Potus. Die peripheren Arterien waren frei von Arteriosklerose. Die Tatsache, daß eine Zeitlang nach dem Trauma schwere Arbeit noch möglich war, schließt nach Meinung des Verf.s die traumatische Ätiologie nicht aus, da die lädierten Wände der Aorta sich bekanntlich sehr langsam dilatieren. J. ST.

HANS SPITZY (Graz): **Der Pes planus.**

Der platte Fuß wird als jener Fuß definiert, dem die äußere und infolgedessen auch die innere Fußwölbung fehlt. Das Lageverhältnis der einzelnen Knochen zueinander ist dabei vollständig normal. Diese Fußform gilt allgemein als sehr verbreitet, so sollen ganze Negerrassen und unter den Kaukasiern insbesondere der jüdische Volksstamm mit dieser Anomalie behaftet sein. LORENZ steht sogar auf dem allseits gebilligten Standpunkte, daß der Fuß jedes Neugebornen platt sei, daß der Pes planus als ein Stehenbleiben auf dieser infantilen Stufe aufzufassen sei. Verf. hat diese Thesen auf klinischem wie anatomischem Wege einer eingehenden Kritik unterzogen und kommt hierbei („Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie", Bd. 12, H. 4) zu ganz anderen, entgegengesetzten Ergebnissen. Der normale Fuß des Neugebornen besitzt eine deutliche Fußwölbung. Nur eine starke Fettpolsterung kann einen platten Fuß vortäuschen, wenn das reichliche Fett die Architektur des Knochengerüstes verdeckt. Magere, unterernährte Kinder zeigen immer eine exquisit hohe Fußwölbung. Je geringer das Körpergewicht des Kindes ist, desto schöner ist die Wölbung sichtbar. In jedem Falle, auch bei fetten Früchten, kann man sich von der Fußwölbung durch den relativen Hochstand der Tuberositas navicularis über der Sohlenfläche überzeugen. Dieselbe liegt niemals der Unterstützungsfläche auf. Dasselbe Ergebnis ergibt die Betrachtung anatomischer Präparate von Neugebornen. Das Verhältnis zwischen Fußlänge und Gewölbhöhe ist beim neugebornen wie beim erwachsenen Fuße fast dasselbe, es besteht auch in dem architektonischen Aufbaue zwischen ihnen kein Unterschied. Wenn das Kind zu gehen beginnt, so wird der Fuß aus der fötalen Supinationsstellung durch die lastende Körperschwere in Pronationsstellung gedrängt. Besteht ein Mißverhältnis zwischen Kraft und Belastung des Fußes, so entsteht niemals ein Pes planus, sondern immer eine Pronationsdeformität. Der Vergleich von Fußabdrücken beschuhter und barfußgehender Kinder ergibt, daß die Festigung des Fußgewölbes bei den letzteren in einem erheblich früheren Zeitraume eintritt als bei den ersteren. Der vom Einzwängen in enges Schuhwerk verschont gebliebene kindliche Fuß paßt sich viel schneller den an ihn beim Stehen gestellten Belastungsansprüchen an. Die Annahme, daß die Neger und Juden einen platten Fuß besäßen, muß als unrichtig bezeichnet werden. Aus allen seinen Untersuchungen glaubt Verf. zu dem Schlusse berechtigt zu sein, die Bezeichnung „Pes planus" gänzlich fallen zu lassen, da sie der klinischen und anatomischen Grundlage entbehrt und nur geeignet ist, den Mangel an Schärfe und Klarheit in der Nomenklatur dieses Kapitels zu vermehren. GRÜNBAUM.

PAYR (Graz): **Die Mobilisierung des Duodenums nach KOCHER zur Entfernung retroduodenal liegender Choledochussteine.**

Die von KOCHER seinerzeit angegebene Mobilisierung des Duodenums — durch Inzision des Peritoneums nach außen vom Duodenum und stumpfes Ablösen des Duodenums von der Unterlage — hatte ursprünglich den Zweck, eine Anastomose zwischen Magen und Duodenum zu erleichtern („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 75, H. 1). Verf. bediente sich dieser Methode, um einen in der VATERschen Papille eingeklemmten Gallenstein, der trotz ausgeführter Choledochotomie nicht zu entfernen war, bloßzulegen. Er beabsichtigte ursprünglich, die retroduodenale Choledochotomie zu machen, versuchte aber nach ausgeführter Mobilisierung den Stein mit den Fingern hinaufzuschieben, was jetzt auffallend leicht gelang. Der Stein, von Haselnußgröße, wurde mittelst einer durch die Choledochotomiewunde eingeführten Zange gefaßt und extrahiert. Verf. schlägt vor, von der Ablösung des Duodenums bei der Operation von Gallensteinen, die im intrapankreatischen Teil des Choledochus liegen, häufiger Gebrauch zu machen. Die einzige Unannehmlichkeit, die Verf. erlebte, war die ziemlich starke Blutung aus einem mächtigen Venenplexus, die mehrere Unterbindungen notwendig gemacht hat. ERDHEIM.

Kleine Mitteilungen.

— Die **therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen** bespricht EWART („Edinb. med. Journ.", 1904, Nr. 11). Bei Lupus ist die Reaktion um so stärker, je chronischer und trockener der Lupus ist. Niemals aber erzeuge man mehr als ein Erythem, da Verbrennungen sehr schwer zu heilen sind. Es ist zuzugeben, daß Verbrennungen, wenn sie zur Heilung kommen, außerordentlich dauerhafte Erfolge aufweisen. Maligne Geschwülste bieten kein günstiges Feld für die Röntgenstrahlen. Eine Ausnahme machen die Ulcera rodentia; es rezidivieren aber auch 50% der scheinbar geheilten Fälle. Bei sonstigen (inoperablen) Tumoren wird in vielen Fällen der Schmerz durch die Bestrahlung gemindert; dies läßt sich aber leichter und sicherer durch eine Morphiumspritze erzielen. Verf. rät, operable Ulcera rodentia ebenfalls mit dem Messer zu entfernen; dies ist sicherer, billiger und weit einfacher als die Bestrahlung. Schöne Erfolge sah er bei Ekzemen, doch traten Rezidive fast regelmäßig ein; Dauerresultate erzielte er bei Sykosis.

— Über die **Resorption von Atropin, Salol, Salizylsäure und Rhabarber im Magen** berichten INOUYE und KASCHIWADO („Arch. f. Verdauungskrankh.", Bd. 10). Sie fanden: Die Atropinlösung wird vom Magen des Hundes und der Katze nicht resorbiert. Salizylsäure und Salol wird von der Magenschleimhaut des Hundes resorbiert, aus welchem Ergebnis sie weiter den Schluß ziehen, daß

die Salolprobe zur Prüfung der motorischen Tätigkeit des Magens nicht verwertet werden kann. Der Rhabarber wird von der Magenschleimhaut des Hundes nicht resorbiert und ist demzufolge auch HERSCHELLS Prüfung der resorbierenden Tätigkeit des Magens, die auf der Resorbierbarkeit des Rhabarbers beruhen sollte, ebenso hinfällig, wie die Methode von PENZOLDT und FABER, worüber INOUYE bereits in einer früheren Arbeit berichtet hat.

— Seine Erfahrungen über den **Liquor sanguinalis Krewel** publiziert FRICK („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 2). Das Sanguinal ist unter den in letzter Zeit bei anämischen Zuständen am meisten angewandten Präparaten zu nennen. Die Anwendungsweise geschah meistens in Pillenform und genügte in der größten Zahl der Fälle dem praktischen Bedürfnis. Für manche jedoch ist diese Art der Ordination recht schwierig und besonders in der Kinderpraxis kaum möglich. Deshalb hat die Firma das Präparat jetzt auch in flüssiger Form hergestellt, und zwar in folgender Zusammensetzung: 95% flüssiges Hämoglobin, 2·5% natürliche Blutsalze, 2·5% peptonisiertes Muskelalbumin und eine Spur Mangan. Die Flüssigkeit sieht dunkelbraun aus und schmeckt angenehm süßlich. Die Haltbarkeit ist eine sehr gute. Verf. hat dieses flüssige Präparat in einer großen Reihe von Fällen mit Erfolg verwendet.

— Die systematische antifebrile **Behandlung des Unterleibstyphus** mit Pyramidon rühmt VALENTINI („Deutsche med. Wochenschrift", 1904, Nr. 16). Er gab zweistündlich Tag und Nacht bei leichteren Fällen 0·2 *g*, bei schwereren 0·3—0·4 *g* während des ganzen Krankheitsverlaufs, bis die Temperatur von selbst normal blieb, bei Kindern meist nur 0·1 *g* pro dosi. Das Mittel wurde in Lösung immer gern genommen, selbst bei 4—5 Wochen langem Gebrauch wurden schädliche Wirkungen nicht beobachtet. Durch die Behandlung, die Verf. übrigens erst nach völliger Sicherstellung der Diagnose eingeleitet hat, wurde die Temperatur auf die Norm oder fast auf die Norm herabgedrückt, der Puls und das Sensorium sehr günstig beeinflußt und dadurch die Pflege sehr erleichtert. Eine spezifische Wirkung nimmt der Verf. nicht an, doch hat er den Eindruck, daß der ganze Krankheitsverlauf günstig beeinflußt wird. Unter 19 überwiegend schweren Kranken sind 2 gestorben. Verf. meint, daß diese Art antifebriler Therapie viel leichter durchzuführen ist als die Bäderbehandlung, die namentlich in Zeiten von Epidemien viel zu große Anforderungen an die Pflege stelle.

— Den **Wert der Sauerstoffbehandlung** diskutiert STRAUSS („Zeitschr. f. ärztl. Fortb.", 1904, Nr. 22). Er findet, daß die Sauerstoffzufuhr als eine anderen Methoden überlegene und deshalb zu fördernde Behandlungsart nur in ganz wenigen Fällen, und zwar bei Leucht- und Kohlenoxydgasvergiftung sowie bei Rauchvergiftung und Vergiftung mit Anilin, in Frage kommen kann. In anderen Fällen, namentlich bei Stenosierungen der Luftwege aus irgend einer Ursache, ferner bei verschiedenen Formen kardialer Dyspnoe kann die Inhalation von Sauerstoff als eine die sonstigen Maßnahmen der Therapie unterstützende Behandlungsmethode herangezogen werden, durch welche öfters die subjektiven Beschwerden der Dyspnoe verringert werden und dem Kranken auf diese Weise nicht nur Erleichterung verschafft, sondern auch mittelbar Kraft gespart wird. In solchen Fällen darf man sich aber auf den Nutzen der Sauerstoffinhalationen allein nicht in dem Grade verlassen, daß man ein Recht hätte, auch nur die geringste sonstige Maßnahme zu unterlassen, welche durch den vorliegenden Status an sich angezeigt erscheint. Andere Methoden der Sauerstoffzufuhr kommen für die Praxis kaum in Betracht.

— Aus Versuchen mit **Neuronal** von BECKER („Psych.-neur. Wochenschr.", 1904, Nr. 18) und STROUX („Deutsche med. Wochenschrift", 1904, Nr. 41) geht folgendes hervor: Neuronal hat sich als ein recht brauchbares und durchaus unschädliches Schlafmittel erwiesen. Wie jedes andere Hypnotikum versagt es gelegentlich oder zeigt sich wenigstens nicht als ausreichend schlafbringend bei sehr starken, im Verlauf der senilen Demenz, der Katatonie und des manisch-depressiven Irreseins vorkommenden Erregungszuständen. Möglicherweise wäre aber auch in den genannten Fällen bei weiterer Steigerung der Einzelgabe noch ein Erfolg zu erzielen gewesen. Bedenken dagegen liegen bei der Ungefährlichkeit des Mittels nicht vor. Um eine dem Trional und Veronal gleiche Wirkung zu entfalten, muß es zwar in etwas höherer Dosis als jene gegeben werden, dafür fehlen ihm aber auch die jenen eignen unerwünschten und bei längerer Anwendung nicht ungefährlichen Nebenerscheinungen. Die Dosis liegt zwischen 0·5—1·5—2 *g*. Bei Epilepsie hat RIXEN („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 48) vom Neuronal gute Wirkungen gesehen.

— Als **Nervina bei sexueller Neurasthenie** sind folgende empfehlenswert („Zentralbl. f. d. ges. Therap.", 1904, Nr. 12):

1. Rp. Yohimbini . . . . 0·2
Aq. boric. . . . . 10·0
DS. Zur subkutanen Injektion.

2. Rp. Phosphori
Strychn. nitr. . . . . aa. 0·015
Extr. cannab. ind. . . . . 0·12
Limat. ferr. . . . . 2·0
Rad. rhei chin. . . . . 0·4
Rad. gentian. . . . . q. sat
ut f. pilul. Nr. XXX. DS. Dreimal täglich eine Pille vor dem Essen zu nehmen.

3. Rp. Extr. nuc. vomic . . . . 0·3
Zinc. phosphor.
Zinc. valerian. . . . . aa. 0·2
Extr. quassiae . . . . q. sat
ut f. pilul. Nr. XXX. DS. Dreimal täglich eine Pille vor dem Essen zu nehmen.

4. Rp. Ol. phosphor. . . . . 1·0
Gum. arab. . . . . 5·0
Syr. cort. aur. . . . . 25·0
Syr. valerian. . . . . 10·0
Aq. menth. pip. . . . . 100·0
DS. Zweistündlich ein Kaffeelöffel voll zu nehmen.

5. Rp. Extr. fluid. Lyriosm. ovat. . . . . . 15·0
DS. Zweistündlich 10 Tropfen zu nehmen.

6. Rp. Extr. fluid. Turner. aphrodisiac. . . 15·0
DS. Dreimal täglich 30 Tropfen zu nehmen.

— Über **Anwendungsformen des Chinins in der Kinderpraxis** berichtet FREUDENTHAL („Die ärztl. Praxis", 1904, 1. Sept.). Das Chinin läßt sich weder per os noch per rectum in einer auf die Dauer einwandfreien Form bei kleinen Kindern verabfolgen. Auch der Weg einer subkutanen Applikation des in Mischung mit Antipyrin klar löslichen Chinins ist nicht gangbar, da die Einspritzung, von ihrer Unbequemlichkeit und einer Infektionsmöglichkeit abgesehen, sehr schmerzhaft ist. Für Säuglinge bis zu einem Jahr ist daher das Aristochin zu bevorzugen, das zwar in Wasser und Milch unlöslich, aber durchaus geschmacklos ist. Man kann es in offener Pulverform zu 0·1—0·3 mit Zucker 3—4mal täglich verabreichen. Bequemer noch läßt man es der Milch zusetzen, mit der es unbemerkt genommen wird. Um die Resorption des Chinins zu beschleunigen, läßt man bekanntlich gern Salzsäure nachnehmen. Damit auch der Schein einer medikamentösen Verordnung vermieden wird, hat Verf. Salzsäurebonbons herstellen lassen. Mit diesen Hilfsmitteln sind alle Schwierigkeiten, die der Chininanwendung bei Kindern im Wege standen, beiseite geräumt. In gleichem Sinne äußert sich RAMBAUD über Aristochin („Riv. Ven. d. Sc. Med.", 1904, 15. Juli).

Literarische Anzeigen.

L. LANDOIS' Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medizin. Bearbeitet von **Prof. Dr. R. Rosemann.** Erste Hälfte. 11. Auflage. Mit zahlreichen Abbildungen. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

Wiewohl es erst nach dem Erscheinen der zweiten Hälfte möglich sein wird, ein volles Bild von den Abänderungen zu entwerfen, welche das LANDOISsche Lehrbuch, ein guter, alter Bekannter aus der Studienzeit, in seiner 11. Auflage erfahren hat, sei schon jetzt die Tatsache registriert, daß ROSEMANNS Bearbeitung sorgfältig allen physiologischen Errungenschaften der letzten Jahre Rechnung trug. Die Physiologie des Blutes, des Kreislaufes, des Stoffwechsels sind durchwegs wesentlich ergänzt worden, die bezüglichen Literaturangaben reichen bis in die allerletzte Zeit herein. In pietätvoller Weise hat der Bearbeiter die ursprünglichen Angaben aus der alten Literatur

beibehalten. Die Physiologie des Kreislaufes, ein Lieblingsgebiet LANDOISscher Darstellung, nimmt auch gegenwärtig einen breiten Raum im Buche ein und kann wohl — vom Standpunkte der Studierenden aus betrachtet — als eine der besten Bearbeitungen dieses Gegenstandes bezeichnet werden. Wir kommen auf die 11. Auflage der LANDOISschen Physiologie noch ausführlich zurück. BR.

Die inneren Krankheiten in kurzer Darstellung zum Gebrauche für Ärzte und Studierende. Von **Dr. Emil Schwarz**, Privatdozent für innere Medizin in Wien. II. Teil. Wien 1905, Moritz Perles.

Der vorliegende Teil dieses vorzüglichen Werkes enthält die Krankheiten des hämatopoëtischen Apparates, der Blutdrüsen, des Stoffwechsels, Infektionskrankheiten, Vergiftungen, Krankheiten der Knochen, Gelenke und Muskeln, des Nervensystems, und zwar des Rückenmarks und seiner Häute, der peripheren Nerven, des Gehirns und seiner Häute, die Neurosen. SCHWARZ liefert in seinem Lehrbuche den Beweis, daß es möglich ist, auch die größte Materie in engem Rahmen zu bewältigen, sie in leichtverständlicher und knapper Form darzustellen, ohne dem Bilde des Darzustellenden Eintrag zu tun, ohne auf die Wiedergabe wesentlicher Teile desselben zu verzichten, ohne vor allem andern originell zu sein und zu bleiben. Man muß nur, wie unser Autor, auszuwählen vermögen und, den Standpunkt des Lehrers vom Anfange bis zum Ende festhaltend, Wichtiges von Unwichtigem scheiden können. Von diesem Standpunkte aus ist es auch durchaus zu billigen, daß die vortrefflichen anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen der einzelnen Kapitel sich typographisch von der Hauptmaterie unterscheiden. Wir können das SCHWARZsche Werk, das alle Errungenschaften der Medizin aus den letzten Jahren sorgfältigst berücksichtigt, Ärzten und Studierenden wärmstens empfehlen. BRAUN.

Der Einfluß von Boden und Haus auf die Häufigkeit des Krebses. Von **Dr. Karl Kolb.** Mit 9 Kartenskizzen. München 1904, J. F. Lehmann.

KOLB hat sich der großen Mühe unterzogen, einen Teil des zum Alpenvorlande gehörenden Bayerns in der Absicht zu untersuchen, um einen etwaigen Zusammenhang zwischen Krebsverbreitung und geologischer Beschaffenheit des Bodens festzustellen und kam zu folgenden Schlüssen: Der Boden erhöht die Häufigkeit des Krebses an einem Orte durch seine Feuchtigkeit. Tertiär- und Alluvialboden, die schwer durchlässig sind, haben größere Krebssterblichkeit als poröser Boden. Tonboden fördert die Krebshäufigkeit, Kalkboden hemmt dieselbe. Wie der Boden beeinflußt auch das Wohnhaus mit seinem Untergrunde in gleichem Sinne die Häufigkeit des Krebses. Die gerade im tertiären Alpenvorlande verbreitete Lehmdecke und die große Niederschlagsmenge veranlassen die hohe Krebssterblichkeit dieses Gebietes. In Konsequenz seiner Anschauungen verlangt Verf. für die Prophylaxe des Krebses möglichste Entwässerung und Reinhaltung des Untergrundes, wasserdichte Isolierung des Hauses vom Boden und eine durchgreifende Wohnungsreform im Sinne der Schaffung billiger und gesunder Wohnungen. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit der Übertragung des Krebses durch den Hund ist eine Beschränkung der Zahl der Hunde geboten. Für die individuelle Krebsprophylaxe empfiehlt er allgemein hygienische Maßnahmen. A.

Magenerweiterung, motorische Insuffizienz und Atonie des Magens. Von **Hofrat Dr. Friedrich Crämer.** Nebst einem Anhang über chirurgische Behandlung der Magenerweiterung. Von **Dr. Albert Krecke.** München 1903, J. F. Lehmanns Verlag.

Verf. war bemüht, durch genaue Schilderung der Symptome die Krankheitsbilder der Magenerweiterung, der motorischen Insuffizienz und der Atonie auseinanderzuhalten und die Diagnose der Dilatation schon in den Anfangsstadien zu erleichtern. Die Ansichten über die Diät weichen zum Teil von den Ansichten anderer Autoren ab. Die chirurgische Behandlung der Magenerweiterung hat KRECKE bearbeitet. Bei Dilatation, die durch benigne Pylorusstenosen bedingt ist, verspricht nach seinen Erfahrungen die Gastroenterostomie posterior die besten Erfolge; hingegen plädiert KRECKE für Einengung der Indikation zur Gastroenterostomie bei karzinomatöser Pylorusstenose zugunsten der Pylorusresektion. Natürlich kann nur eine frühzeitige Überweisung der Kranken an den Chirurgen die Prognose der Operation günstig gestalten. E.

Feuilleton.

Die Ursachen der Linkshändigkeit.

Eine physiologisch-anatomische Studie.

(Schluß.)

Eine ganz neue Theorie stellt Dr. ANDREW WILSON auf. Anknüpfend an die Tatsache, daß die die Bewegungen des rechten Armes beherrschenden Zentren dicht neben dem Sprachzentrum der linken Hirnhälfte liegen, fragt er: „Ist es nicht wahrscheinlich, daß die Überlegenheit unsrer rechten Körperhälfte in ihrem Wachstum gleichen Schritt gehalten hat mit der Entwicklung der Sprache?“ Er leugnet das Hervorgehen der Rechtshändigkeit aus der andauernden Übung im Gebrauch der Rechten von Kindheit auf und betrachtet sie als ein Ergebnis der Evolution aus der Doppelhändigkeit heraus. Für die Linkshändigkeit, welcher DANIEL WILSON ein eigenes Buch gewidmet hatte, bringt ANDREW WILSON keine Erklärung bei.

Desto eingehender sind die von LÜDDECKENS („Rechts- und Linkshändigkeit“, Engelmann, Leipzig 1900) beigebrachten Erklärungen sowohl für die Gelinktheit als auch für die Rechtshändigkeit. Das Buch dieses — inzwischen verstorbenen — Arztes ist die wissenschaftlich wertvollste aller bisherigen Schriften über den Gegenstand und dürfte berufen sein, grundlegend zu wirken. Die Behandlung der Sache durch LÜDDECKENS ist eine durchwegs anatomische und beruht auf gründlichen Forschungen. Der rote Faden, der sich durch seine Darlegungen zieht, ist die absolute Verwerfung der Möglichkeit, daß die Rechts- bzw. Linkshändigkeit auf Angewöhnung beruhen könne. Unter anderem sagt er, „ohne weiteres unhaltbar sei die Auffassung, daß der Mensch bei ursprünglich gleicher Funktion beider Hemisphären des Gehirns die Mitarbeit der einen immer mehr einschränke und sich an den ausgiebigeren Gebrauch der einen Hand gewöhne“. Schon die anatomische Tatsache, daß das Zentrum für die Sprachmuskulatur nur auf einer Seite des Gehirns — bei den Rechtsern bloß auf der linken Seite — zu vollkommener Entwicklung kommt, schließe die Richtigkeit der Angewöhnung der Rechtshändigkeit aus.

LÜDDECKENS wendet sich gegen die verbreitete Meinung, als handle es sich bei der Linkshändigkeit um eine auf die Hand beschränkte Erscheinung. Vielmehr komme dabei die physiologische Beschaffenheit der ganzen linken Seite in Betracht, die bei den Linksern die gleichen Merkmale aufweist wie bei den Rechtsern die rechte. Diese These, welche LÜDDECKENS im Detail zu bekräftigen versucht, bildet, in Verbindung mit dem auch von BOLZ und BIERVLIET bejahten Vorwiegen der linken Hirnhälfte gegenüber der rechten als Haupterklärungsgrund der Rechtshändigkeit den Grundzug seiner Forschungsergebnisse. Bei ihrer Verfechtung zieht er außer der Hand, dem Arm und dem Hirn auch das Rückgrat, das Ohr, das Sprechen, das Gehen, den Schlaf, die seelischen Vorgänge, die ganze Muskulatur usw. zur Untersuchung heran, am ausführlichsten jedoch das Auge. Durch zahlreiche Beobachtungen ist er dazu gelangt, die Linkshändigkeit in der Regel an einer Erweiterung der linken Pupille zu erkennen. Die das Auge betreffenden Mitteilungen sind die wissenschaftlich wichtigsten und gediegensten des Buches. LÜDDECKENS betont, daß auch JAMES MARK BALDWIN „die Prävalenz der linken Hirnhälfte“ für die natürliche Ursache des Vorherrschens der Rechtshändigkeit hält, und er führt aus dem Buche dieses hervorragenden Erforschers der Geistesentwicklung des Kindes interessante Versuche an, die BOLZ mit seiner eigenen Tochter in deren

frühestem Alter anstellte. Zunächst ließ er das Kind nicht immer auf demselben Arme tragen. Dann brachte er es von 4—10 Monat täglich zu einer bestimmten Zeit in eine bequeme sitzende Stellung und ließ es nach den verschiedensten Gegenständen greifen. In dieser Zeit fand er gar keine Bevorzugung einer Hand, wobei allerdings zu beachten ist, daß dem Kinde dabei noch keinerlei Muskelanstrengung zugemutet wurde. Sobald nun die bisher eingehaltene Entfernung von 10 Zoll auf 12—15 vergrößert wurde, äußerte die Kleine sofort eine außerordentliche Vorliebe für die rechte Hand. Während sie bei den Versuchen des ersten Zeitabschnitts 577mal mit der rechten, 568mal mit der linken und 1042mal mit beiden Händen zugleich zugegriffen hatte, benutzte sie in der zweiten Periode bei der größeren Entfernung der Gegenstände bei 80 Versuchen 74mal die rechte, dagegen nur 5mal die linke Hand und nur ein einziges Mal beide Hände zugleich. Bei einer Entfernung von 13 bis 15 Zoll bediente sie sich zum Greifen überhaupt nur noch der rechten Hand. Bei Verschiebungen nach links griff die rechte Hand mit um so größerer Anstrengung in den Bereich der linken über, während die linke noch weniger gebraucht wurde.

Die Rechtshändigen schlafen zumeist nur auf der rechten Seite gut und bekommen, nachdem sie auf der linken viel schwerer eingeschlafen, dann häufig unangenehme Träume, zuweilen auch Alpdrücken oder Pollutionen. Die Gelinkten dagegen schlafen gewöhnlich nur auf der linken Seite gut. Bei diesen ist der höhere Blutdruck in der rechten, bei jenen der in der linken Kopfhälfte die Ursache. Und ähnlich entspricht nach LÜDDECKENS, wie gesagt, die Beschaffenheit der linken Seite bei den Linksern in allen Einzelheiten der der rechten bei den Rechtsern. „Ich war verblüfft," schreibt LÜDDECKENS auf Grund eines reichen Beobachtungsmaterials, „bis zu welchem Grade eine Übereinstimmung zwischen beiden Zuständen wie zwischen einem Gegenstand und seinem Spiegelbild nachzuweisen war." Großes Gewicht legt er bei der Gelinktheit auch auf die Vererbung. Er gibt Daten und Tabellen, aus denen das häufige Vorkommen der Linkshändigkeit in einer und derselben Familie in vielen Fällen hervorgeht. Hinsichtlich der Gelinktheit bei Schulkindern bemerkt er unter anderem:

„In der Schule zeigt sich in der Regel bald, ob man es mit einem Linkshänder zu tun hat, und zwar auffallenderweise häufig beim Schreiben. Wenn sie auch oft mit vieler Mühe die der Rechtshändigkeit angepaßten Schriftzüge mit der rechten Hand schreiben lernen, so hat doch ein großer Teil von ihnen die Neigung, sich dabei der linken zu bedienen. Später, wenn sie merken, daß es sich schlecht gegen die Spitze der Feder schreibt, fangen sie vielfach an, von rechts nach links in sogenannter Spiegelschrift zu schreiben, wobei sie bei einem verhältnismäßig sehr geringen Aufwand von Übung manchmal eine auffällige Geläufigkeit erlangen. Eine linkshändige schwachsinnige Schülerin im Alter von 12 Jahren gab auf die Aufforderung, ihren Vor- und Zunamen mit der linken Hand zu schreiben, dieselben in Spiegelschrift wieder, und als ihr eine Kirche mit dem Turm links und dem Hause nach rechts vorgezeichnet wurde, fing sie mit der linken Hand von rechts an und brachte zuerst den Turm, dann nach links gehend das Haus aufs Papier. Sie hatte in der Schule rechtshändig richtig Schreiben wie auch Stricken gelernt; doch verfiel sie jeweilig auch darauf, mit der linken Hand zu stricken. Sie strickte dann anstatt von dem Mittelpunkte nach links, von diesem aus nach rechts gehend. Hierbei nahm sie den Faden auf die rechte Hand (statt wie üblich auf die linke) und gab durch Verdrehung desselben der Masche eine der normalen entgegenlaufende Richtung. Solche Fälle von Spiegelstricken — in derselben Schule war früher schon einer beobachtet worden — dürften selten sein. Jedenfalls aber beweisen sie, welche technische Schwierigkeiten die Linkshändigkeit selbst bei Schwachsinnigen instinktiv zu überwinden vermag, um sich zur Geltung zu bringen."

Was die Zahl der Gelinkten betrifft, so wird sie von FLECHSIG auf nur 3, von BIERVLIET aber auf 22% geschätzt. Die Wahrheit dürfte auch hier in der Mitte liegen. Es gibt mehr Linkshändige als man gewöhnlich annimmt, jedoch wohl schwerlich mehr als 10%. Bisher hat noch niemand umfassende, sich auf Tausende erstreckende Statistiken aufstellen können — und nur solche würden verläßlich sein —, weil kein Forscher mehr als Hunderte beobachtet und verglichen hat. Leider wird die Gelinktheit von vielen unwissenden Lehrern und Ärzten für eine üble Kindergewohnheit gehalten, die man nötigenfalls mit Gewalt beseitigen müsse. Ganz sinnlos werden die seltsamsten Mittel angewendet, um den doch völlig harmlosen vorwiegenden Gebrauch der Linken zu unterdrücken — meist ohne jeden Erfolg. L. K.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen
der
76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der deutschen med. Fachpresse".)

XXII.

Abteilung für innere Medizin.

SCHREIBER (Göttingen): Demonstration einer neuen Lampe für Lichttherapie.

Vortr. hat die Quarzlampe dadurch modifiziert, daß er vor der Quarzlampe eine Bogenlampe einschaltet. Er glaubt dadurch ultraviolette und rote Strahlen zur Verwendung gebracht zu haben.

Holzknecht (Wien): Vortr. sieht nicht ein, inwiefern diese neue Lampe eine Verbesserung darstelle, da einerseits die roten Strahlen chemisch unwirksam sind, andrerseits die ultravioletten Strahlen nicht in die Tiefe wirken.

BAUER (Wien): Demonstration eines neuen Apparates für Heißwasserzirkulation.

Der Apparat gestattet, die Wärmekörper in der verschiedensten Weise zu konstruieren, z. B. zur Einführung in die Vagina etc.

GROSSMANN (Berlin): **Zur Psychotherapie bei Herzkrankheiten.**

Die von ihm ausgeführte oberflächliche Hypnose nennt G. einen harmlosen, ungefährlichen, psychischen Zustand. Die praktischen Ergebnisse der hypnotisch-suggestiven Therapie wären nicht nur bei Herzneurosen, sondern auch bei organischen Herzleiden groß. Es wäre ein sympathisches Mittel von einer Vielseitigkeit und Valenz wie kein anderes. Es wirke beruhigend und könne krankhafte und krankmachende Vorstellungen beseitigen, könne Schmerzen wegnehmen, Appetit, Schlaf und Stuhlgang regeln, könne, wie er mit ZÜLZER nachgewiesen habe, die Urinabsonderung regeln, ja auch die Menstruation, Präkordialangst ließe sich so leicht beseitigen. Selbst den Morbus Basedowii habe er in einem Falle geheilt. Auch Dyspnoe und kardiales Asthma liefere gute Erfolge. Das kardiale Asthma wäre sogar ein viel dankbareres Feld für die hypnotische Behandlung als das nervöse, wie der Fall des Brugsch-Pascha, den er in extenso schildert, gezeigt habe. Auch für die Wirksamkeit der Hypnose bei Krankheiten des Herzmuskels führte er einen Fall an. Endlich fände die Hypnose auch bei schwerstem, inkompensiertem Vitium cordis keine Kontraindikation.

Naunyn (Straßburg) widerspricht dem Vortr. auf das allerentschiedenste. Er könne an die Beweiskraft seiner Behauptungen absolut nicht glauben.

SCHWEINBURG (Zuckmantel) bespricht einen Fall von lienaler Leukämie, bei welchem durch Röntgenstrahlen der Milztumor wesentlich verkleinert wurde und die Leukozyten um das Dreifache abgenommen haben.

Krause (Breslau) verfügt über 5 Fälle. Die Bestrahlung erfolgte mit einer harten Röhre. Wenn auch objektiv eine Verkleinerung der Milz bzw. der Lymphdrüsen nicht erzielt wurde, so wurde doch subjektiv eine erhebliche Besserung erzielt. In einigen Fällen sind die Leukozyten erheblich zurückgegangen, was jedoch, wie bekannt, öfter auch ohne Bestrahlung bei der Leukämie vorkäme. Jedenfalls sei das Befinden in allen Fällen sehr gebessert worden. Von einer Heilung könnten wir freilich nicht sprechen. KRAUSE hat die Milz, dann die Röhrenknochen und das Sternum bestrahlt. Die anderen Körperteile wurden entsprechend geschützt.

Soetbeer (Greifswald) hat einen Parallelfall in der Greifswalder Klinik beobachtet. Dort ist die Milz von 43 auf 27 cm und die Leukozyten von 300.000 auf 150.000 zurückgegangen.

FRANKENHÄUSER (Berlin): **Über die Beziehungen zwischen klimatischen Einflüssen und Badekuren.**

Vortr. wies darauf hin, daß wir bei der Verordnung und Durchführung von Badekuren zurzeit mehr als bei vielen anderen Heilverfahren auf die Tradition angewiesen sind. Wir wissen zwar,

daß zwischen der Eigenart des Patienten, des Klimas und der Heilquellen der Badeorte gewisse Beziehungen bestehen, welche für den Heilerfolg maßgebend sind. Über das Wesen dieser Beziehungen sind wir aber bisher vollkommen im Dunkeln geblieben, zumal wir wissen, daß die Bestandteile der Quelle nicht die Haut zu durchdringen und daher auch nicht in den Stoffwechsel direkt einzugreifen vermögen. Vortr. zeigt nun, daß ein Angelpunkt für die Beziehungen zwischen der Eigenart der Patienten, des Klimas und der Heilquelle in der Wasserdampfabgabe der Patienten zu suchen ist, welche gleichzeitig eines der wichtigsten Wärmeregulierungsmittel und einen wichtigen Faktor im Stoffhaushalte des Organismus darstellt. Vortr. erläutert an einer Reihe von Beispielen, wie sich diese Wasserverdampfung als das Ergebnis zweier antagonistischer Kräfte — des Dampfdruckes, welchen der Organismus entwickelt (des „physiologischen Dampfdruckes") auf der einen, des Dampfdruckes, welcher jeweilen in der Atmosphäre herrscht, auf der anderen Seite — verschieden gestaltet. Es ergibt sich, daß die verdampfende Kraft eines Klimas gegenüber dem Menschen (die „physiologische Exspirationskraft") nicht nur von der Eigenart des betreffenden Menschen, von seinem Alter, seiner Ernährung, seinem Gesundheitszustande, seiner Tätigkeit, seiner Kleidung usw. abhängt.

Zu den wichtigsten Einflüssen, welche die Wasserdampfabgabe des einzelnen Menschen beeinflussen, gehört der Zustand seiner Haut, die Temperatur, Feuchtigkeit und größere oder geringere Bedeckung mit Epidermisschuppen, Fett und Salzen. Süßwasserbäder verstärken nun den Dampfdruck und damit die Wasserdampfabgabe der Haut nicht nur vorübergehend durch Imbibition der Epidermis mit Wasser, sondern auch dauernd, indem sie die Haut von Epidermislagen, Fett und Salzen reinigen und ihre Tätigkeit anregen. Salzbäder dagegen hinterlassen eine Imprägnierung der Haut mit hygroskopischen Salzen, welche eben infolge ihrer hygroskopischen Eigenschaften die Wasserverdunstung hemmen.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse.")

Sitzung vom 24. März 1905.

Wolfgang Pauli: Wandlungen in der Pathologie durch die Fortschritte der allgemeinen Chemie.

„Die Pathologie kann ihre Aufgabe erst dann als vollendet betrachten, wenn es ihr gelungen ist, die Anomalien in den Verrichtungen des Organismus von den Änderungen der Form und Mischung seiner Bestandteile herzuleiten." Ihr Erkenntnisgebiet wächst also durch experimentelle Feststellung von Maß und Richtung der Funktionsänderung sowie durch das Studium der zugrundeliegenden morphologischen und chemischen Abweichungen. Das Interesse für die chemischen Veränderungen ist im Gegensatze zu den Fortschritten auf morphologischem Gebiete erst in den letzten Jahrzehnten angewachsen. Den ersten bedeutungsvollen Schritt zu einer physikalisch-chemischen Charakteristik der lebendigen Substanz hat Graham getan, indem er nach dem Verhalten gewisser typischer Stoffe eine Einteilung aller Körper in Kolloide und Kristalloide vornahm. Daraus hat sich dann die Auffassung entwickelt, daß alles Leben notwendig an die Existenz einer kolloidalen Grundsubstanz geknüpft sei, an der sich sämtliche Veränderungen abspielen. Die kolloiden Stoffe finden sich im Körper in zweifacher Form, in einem mehr minder gallertigen Zustande in den Zellen und als Flüssigkeit im Blute und in den Gewebssäften, in letzterer Form dem Experimente vollständig zugänglich. Eine kritische Beleuchtung und Besprechung dieser flüssigen kolloiden Stoffe bildete den Hauptinhalt der durch prächtige Diktion und weite Gesichtspunkte ausgezeichneten Ausführungen Paulis. Vortr. ging behufs Klarstellung der Eigenschaften des kolloidalen Lösungszustandes von den kolloidalen Metallösungen aus, deren Gesetzmäßigkeiten und Verschiedenheiten sich aus Veränderungen dieser Werte, der Zahl, Größe und elektrischen Ladung der suspendierten Teilchen ergeben. Die Fällung von Kolloiden, ein Urbild der meisten Kolloidreaktionen, ist imstande, auch in wichtigen Fragen der Physiologie und Pathologie Aufklärung zu bringen. ... Eine mittlere Ladung bei genügender Zahl und Größe der kolloiden Partikel gibt ein Optimum der Fällung..... Die experimentellen Erfahrungen über die Kolloide sind im ganzen genommen bereits so geordnet, daß sie zur Anwendung auf die Immunitätsreaktionen gebrauchsfertig sind. Pauli behandelte vor allem das Verhältnis von Toxin und Antitoxin, die als Kolloide sich gegenseitig neutralisieren können. Die Übereinstimmung der Gesetzmäßigkeiten im Gebiete der Kolloide einerseits, der Toxine und Antitoxine andrerseits ist eine frappante. So besteht beim Diphtheriegift (Ehrlich) und bei Immunseris (Paltauf) gleich wie bei Kolloiden überhaupt Neigung zu Komplexbildung. Die Unterschiede bei simultaner und bei fraktionierter Fällung bieten Pauli eine Erklärung der mannigfaltigen Erscheinungen bei der Reaktion Toxin-Antitoxin. Die Hypothese von der Zusammensetzung des Giftes in eine haptophore (bindende) und eine besondere toxophore Gruppe ist nach seinem Raisonnement unnötig, da es sich um eine Reaktion des kolloidalen Toxins gegen zweierlei Kolloide, gegen das Antitoxin und gegen die Bestandteile der Zelle, handelt. Auch geringe Änderungen der kolloidalen Eigenschaften eines Körpers können schon einen Teil seiner Reaktionen beeinflussen; ein ähnliches Verhalten bei Immunreaktionen könnte den Wegfall von haptophoren Gruppen bei Erhaltung der ergophoren vortäuschen oder umgekehrt. Ein besonders bemerkenswertes Beispiel für die Identität der antitoxischen Neutralisation der Toxine mit der Neutralisation von Kolloiden gibt das von Ehrlich gefundene Phänomen, daß man eine größere Zahl einfach tödlicher Gaben zufügen muß, bis das Gemenge die Wirkung einer freien Dosis letalis gewinnt. Das Analogon aus dem Bereiche der anorganischen Kolloide bietet der von Biltz studierte Neutralisationsvorgang von arseniger Säure und ihrem Antidot, dem Eisenhydroxyd. Eine Abstumpfung der elektrischen Ladung bei geringer Größenänderung der Teilchen kann ein Kolloid stabiler machen, was durch passenden Zusatz eines neutralisierenden Kolloids bewirkt wird. Schon aus der Wandelbarkeit weniger Umstände muß also eine ungeheure Mannigfaltigkeit der Erscheinungen bei den Kolloidreaktionen resultieren. Der Übergang zu den Verhältnissen bei den präzipitierenden und agglutinierenden Substanzen stellt uns vor die Frage nach den kolloidalen Eigenschaften der Eiweißkörper. Die Fällungen treten hier nur bei Anwesenheit von Salzen ein. Das allgemeine Kolloidphänomen des Auftretens eines Optimums bei einem bestimmten Verhältnisse der beiden reagierenden Kolloide und die Hemmung der Reaktion durch Überschuß eines derselben zeigt sich bei der Agglutination (Biltz). Analoge Erscheinungen treten bei fast allen Reaktionen der Immunkörper auf. Die Kolloidchemie gestattet auch eine freiere Stellungnahme zu den die Immunitätsforschung beherrschenden Hypothesen. Die Kenntnis von der höchst merkwürdigen Art von fester Abscheidung der Kolloide durch Wirkung von Oberflächenspannungskräften ist weiters für manche Probleme der Pathologie von Wert. Auf ähnlichen Verhältnissen mögen die Erscheinungen bei der Luft- und Fettembolie beruhen. In neuer Beleuchtung erscheinen auch durch das Studium der Kolloide die extrazellulären Vorgänge bei der Entstehung fester Stützsubstanzen wie des Knorpels und des Knochens und die damit zusammenhängende Abscheidung kristalloider Stoffe, z. B. der Harnsäure, in den Geweben.

Die fortgesetzte Übertragung der Kolloidchemie auf biologische Probleme läßt uns auch das Ziel wahrnehmen, das ihr hier gesetzt ist, denn unsere neuen Mittel versagen, sobald wir nach jenem geheimnisvollen Mechanismus forschen, mit dessen Hilfe die Zellen gegen ein bestimmtes Toxin das gerade dazu passende Antitoxin erzeugen. „Wir haben uns damit bescheiden gelernt, erst bei den Vorarbeiten zur Reindarstellung des Problems (der Biologie) angelangt zu sein, gleich dem Chemiker, der eine ungekannte Substanz von allen festhaftenden Beimengungen mühsam befreien muß, bis er glücklich den reinen Kristall in Händen hält. Noch ist der Weg nicht offenbar, auf dem es einst gelingen wird, in seine Struktur einzudringen."

Sitzung vom 31. März 1905.

I. Neumann stellt einen Fall von idiopathischer Hautatrophie vor. Das Leiden besteht bei dem 54 Jahre alten Manne schon seit 25 Jahren; anfangs zeigten sich talergroße, gerötete, ein wenig juckende Stellen. Gegenwärtig finden sich ähnlich beschaffene Hautpartien, namentlich am Stamme; die Epidermis derselben ist glänzend, verdünnt, an zahlreichen Stellen ist die Haut gefeldert und zeigt hypertrophische Leisten. Weiter vorgeschrittene Herde sind pigmentiert, stellenweise weiß, eingesunken, an den Unterschenkeln sind zahlreiche elevierte, dunkelbraun gefärbte Partien vorhanden. Vortr. hat noch zwei analoge Fälle beobachtet. In histologischer Beziehung ist zu bemerken, daß die Entzündungsprodukte vorwiegend in den oberen Lagen der Kutis auftreten, und daß sie einerseits zur Atrophie des Papillarkörpers, andrerseits zur Hypertrophie und Sklerosierung des neugebildeten Bindegewebes und des elastischen Gewebes der tieferen Kutislagen führen.

H. Haberer demonstriert aus der Klinik Hofr. Eiselsbergs eine 43jähr. Frau, bei welcher wegen eines faustgroßen Karzinoms in der Pylorusgegend die Resektion des Pylorus ausgeführt wurde. Dieselbe erfolgte abweichend von der an der Klinik geltenden Regel infolge des herabgekommenen Zustandes der Kranken zweizeitig, indem im ersten Akte eine Gastroenterostomia retrocolica post. ausgeführt ward.

A. Bum stellt einen 25jähr. Arbeiter mit Kommiantivfraktur des Kalkaneus 16 Wochen nach einem durch plötzliches Auffallen des Fußes auf harten Boden entstandenen Betriebsunfalle vor und begründet die Diagnose (Atrophie der Wadenmuskulatur, Tiefstand der Malleolen, Valgusstellung des Fußes, Schmerzen bei Pronation und Supination desselben, Verbreiterung der Ferse). Atypisch war in diesem Falle ein Schmerzpunkt in der Mitte der Sohle, den das Röntgenbild durch den Nachweis eines länglichen Knochensplitters aus der Kortikalis des Kalkaneus erklärte, ohne weitere Anhaltspunkte für die Diagnose der Kompressionsfraktur, deren Mechanismus Vortr. erörtert, zu bieten. Bähr konnte in einem analogen Falle die Fraktur durch direkte Betastung der Unterfläche des Fersenbeines nachweisen. Der vorgestellte Fall lehrt einerseits die Schwierigkeit der primären Diagnose, andrerseits die für die Unfallschirurgie wichtige Divergenz zwischen der an sich unbedeutenden anatomischen Läsion und der die Arbeitsfähigkeit dauernd und erheblich herabsetzenden funktionellen Störung.

G. Kapsammer führt eine Frau vor, bei welcher seit 1901 sechs Operationen, zum Schlusse eine Nephrektomie ausgeführt worden sind. Im Jahre 1901 wurde per laparotomiam ein vielkämmeriger Eitersack entfernt, welcher mit dem Darm und dem Uterus verwachsen und in die Blase perforiert war; es wurden die Harnblasenkuppe reseziert und der Uterus amputiert. Die nach dieser Operation resultierende Harnblasenfistel wurde im Jahre 1902 operativ geschlossen. Im Jahre 1903 wurde ein Abszeß der rechten Niere durch Nephrotomie entleert und aus der linken Niere wurden drei Steine, im Jahre 1904 aus der rechten Niere zwei Phosphatsteine entfernt. Als sich von neuem Beschwerden seitens der rechten Niere einstellten, wurde durch Radioskopie in beiden Nieren die Anwesenheit von Steinen konstatiert, von welchen die der linken Niere nach Nierenbeckenspülungen abgingen. Die rechte Niere wurde wegen umfangreicher Eiterungsprozesse in derselben exstirpiert, nachdem durch alle verfügbaren Methoden die tadellose Funktion der linken Niere festgestellt worden war.

R. Lichtenstern bemerkt, daß die funktionelle Diagnostik in manchen Fällen versage; so zeigte dieselbe in einem Falle von faustgroßem Sarkom einer Niere, in einem anderen mit einem walnußgroßen Abszeß im oberen Nierenpole normale Verhältnisse bezüglich der Funktion der kranken Niere.

G. Kapsammer erwidert, daß alle erprobten Untersuchungsmethoden vor einer Nierenoperation zur Klärung der Verhältnisse angewendet werden müssen. In dem einen von Lichtenstern erwähnten Falle, welchen er selbst gleichfalls untersucht hat, konnte er Eiterung in beiden Nieren feststellen und den Fall als inoperabel erklären. Die Phloridzinprobe fällt bei parenchymatöser Nephritis manchmal normal aus, doch geben in solchen Fällen dann die anderen Symptome Aufschluß.

Siegfried Tauber demonstriert aus der Abteilung Pal zwei Fälle von Striae an den Oberschenkeln, welche im Verlaufe eines Typhus entstanden sind. (Erscheint ausführlich in unserem Blatte.)

L. Moszkowicz erstattet eine vorläufige Mitteilung über die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie, welche in drei Fällen versucht wurde. Prostatiker, welche sonst ohne Katheter den Harn nicht entleeren konnten, waren nach einigen, vom Rektum aus vorgenommenen Bestrahlungen der Prostata imstande, den Harn spontan zu entleeren; in einem Falle blieb seither kein Residualharn mehr zurück. Die Röntgenstrahlen wirken auf die drüsigen Elemente destruierend, wodurch die Prostata weicher wird. Weitere Versuche werden mit Radiumbestrahlung von der Urethra her vorgenommen werden.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 23. März 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

J. Flesch stellt aus dem neurologischen Ambulatorium von Prof. Benedikt 2 Fälle von Schulterdeformität auf organischer Grundlage vor. Der erste Fall, ein 60jähr. Mann, leidet an spinaler Muskelatrophie mit skapulo-humeralem Typus; dies beweisen der allmähliche Beginn, das langsame Fortschreiten, die symmetrische Anordnung, das Überwiegen der Atrophie über die Lähmung, der Mangel an Sensibilitätsstörung und die stellenweise Entartungsreaktion nebst fibrillären Zuckungen. Der Rücken ist gerundet, die Arme hängen nicht seitlich, sondern nach vorne herab und sind nach einwärts gerollt, die Schulterblätter stehen weit von der Mittellinie nach außen ab, die Annäherung derselben ist unmöglich. Die Arme werden bis zur Vertikalen gut erhoben. Gelähmt sind die Rhomboidei und die untere Trapeziusportion.

Der zweite Kranke leidet an einer traumatischen Lähmung des N. axillaris. Nach einem Falle auf die rechte Schulter empfand er heftige Schulterschmerzen, Vertaubung bis in die Fingerspitzen und konnte den Arm nicht mehr erheben; Schwellung oder Blutunterlaufung bestand nicht. Der Arm kann im Schultergelenk nicht erhoben werden, die Schulterwölbung fehlt, an der Außenseite des Oberarmes findet sich in dessen oberem und mittlerem Drittel eine ovale anästhetische Zone. Druck auf einige Stellen des Schultergelenkes empfindlich, dasselbe ist ein paralytisches Schlottergelenk. Es handelt sich um eine Lähmung des Deltoides mit Entartungsreaktion. Vielleicht könnte hier eine Nervennaht versucht werden.

Herm. Schlesinger, der gegenwärtig einen ganz analogen Fall mit komplizierender Atrophie des Deltoides und Hyperästhesie in demselben Gebiete, in welchem der vorgestellte Fall eine Sensibilitätsstörung aufweist, beobachtet, möchte mit Rücksicht auf die hochgradige Beweglichkeitsbeschränkung eine Komplikation muskulärer oder knöcherner Natur annehmen, da bei reiner Deltoideuslähmung der Beweglichkeitsausfall nicht so hochgradig ist, wie überhaupt beim Ausfall irgend eines Muskels des Schultergürtels andere Muskeln zum Teil dessen Funktion ersetzen.

J. Flesch erwidert, daß sämtliche übrigen Schulternerven und -Muskeln gesund befunden worden sind.

H. v. Schrötter demonstriert tracheoskopische und bronchoskopische Bilder mit dem Projektionsapparate. Dieselben betreffen: Die Bifurkation der Trachea, Teilung des rechten Bronchus in seine Hauptäste, Tuberkulose, Stenosen und Tumoren der Trachea, darunter einen hysterischen Phantomtumor, Verschluß des linken Bronchus durch ein Aneurysma, Karzinom und Papillome der Bronchien, gummöse Infiltration, Geschwüre und Narben derselben, tumorartige Vorwölbung des Trachealsporns infolge Tuberkulose der Bronchialwand und Aneurysma der Aorta, Erfolg der Dilatation von Bronchusstenosen durch Laminaria, Fremdkörper der Bronchien.

J. Weinlechner hat vor einigen Jahren einen letal endigenden Fall beobachtet, bei welchem eine Trachealkanüle durch die Tracheotomiewunde nach Abbrechen der Platte in den linken Bronchus geriet, wo sie trotz tiefer Tracheotomie durch Sondierung nicht aufgefunden werden konnte.

G. Kapsammer: Die Wandlungen in der funktionellen Nierendiagnostik.

Die neuen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik haben die Aufgabe, das durch die althergebrachten klinischen Behelfe gewonnene Bild von dem anatomischen Zustande der Niere zu ergänzen. Jede Harnuntersuchung ist eigentlich ein Akt der funktionellen Nierendiagnostik. Kapsammer bespricht die neuen Methoden nur vom Standpunkt des Chirurgen. Zunächst polemisiert er gegen das Werk von Luys und weist an einigen Beispielen aus diesem Buche die Inferiorität der Separation gegenüber dem Ureterenkatheterismus nach. Die Kryoskopie des Harnes besprechend, macht Vortr. auf den Wechsel in den von der Schule v. Korányis propagierten Prinzipien aufmerksam: Während man ursprünglich nur auf die Bestimmung der molekularen Konzentration des Harnes Gewicht legte, wurde später nur die Bestimmung des Wechsels in der Konzentration beim Verdünnungsversuch als wertvoll bezeichnet. Zu diesem Zwecke genügt aber die Angabe des spezifischen Gewichtes. Weiter weist Vortr. nach, daß die Bedeutung, welche Kümmel der Blutgefrierpunktsbestimmung für die Indikationsstellung bei Nierenoperationen beilegte, nicht gerechtfertigt erscheine und kommt zu dem Schlusse, daß die Kryoskopie aus der funktionellen Nierendiagnostik des Chirurgen vollkommen zu streichen sei. Die Indigokarminprobe ist im Vereine mit dem Ureterenkatheterismus als eine exakte Methode anzusehen. Ebenso die Phloridzinprobe. Der Vorschlag von Casper und Richter, nur auf den prozentuarischen Zuckergehalt zu achten, kann zu Irrtümern führen, insoferne durch den Ureterenkatheterismus eine reflektorische Polyurie entstehen kann, welche den prozentuarischen Zuckergehalt herabsetzt. Man müßte deshalb die absoluten Zuckermengen bestimmen. Vortr. hat vorgeschlagen, zur Funktionsbestimmung nur auf die Zeit des Auftretens der Zuckerreaktion zu achten und gibt diesbezüglich bestimmte Grenzen an, innerhalb welcher noch Gesundheit oder Funktionsfähigkeit der Niere anzunehmen seien. Erscheint der Zucker 12—15 Minuten nach der Injektion von 0·01 *g* Phloridzin, so bedeutet dies Gesundheit oder Funktionsfähigkeit der Niere, insoferne nicht eine durch Zylinder und Albumen dokumentierte parenchymatöse Nephritis besteht. Für die funktionelle Nierendiagnostik des Chirurgen sind im ganzen genommen nur jene Methoden von Wert, welche in einfacher und rascher Weise zum Ziele führen.

Notizen.

Wien, 1. April 1905.

(XV. Österreichischer Ärztevereinstag in Wien.) Am 25. März d. J. hat in Anwesenheit von 60 Delegierten aus 25 ärztlichen Vereinen fast aller Teile Österreichs der XV. Österreichische Ärztevereinstag stattgefunden, dessen Programm, reichhaltig wie immer, von emsigster Arbeit auf sozialärztlichem Gebiete Zeugnis gab. Im Vordergrunde der Verhandlungen stand das GRUSS-KLEINsche Referat über das von der Regierung ausgearbeitete Programm betreffend die Krankenversicherung. Dasselbe gipfelte in folgender Resolution:

„Die Ärzteschaft Österreichs steht den sozialpolitischen Bestrebungen der Regierung und der gesetzgebenden Körperschaften mit vollem Verständnisse gegenüber und weiß sie vollauf zu würdigen. Die Ärzteschaft verlangt jedoch, daß ihre offiziellen Vertretungen bei allen sozialpolitischen Unternehmungen, bei denen die Interessen der Ärzte in Betracht kommen, in gerechter Weise berücksichtigt werden. Die praktischen Ärzte Österreichs betrachten die Einführung einer Einkommensgrenze von 2400 Kronen im Jahre oder 200 Kronen im Monat, über welche hinaus das Versicherungsrecht bei einer obligatorischen Krankenkasse mit freier ärztlicher Behandlung, sei es nach dem Pauschalsystem, sei es nach dem Grundsatze der „freien Ärztewahl", aufhört, als Existenzfrage. Die Gewährung der „freien Ärztewahl" bei den Krankenkassen liegt sowohl im Interesse der Kassenmitglieder als auch der Ärzte. Darum wünscht die Ärzteschaft Österreichs, daß die freie Ärztewahl bei allen Krankenkassen unter Schonung erworbener Rechte allmählich bei Schaffung neuer Kassen von vornherein eingeführt und daß die Einführung der freien Ärztewahl nicht allein von dem Willen der Kassenleitungen abhängig gemacht, sondern den Ärztekammern die gebührende Ingerenz darauf eingeräumt werde. Die Ärzteschaft Österreichs begrüßt die Gründung von Vereinen und Hilfskassen Nichtversicherungspflichtiger, sofern diese Kassen ihren Mitgliedern im Erkrankungsfalle nur Krankengeld gewähren, als Wohlfahrtseinrichtungen unter der Bedingung, daß die ärztliche Behandlung der Mitglieder dieser Vereinigungen der Privatpraxis überlassen bleibt und die ärztliche Krankenkontrolle, wo immer es möglich ist, grundsätzlich von der Behandlung getrennt werde."

Diese Resolution wurde nach längerer Debatte, in welcher die einzelnen Redner u. a. die Notlage des ärztlichen Standes durch Duldung der Kurpfuscherei, die jetzt sogar legalisiert werden soll, sowie durch Auferlegung der Haftpflicht scharf hervorhoben und für die Einführung von Wohlfahrtseinrichtungen zugunsten der Kassenärzte eintraten, mit einem von Dr. STRICKER beantragten Amendement, betreffend die unbedingte Ausschaltung von Angehörigen der selbständigen Berufe aus dem Status der obligatorischen Arbeiterkrankenkassen, einstimmig angenommen. — Von anderen Verhandlungsgegenständen seien erwähnt: Ein Referat Dr. ANTON LOEWS über Änderung der Statuten des Witwen- und Waisenunterstützungsinstituts, der Bericht des Delegierten Dr. KARL KOHN über die Tätigkeit des Geschäftsausschusses während der letzten Geschäftsperiode, der Bericht über den Stand der Lotterie (HEINRICH ADLER), schließlich das Referat von Dr. ADOLF GRUSS über die Haftpflicht des Arztes.

(Ein Memorandum des österreichischen Ärztevereinsverbandes) ist anläßlich der Vorlage eines Regierungsprogrammes für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung als Petition dem Ministerium des Innern überreicht worden. Dasselbe trägt dem ärztlich-hygienischen Standpunkte Rechnung und richtet an das Ministerium die Bitte, in einer Frageenquete den Vertretern der Ärztekammern, des Ärztevereinsverbandes, ferner Vertretern der Kassen- und Gemeindeärzte unter Zuziehung von Vertretern des Obersten Sanitätsrates, der Landes-Sanitätsräte und der landesfürstlichen und städtischen Bezirksärzte sowie von Gewerbehygienikern und Medizinalstatistikern Gelegenheit zu bieten, ihre Ansichten über den sozialhygienischen Ausbau der geplanten Arbeiterversicherung zu präzisieren. Sollte das Ministerium der Ansicht sein, daß im derzeitigen Stadium der Begutachtung des Entwurfes die Erörterung des sozialhygienischen Ausbaues der Arbeiterversicherung am besten im Anschlusse an die Beratungen eines Fachrates erfolgen könnte, so wäre die Einberufung und Abhaltung einer Frageenquete eventuell dem vom Arbeitsbeirate im Handelsministerium zur Begutachtung des Programms eingesetzten Ausschusse zu übertragen.

(Wiener med. Doktorenkollegium.) Die wissenschaftlichen Versammlungen der letzten Wochen brachten Vorträge von Dr. ERWIN STRANSKY über Dementia praecox, von Assist. Dr. MAXIMILIAN WEINBERGER über Röntgen-Technik und -Diagnostik innerer Krankheiten, Dr. S. FEDERN über Arteriosklerose und deren Behandlung, Doz. Dr. KARL ULLMANN über hartnäckige Gonorrhöe und deren Ursachen. Wir werden diese Vorträge, an welche sich zum Teil rege Diskussionen knüpften, teils in der „Wiener Med. Presse", teils in der „Wiener Klinik" veröffentlichen. — In der am 27. v. M. abgehaltenen Generalversammlung des Kollegiums wurden Prim. Dr. JOSEF HEIM zum Präsidenten, Reg.-Rat Dr. WILH. SVETLIN und Dr. ANTON KHAUTZ v. EULENTHAL sen. zu Vizepräsidenten gewählt.

(Verein der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten.) In der am 30. März d. J. stattgehabten Plenarversammlung des genannten Vereines hat die Neuwahl des Präsidiums stattgefunden. Dr. KIRCHMAYER, Dr. STRASSER und Dr. SCHOLZ wurden einstimmig gewählt. Ferner wurde beschlossen, allmonatlich in einem Hörsaale Vorträge mit Demonstrationen zu veranstalten, um derart die Ausbildung der Hilfsärzte zu fördern.

(Personalien.) Geh. Rat Prof. Dr. GOLDSCHEIDER, Oberarzt Dr. HERMES und Geh. Reg.-Rat Dr. OHLMÜLLER sind zu ärztlichen Direktoren des RUDOLF VIRCHOW-Krankenhauses, das im Frühjahre 1906 in Berlin eröffnet werden soll, ernannt worden. — Der Senior der bayerischen Sanitätsoffiziere Generalarzt a. D. Dr. GREGOR SCHMALZ in München hat kürzlich seinen 90. Geburtstag begangen. — In Marburg ist vor einigen Tagen eine Japanerin, Frl. TUDA UPATA, zum Doktor der Medizin promoviert worden. — Frau med. Doktor SCHWENTER hat sich in Bern für Haut- und Geschlechtskrankheiten habilitiert.

(Auszeichnungen.) MANUEL GARCIA hat vom deutschen Kaiser die große goldene Medaille für Kunst und Wissenschaft erhalten. — Prof. Dr. RICHARD PALTAUF in Wien hat den serbischen Sava-Orden II. Klasse, der Direktor der Landes-Gebär- und Findelanstalt in Prag, Obersanitätsrat Dr. JOHANN DVOŘAK, den russischen Stanislaus-Orden II. Klasse erhalten.

(Ärztliche Knechtschaft.) Die „Med. Reform." publiziert einen selbst für die Verhältnisse der Gegenwart ungeheuerlichen Eingriff in die Rechte des ärztlichen Standes. Die Berliner Krankenkassen wollen einen Punkt ihres Vertrages mit ihren Ärzten abändern und muten den letzteren geradezu beschämende Bedingungen zu. Der betreffende Paragraph lautete bisher:

„Der Kasse steht das Recht zu, vor Ablauf des Vertrages ohne Entschädigung und ohne vorherige Kündigung die Verbindung mit einem Kassenarzte zu lösen, der die Krankenkasse in der . . . . angegebenen Weise schädigt. Ob eine solche Schädigung vorliegt, bestimmt ein in bestimmter Weise zusammengesetzter Ausschuß."

Er soll nunmehr lauten:

„Der Kasse steht das Recht zu, vor Ablauf des Vertrages und ohne vorherige Kündigung des Vertragsverhältnis mit einem Kassenarzte zu lösen, der die Krankenkasse in der . . . . angegebenen Weise schädigt oder durch sein Verhalten den Interessen der Krankenkasse oder der Kassenärzte entgegenarbeitet. Ob eine solche Schädigung, bzw. Zuwiderhandlung vorliegt, bestimmt ein . . . . Ausschuß. Gegen das Urteil des Ausschusses ist der Rechtsweg ausgeschlossen."

(Arzneiliche Malariaprophylaxe.) Die Medikamenteneigenregie der Wiener k. k. Krankenanstalten hat zur Herstellung der für die staatliche Malariatilgungsaktion im Küstenlande und in Dalmatien erforderlichen Chininpräparate im Jahre 1904 750 *kg* salzsauren Chinins verarbeitet und 6,435.000 Stück Chinin- und Chinin-Arsentabletten sowie 733 Flaschen Chininsirup erzeugt. Von diesem Quantum wurden 2,680.000 Stück Tabletten und 104 Flaschen Chininsirup an das Küstenland und 3,546.000 Stück Tabletten und 629 Flaschen Chininsirup nach Dalmatien geliefert.

(Preisausschreibung.) Der Ende 1905 zu verteilende Preis von 1800 Mark aus der HEINRICH LIPPERTschen Stiftung an der Berliner Universität ist für folgende Aufgabe bestimmt: Es sollen die anatomischen Veränderungen der Vorderhornzellen und peripheren Nerven untersucht werden, welche bei Tieren nach experimenteller Resektion eines Gelenkes entstehen. Zur Bewerbung ist jeder deutsche oder österreichische Mediziner oder Arzt zugelassen. Die Einsendung der Arbeiten muß bis zum 1. Dezember 1905 an das Sekretariat der Berliner Universität erfolgen.

(Zur Frage der Praxisberechtigung ausländischer Ärzte in Italien.) Die italienische Kammer hat kürzlich wieder

einmal die Frage der Zulassung fremder Ärzte zur Praxis in Italien verhandelt. Die Vertreter der Regierung sprachen sich im Interesse des Fremdenverkehrs dafür aus, den bisherigen Zustand beizubehalten, ohne übermäßige Forderungen der Reziprozität zu stellen. Die italienische medizinische Presse äußert sich darüber zum Teil sehr ungehalten.

(Ein internationaler Kongreß für Unfallheilkunde) wird vom 29. Mai bis 4. Juni in Lüttich stattfinden.

(Statistik.) Vom 19. bis inklusive 25. März 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8379 Personen behandelt. Hiervon wurden 1763 entlassen, 202 sind gestorben (10·3% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 87, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern 3, Varizellen 102, Scharlach 51, Masern 263, Keuchhusten 42, Röteln 43, Wochenbettfieber 3, Rotlauf 26, Mumps 30, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 735 Personen gestorben (+ 4 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In München Dr. MAX HACKL, der Verfasser der weitverbreiteten Broschüre „Mutter und Kind"; in Kiel der Medizinalstatistiker Geh. San.-Rat Dr. JOENS im hohen Alter von 89 Jahren; in Köln San.-Rat Dr. FRANZ SERVAES im 75. Lebensjahre; in Chicago Dr. W. S. CHRISTOPHER, früher Professor der Kinderheilkunde am College of Physicians and Surgeons daselbst.

Primararzt Dr. Julius Schnitzler wohnt jetzt I. (Stubenring), Biberstraße 8. Telephon-Nr. 18.234.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

v. Hansemann u. G. Meyer, Zeitschrift für Krebsforschung. Bd. 3, H. 1. Berlin 1905, A. Hirschwald.

C. Beck, Der Wert des Röntgenverfahrens in der Chirurgie. Berlin 1905, L. Simion Nf. — M. —·2.

Roepke u. Huss, Übertragung von Krankheitserregern durch den Abendmahlskelch. Leipzig 1905, G. Thieme.

H. Schlesinger, Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. 3. Teil. Jena 1905. Gustav Fischer. — M. 9·—.

Sonnenburg, Perityphlitis. 5. Aufl. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel. — M. 6·—.

S. Laache, Wechselbeziehungen in der menschlichen Pathologie und Therapie. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 3·—.

R. Biedert, Kinderernährung im Säuglingsalter. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 6·40.

K. Seydel, Lehrbuch der Kriegschirurgie. 2. Aufl. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 10·—.

A. Schanz, Fuß und Schuh. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 1·20.

Major Chas. E. Woodruff, Tropical light. London und New-York. Rebman Comp.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 3. April 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prim. Dr. Freih. v. PFUNGEN: Über traumatische Hämatomyelie.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 6. April 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik NOTHNAGEL.

1. Demonstrationen (angemeldet: Prof. Dr. v. BASCH, Assist. Dr. M. WEINBERGER). — 2. Dr. LIPSCHÜTZ: Über perkutane Anwendung von Jodpräparaten. — 3. Diskussion zum Vortrage von Dr. G. KAPSAMMER: Wandlungen in der funktionellen Nierendiagnostik. (Zum Worte gemeldet: Dr. LICHTENSTERN, Dozent Dr. LATZKO, Hofrat Prof. WEINLECHNER, Dr. SCHÜLLER, Dr. REITTER.)

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage liegen Prospekte bei von: **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Mesotan"** und **„Aspirin"**; **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Valyl"**; **Chem. Fabrik Krewel & Co.**, G. m. b. H. in **Köln a. Rh.** über **„Tannoform"**, **„Sanguinal"** und **„Vaporin"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 9. April 1905. Nr. 15.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“** in **Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, vierteljährl. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., vierteljährl. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Krankheit und Arbeitsfähigkeit.

Von **Privatdozent Dr. Julius Weiss,** Chefarzt des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen und der Allgemeinen Arbeiterkrankenkasse in Wien.*)

Wir leben in einer Zeit, in der in immer wachsendem Maße eine immer größere Anzahl von Ärzten Stellungen anstreben und erhalten, zu denen eine ganz besondere Eignung und eine Summe von Kenntnissen gehört, die wir weder während des Hochschulstudiums, noch auch während der Spitalsdienstzeit zu erwerben Gelegenheit haben. Es sind dies Ärzteposten bei verschiedenartigen großen Betrieben und Institutionen, wie privaten und staatlichen Fabriksbetrieben, Unfallversicherungsanstalten, Krankenvereinen, Krankenkassen etc., woran sich dann noch weiters die Stellungen als Bahnärzte, Vertrauensärzte der großen Bankinstitute, Theaterärzte usw. anschließen. Auf allen diesen Posten obliegt den Ärzten nebst der Krankenbehandlung — und oft auch ganz ohne dieselbe — die Pflicht, zu beurteilen, ob bei irgend einem Mitgliede der genannten Betriebe eine Krankheit überhaupt vorliegt, welche Grade diese Krankheit erreicht hat und ob endlich die vorhandene Krankheit es dem betreffenden Individuum möglich macht, seiner Beschäftigung nachzugehen, a r b e i t s f ä h i g oder n i c h t a r b e i t s f ä h i g zu sein.

Ein spezielles Gebiet der Arbeitstätigkeit dieser Ärzte liegt weiters darin, zu untersuchen, ob nicht irgendwelche konstitutionelle Krankheiten oder Reste überstandener Krankheiten oder endlich angeborne Bildungsfehler bei einem Petenten vorhanden sind, der entweder die Aufnahme als Nutznießer oder Mitglied in einer Versicherung oder Krankenkasse anstrebt oder eine Stellung an einem der oben genannten Betriebe zu erhalten wünscht, deren Besetzung die völlige Gesundheit des Bewerbers voraussetzt. Hieran reihen sich endlich jene ärztliche Begutachtungen, welche aussagen sollen, ob die Krankheit oder die Folgen eines erlittenen Unfalles den Betroffenen teilweise oder total arbeitsunfähig machen, ob und in welcher Höhe ihm eine Unfalls- oder Invalidenrente zugestanden werden soll.

Über diese ärztliche Tätigkeit, meine Herren, erhalten wir, wie schon oben bemerkt, keine Kenntnisse an den medizinischen Hochschulen. Denn wenn auch in den Lektionskatalogen Kurse über „Kranken- und Unfallversicherung“ angekündigt sind, so werden diese Vorlesungen nur von einem ganz geringen Teil der Studierenden besucht, so daß man wohl mit Recht sagen kann, nicht nur der Arzt mit dem feuchten Diplom, sondern auch der Arzt, der jahrelang in den Krankensälen der Spitäler und in den Laboratorien gearbeitet hat, besitzt keine Ahnung von der umfangreichen, eigenartigen Tätigkeit, die seiner im Leben wartet.

Eine große Anzahl dieser Kenntnisse erwirbt man aber auch nicht durch das Studium, sondern nur durch die p r a k t i s c h e T ä t i g k e i t. Um die obgenannten Stellungen voll und ganz zu erfüllen, dazu gehört nicht nur, daß man die gesamte Medizin in ihren Haupttatsachen beherrsche, daß man nicht Arzt für Krankheiten einzelner Organe sei, sondern bei jeder Erkrankung den Organismus als Ganzes in Betracht ziehe; aber es gehört weiter dazu: eine gute Portion gesunden, natürlichen Menschenverstandes und vor allem, das

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 2. Januar 1905.

muß besonders hervorgehoben werden, ein gewisses Maß von Menschenkenntnis.

Ich bin weit davon entfernt, mir diese letztgenannten Eigenschaften zuzuschreiben, und wenn ich es heute unternehme, über die Beziehungen zwischen Krankheit und Arbeitsfähigkeit zu sprechen, so tue ich dies nur auf Grund meiner reichlichen Erfahrungen, die ich durch Jahre in meiner Eigenschaft als Chefarzt des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen und der Allgemeinen Arbeiterkrankenkasse zu sammeln Gelegenheit hatte.

In dieser Stellung bin ich nun ein volles Dezennium tätig, genaue Zahlen über meine Untersuchungen stehen mir jedoch nur für das abgelaufene Quinquennium zur Verfügung.

Ich habe untersucht im Jahre:

1900:	9.919	Personen, davon arbeitsfähig erklärt	4.020
1901:	9.716	" " " "	3.775
1902:	9.932	" " " "	3.770
1903:	10.989	" " " "	4.036
1904:	10.660	" " " "	3.977
	51.226		19.578

Die Gesamtzahl der Untersuchten beträgt somit innerhalb dieser 5 Jahre 51.226 oder, da die Monate November und Dezember des abgelaufenen Jahres in meiner Statistik fehlen, rund 54.000 Personen. Ein kleiner Teil dieser Individuen wurde an mich wegen Landaufenthaltsbewilligung resp. Aufenthaltes in einem Kurort und ein noch geringerer Teil wegen Diagnosenstellung oder der Anfrage, ob eine bestimmte Therapie angezeigt sei, gewiesen. Bei der überwiegenden Mehrzahl handelte es sich um die Frage: arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig? Wie aus obiger Statistik ersichtlich, habe ich in 19.578 Fällen, wenn man wieder die Monate November und Dezember approximativ einschätzt, in rund 20.000 Fällen das Diktum „arbeitsfähig" abgegeben. Die reichlichen Erfahrungen, die ich aus dieser großen Anzahl von Untersuchungen zu sammeln Gelegenheit hatte, gestatten es mir demnach, die allgemeinen Grundzüge über die Beziehungen zwischen Krankheit und Arbeitsfähigkeit darzulegen.

Ich kann mich in meinem heutigen Vortrage nur auf die Besprechung ganzer Krankheitsgruppen und auf die Besprechung einzelner wichtiger Krankheiten in ihren Beziehungen zur Arbeitsfähigkeit einlassen. Dagegen würde es viel zu weit führen, jede einzelne Art von Erkrankung in ihren speziellen Eigentümlichkeiten in bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu besprechen.

Ich beginne mit den chirurgischen Erkrankungen. Daß umfangreiche Verletzungen, Knochenbrüche, Zerquetschungen einzelner Gewebsteile, große Abszesse und ausgedehnte Phlegmonen Arbeitsunfähigkeit bedingen, liegt ja klar zutage. Dagegen müssen wir schon spezialisieren, wenn es sich um eine umschriebene Wunde oder Verletzung eines Körperteils handelt. Eine kleine Wunde am Halse, an der vorderen Brustwand, am Ober- oder Unterschenkel läßt Arbeitsfähigkeit zu, sofern nicht aus Gründen der Heilung absolute Ruhestellung des betreffenden Gliedes angezeigt erscheint. Dagegen pflege ich auch bei den kleinsten Verletzungen, die in den Bereich des Gesichtes und der Kopfhaut fallen, mich eher für das Urteil „arbeitsunfähig" auszusprechen, weil einerseits ein Schutz für diese Teile nur durch umfangreiche Verbände möglich ist und weil andrerseits bei Verletzungen des Kopfes oder Gesichtes die Gefahr eines Erysipels eine ganz eminente ist. Da es ferner kaum Beschäftigungen geben wird, bei denen die Hände gar nicht in Tätigkeit sind, so werden auch geringfügige Verletzungen und Panaritien an diesen Stellen die Arbeitsunfähigkeit bedingen. Und bei den letztgenannten Krankheitszuständen kommt es weiter vor, daß die Arbeitsunfähigkeit noch eine Zeitlang weiter besteht, wenn auch die Verletzung bereits längst geheilt ist, weil die junge Haut noch zu dünn und zart ist, weil die Matrix des jungen Nagels noch zu empfindlich ist. Näherinnen, Stickerinnen, Kürschner, Schneider und ähnliche Berufe werden solange nicht arbeiten können, als sie nicht auf den dritten Finger bequem den Fingerhut aufzusetzen in der Lage sind. Auch bei Handlungsgehilfen, die mit Stoffen zu hantieren haben, bei Kontoristen, welche Schreibarbeit verrichten, ist die völlige Intaktheit des Daumens, Zeige- und Mittelfingers die Vorbedingung für die Arbeitsfähigkeit, während ziemlich umfangreiche Verletzungen am vierten und fünften Finger, an den Rändern der Hohlhand oder auf dem Rücken der Hand, wenn sie nur durch einfache Pflasterverbände entsprechend geschützt werden, die Arbeitsfähigkeit nicht ausschließen. Arbeitsunfähigkeit bedingen ferner die Schweißdrüsenabszesse in den Axillen, und weil dieselben sehr häufig rezidivieren, ist es nach dem Urteile der Chirurgen empfehlenswert, solche Affektionen möglichst gründlich ausheilen zu lassen, bevor man das betreffende Individuum in die Arbeit schickt. Dagegen braucht man kein Bedenken zu tragen, Individuen mit kleinen, skrofulösen Lymphomen am Halse, mit chronisch eiternden Fistelgängen, wenn sie nicht zu umfangreich sind, in die Arbeit zu schicken.

Mit Vorliebe halten sich Patienten für nicht arbeitsfähig, die zum erstenmal das Auftreten eines Bruches an ihrem Körper bemerken. Dieses Bestreben hängt meist damit zusammen, daß diese Leute das Entstehen des Bruches auf einen angeblich erlittenen Unfall (Heben einer schweren Last etc.) zurückführen, obwohl tatsächlich diese Ursache entweder gar nicht vorhanden ist oder nur die Rolle eines veranlassenden Momentes abgibt. Die Ansprüche derartiger Patienten werden bei der Unfallversicherung daher meistenteils auch zurückgewiesen. Lipome und Fibrome, kleine Balggeschwülste und ähnliches sind natürlich kein Grund für Nichtarbeitsfähigkeit, es müßte denn sein, daß der besondere Umfang oder der Sitz der Geschwülste eine Überweisung ins Spital zur Operation notwendig macht.

Operationsnotwendigkeit, das ist auch ein Begriff, den wir oft erwägen müssen. In den Spitälern wird leider oft beispielsweise die Bruchoperation ganz unnötigerweise vorgeschlagen, die Kranken müssen monatelang im Krankenstand bleiben und das Resultat ist oft sehr zweifelhaft. Ich habe wiederholt Individuen mit kleinen Hernien gesehen, die jahrelang ihr Bruchband getragen haben, denen es plötzlich, weil sie arbeitslos waren, in den Sinn kam, sich in ein Spital aufnehmen zu lassen, um dort radikal operiert zu werden. Ja, Arbeitslosigkeit und Hunger ist oft noch viel ärger als die geringfügigen Unannehmlichkeiten einer Operation.

Über die Frage der Arbeitsfähigkeit bei Haut- und Geschlechtskrankheiten kann ich mich kurz fassen. Hautaffektionen an umschriebenen Körperstellen, namentlich wenn sie nicht freiliegende Körperteile betreffen, verlangen nur ambulatorische Behandlung. Die Gewerbeekzeme sind die Crux aeterna der Kassen- und Spezialärzte. Aber auch gewisse chronische Hautaffektionen, wie z. B. die Psoriasis, können unter Umständen Arbeitsunfähigkeit bedingen, wenn sie die distalen Körperteile, Gesicht und Hände betreffen. Man muß da immer in Berücksichtigung ziehen, daß solche Individuen, wenn sie auch vom ärztlichen Standpunkte aus arbeitsfähig sind, aus der Arbeit entlassen werden, weil diese offen zutage tretende Hautleiden bei den Mitarbeitern und Mitangestellten Ekel und Furcht erregen, Furcht vor allem deshalb, weil die letzteren fürchten, selbst angesteckt zu werden.

Sehr individuell ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Luetikern. Hier spielt die tatsächliche Gefahr der Ansteckung eine große Rolle und man wird deshalb Luetiker mit frischen Affektionen während der Kur lieber zu Hause lassen. Gonorrhoiker sind durchaus arbeitsfähig, solange nicht eine Komplikation eintritt. Eine Ausnahmsrolle bei Haut-

und Geschlechtsleiden haben die Angestellten jener Betriebe, die mit der Bereitung oder dem Verkauf von Lebensmitteln zu tun haben, also Verkäufer in Lebensmittelmagazinen, Bäcker, Zuckerbäcker etc. Nach polizeilicher Verordnung dürfen solche Individuen erst in die Arbeit geschickt werden, bis sie vollkommen geheilt sind. Das ist ja auch natürlich und vollkommen begreiflich.

Nun komme ich zu der wichtigsten Gruppe der Krankheiten, zu den Erkrankungen der inneren Organe. An der Spitze derselben steht die Lungentuberkulose in ihren vielfachen Gestalten und Formen. Namentlich für die körperlich schwer arbeitenden Klassen, für jene Bevölkerungsschichten, die man zum Proletariat rechnet, ist die Lungentuberkulose noch immer der wahre Morbus communis. Was für ein großer Unterschied zwischen der subjektiven Arbeitsfähigkeit und dem tatsächlich bestehenden Lungenleiden zuweilen besteht, habe ich tagtäglich zu sehen Gelegenheit. Patienten mit vorgeschrittenen Infiltrationen stehen in der Arbeit, so daß ich oft mit Unglauben an die Kranken die Frage stelle: „Ist es wirklich wahr, daß Sie bis gestern in Arbeit gestanden sind?“ Es gibt eben Fälle von Lungentuberkulose, die einen so ungemein chronisch schleichenden Charakter haben, daß sich der Kranke der Krankheit förmlich anpaßt, daß er sich begnügt, mit immer weniger Lunge zu atmen und zu leben. Ist nur der Appetit vorhanden, der allgemeine Ernährungszustand nicht zu stark gesunken, fehlt die bakterielle Mischinfektion, die das zehrende Fieber erzeugt, dann arbeiten die Kranken monate-, jahrelang fort, bis oft der Prozeß dann ganz plötzlich ein rasches, akutes Ende nimmt. Aber diese Fälle belehren uns weiter, daß wir Lungenkranke, bei denen wir durch wiederholte Beobachtung die Konstanz des Krankheitsprozesses festgestellt haben und bei denen weiters alle letztgenannten Bedingungen vorhanden sind, ohne Zaudern in die Arbeit schicken können. Es kommt freilich vor, daß unvermutet solche Kranke, wenn sie wieder in Arbeit sind, eine Verschlimmerung ihres Zustandes erfahren müssen, aber viel häufiger ist es der Fall, daß, wie schon erwähnt, die Kranken solange fortarbeiten, als sie überhaupt Arbeit haben.

Am schwierigsten ist bei uns die Frage der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei beginnenden Lungenspitzenkatarrhen, wie sie bei jugendlichen Individuen auftreten. Die „Apicitis“ ist der Beginn der Tuberkulose und wir wissen nie, welchen Verlauf dieselbe nimmt. Bringt man solche Individuen unter günstige, hygienische Bedingungen, dann pflegt oft der Lungenspitzenkatarrh auszuheilen und wir haben den Effekt eines wirklichen Heilverfahrens erzielt. Wenn deshalb ein Patient in meine Beobachtung kommt, bei dem ich auch nur auskultatorisch Rasselgeräusche in der Spitze konstatiere, so erkläre ich ihn gewöhnlich für arbeitsunfähig und lasse ihn solange als nur möglich im Krankenstand. Es ist eben viel weniger gefährlich, einen chronischen, fortgeschrittenen Fall von Lungenaffektion in die Arbeit zu schicken, als eine solche beginnende Lungentuberkulose. Ein Hauptkennzeichen für die rasche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist die Temperaturmessung. Die frühzeitigsten Stadien der Lungentuberkulose lassen sich ja am leichtesten durch die Steigerung der Körperwärme erkennen. Auch nur ein Überschreiten um 0·2—0·3° über die Norm bei Messung in der Axilla ist ein gebieterisches Moment für uns, das Diktum „arbeitsunfähig“ auszusprechen.

Häufig begegnen wir aber auch chronischen Bronchialkatarrhen, die man direkt als Gewerbekatarrhe bezeichnen kann. Das sind die Katarrhe bei Bäckern, Holzarbeitern, Bildhauern, Drechslern usw. Ist ein Zweifel, ob der Katarrh nicht auf tuberkulöser Basis beruhe, da muß die Entscheidung durch die Untersuchung des Sputums gefällt werden. Solche Kranke mit chronischen Gewerbekatarrhen kann man ganz ruhig in die Arbeit schicken, wenn die letzteren nicht einen ganz besonders hohen, ich möchte sagen, akuten Charakter angenommen haben.

An Häufigkeit gleich nach den Lungenaffektionen kommen die Personen, die über rheumatische und neuralgische Schmerzen klagen. Da ist zunächst die große Gruppe von Personen, die an subakuten und chronischen Gelenksaffektionen leiden. Hieran reiht sich ein ganzes Heer von Individuen, bei welchen die Gelenke vollkommen frei sind und die Schmerzen an verschiedenen Stellen der Muskulatur, bald in den Schulter- und Rückenmuskeln, bald im Kreuz, bald in den Muskeln der Oberschenkel und bald wieder in den Waden sitzen und als deren Ursache zuweilen harnsaure Diathese (Gicht), zuweilen aber auch andere toxische Stoffe (Alkohol, Blei, infektiöse Toxine etc.) zu gelten haben. Während es in den erstgenannten Fällen, wo sichtbare Gelenkveränderungen vorhanden sind, relativ leicht ist, ein Urteil über die Arbeitsfähigkeit abzugeben, wenn man nur von dem sichtbaren Grad der artikulären Schwellungen und von der Gelenkbeweglichkeit überzeugt ist, ist es in den letztgenannten Fällen ziemlich schwierig, ein Urteil zu fällen, ohne dem Kranken unrecht zu tun. Ich habe kürzlich an anderer Stelle[1]) darauf hingewiesen, daß die Ursachen der Beschwerden solcher chronischer Rheumatismen in chronisch indurativen Veränderungen des intramuskulären Bindegewebes zu suchen sind. Eine oberflächliche Untersuchung kann bei solchen Kranken oft gar nichts Krankhaftes nachweisen. Erst wenn man genau die als schmerzhaft angegebenen Stellen abtastet, und zwar nicht nur in der Form der einfachen Palpation, sondern auch in der palpierender Massage, dann findet man ganz deutlich an diesen Stellen infiltratartige Verdickungen, bald knotenartig, bald diffus ausgebreitet, welche die tatsächliche Grundlage der Krankheit abgeben. Wenn dieser Befund derartig ausgebreitet ist, daß er den Patienten in seinen Bewegungen wesentlich hindert oder dementsprechend lokalisiert ist, dann wird man wohl auch auf „nicht arbeitsfähig“ erkennen müssen.

Hieran reihen sich die verschiedenartigsten Schmerzen, deren mögliche Ursache wir sorgfältigst erforschen müssen, bevor wir uns zu der Annahme hinneigen, diese Schmerzen seien nur simuliert. Da sind Schmerzen in beiden Hypochondrien, die durch nichts anderes als durch Blähungen bedingt sind, Schmerzen in den Ober- und Unterarmen, die als Ermüdungsschmerzen gedeutet werden müssen, Schmerzen an der Außenseite der Oberschenkel, die durch Plattfuß bedingt sind. Schmerzen in den Unterschenkeln und Waden, die in Krampfadern oder Arteriosklerose ihre Ursache haben, die Rachialgie, die bei Neurasthenikern vorkommt, hinter der zuweilen aber auch das Gespenst der Spondylitis lauert. Und endlich das vieldeutige, tagtäglich wiederkehrende Symptom: Kreuzschmerz. An Kreuzschmerz leiden die Frauen mit Erkrankungen des Genitalapparates, Kreuzschmerz ist ein Symptom bei Männern und Frauen, die mit Hängebauch resp. Enteroptose behaftet sind, Kreuzschmerz kann uns auf die Diagnose einer Hernia epigastrica führen, Kreuzschmerz findet sich bei Nierenkolik, aber auch bei Gallensteinkolik, selbst bei einfacher Obstipation. Hämorrhoidarier leiden zuweilen an heftigen Kreuzschmerzen. Kreuzschmerz habe ich nur bei akuten Nierenkranken gefunden, nie dagegen bei subakuten oder chronischem Morbus Brightii, obwohl ich in allen Fällen von Kreuzschmerz den Harn zu untersuchen pflege. Kreuzschmerz ist endlich das Symptom des kommunen Lumbago, der oft seine Ursache in einem Trauma (Muskelzerrung) hat.

Bevor man also sein Urteil über die Arbeitsfähigkeit bei solchen Schmerzen verschiedener Art abgibt, wird man sorgfältig eine eventuelle Ursache dieser Schmerzen zu suchen haben. Je nach der vorhandenen Ursache fällt auch das Diktum über die Arbeitsfähigkeit verschieden aus.

Hieran reihen sich die verschiedenen Neuralgien, bei deren Beurteilung wir oft das schwierigste Problem zu lösen

[1]) Über klinische Befunde beim chronischen Rheumatismus. „Zentralblatt für innere Medizin“, 1904, Nr. 18.

haben. Bei einer Trigeminusneuralgie, bei einer Ischias, bei einer Interkostalneuralgie fehlt oft jedes objektive Symptom und den subjektiven Angaben des Kranken können wir eben nicht immer Glauben schenken. Das sind die Fälle, wo wir am meisten irren und wo wir am häufigsten Unrecht tun, gewiß aber auch am häufigsten genarrt werden.

(Schluß folgt.)

Ein Fall von zentralem Dammriß mit Durchtritt der Frucht durch denselben.

Von **Dr. Wilhelm Hahn**, Frauenarzt, Wien.

Die Fälle von zentralem Dammriß sind selten und deshalb nehme ich keinen Anstand, den vorliegenden, jüngst von mir beobachteten und operierten Fall der Öffentlichkeit zu übergeben.

Es handelte sich um eine 20jährige Primipara H. P., welche seit 8 Tagen bei einer Hebamme auf der Landstraße wohnte, um, da sie vom Lande war, hier ihre Geburt abzuwarten. Die Frau hatte die ganze Zeit über keine Wehen und am 17. August abends legte sie sich, ohne irgend ein Anzeichen der herannahenden Geburt, nieder. Plötzlich gegen 1 Uhr nachts verspürte sie Wehen und bevor noch die Hebamme aus dem Nebenzimmer herbeispringen konnte, schnitt schon der Schädel ein. Zu ihrem Entsetzen bemerkte die Hebamme am Damme in der Mitte zwischen hinterer Kommissur und Anus einen Riß, der sich trotz sofort geleisteten Dammschutzes rapid vergrößerte, je tiefer der Schädel trat. Ehe sie sich's versah, war auch schon der Schädel durch diesen Riß hindurchgetreten, dem rasch der übrige Körper nachfolgte. In ihrer Angst berief nun die Hebamme sofort den Arzt. Ich kam $^1/_4$ Stunde, nachdem das Kind geboren war, an und fand folgenden Tatbestand: Die Vagina eng, gar nicht gedehnt und kein Zeichen von irgend einer Quetschung tragend. Rechts von der unteren Kommissur, ca. 1 *cm* unterhalb beginnend, fand sich ein schräg zum Anus verlaufender Riß des Dammes; schlug man die Lefzen auseinander, so repräsentierte sich eine ca. mannsfaustgroße Höhle, deren Wände zerfetzt und blutig tingiert und zerquetscht waren. Eine sofort mit einem Fingerling vorgenommene Rektaluntersuchung belehrte mich, daß die vordere Mastdarmwand intakt war, ebenso der Sphinkter. Der böse Zufall wollte es, daß infolge eines Rohrbruches in dem Hause das Wasser abgesperrt war. Ich konnte daher nicht gleich nähen, sondern stopfte die Wundhöhle mit Jodoformgaze aus und entfernte mich. Früh um 10 Uhr kam ich wieder. Temperatur 37·2, Puls 84. Ich entfernte die Gaze und konnte zu meiner Freude bemerken, daß sich die Wundhöhlenwände ein wenig erholt und gereinigt hatten. Es wurde alles zur Naht vorbereitet, die ich nachmittags um 5 Uhr ausführte. Die Naht wurde in zwei Etagen ausgeführt. Die tiefen Nähte liefen knapp oberhalb der vorderen Mastdarmwand. Die Haut des Dammes war derart zerquetscht und zickzackförmig eingerissen, daß ich eine Art Kolporrhaphie vornehmen mußte. In einer Stunde (ohne Narkose und ohne Lokalanästhesie) war die Operation vollendet. Die Frau gab an, keine starken Schmerzen während derselben verspürt zu haben. Die Frau wurde ins Bett gebracht und erhielt zwischen die Beine einen in BUROWsche Lösung getauchten Wattebausch. Da der Uterus sich nicht gut kontrahierte, erhielt sie eine Ergotinmedizin. An den drei folgenden Tagen ging alles gut. Nur die Brüste schwollen stark an, da die Frau nicht selbst stillte, sondern das Kind aufs Land in die Kost gab. Am fünften Tage trat früh plötzlich Fieber auf (38·9, Puls 120). Ich untersuchte sofort die Brüste, die sich heiß und geschwollen anfühlten, ferner die Wunde, die an zwei Stellen leicht eitrig belegt war. Ich entfernte drei Nähte und ließ eine vaginale Ausspülung vornehmen. Bisher war keine vaginale Ausspülung vorgenommen worden, mit Rücksicht auf die Nähte und dem Grundsatze getreu, das Genitale einer Wöchnerin nach der Geburt als noli me tangere zu betrachten, ein Grundsatz, der mich noch nie im Stiche gelassen hat. Mit der vaginalen Ausspülung wurden in der Tat große Mengen Lochialfluß entfernt, die sich in der engen Scheide angesammelt hatten. Da das Fieber abends schon nachließ, um nicht mehr wiederzukehren, so nahm ich eine Retention der Lochien als Ursache des Fiebers an. Der Uterus hatte sich inzwischen unter dem dreitägigen Ergotingebrauch normal verkleinert, so daß das Wohlbefinden der Frau ein vollständiges war. Ich wandte nun die ganze Aufmerksamkeit der durch die Entfernung der drei oberflächlichen Nähte entstandenen, ca. fünfkronenstückgroßen, etwas belegten Wundfläche am Damm zu. An den ersten zwei Tagen wurde mit Jodtinktur täglich zweimal tuschiert, dann dreimal täglich mit H_2O_2. Ich kann nicht umhin, auch an dieser Stelle die eminent desinfizierende, reinigende Wirkung dieses Präparates hervorzuheben. In einigen Tagen war die Wunde vollständig gereinigt und verkleinerte sich dann zusehends. Am 4. September verließ die Patientin Wien und begab sich aufs Land zu ihren Eltern. Die Wunde war bis auf eine kleine hellergroße Stelle verheilt. Vor einigen Tagen erhielt ich nun Nachricht von ihr, daß die Wunde ca. 14 Tage nach ihrer Abreise vollständig verheilt war und man jetzt 4 Monate nach der Geburt fast nichts mehr von der Narbe bemerke. Beschwerden hat Patientin keine.

Der Fall wirft wieder einmal die Frage auf, ob man stark belegte, zerfetzte Dammrisse gleich nähen oder lieber 1—2 Tage lang mit Gaze tamponieren soll, um die Reinigung der Wundränder abzuwarten. Ich stehe auf dem Standpunkt, frische Dammrisse, wenn die Wundränder rein sind, gleich zu nähen. Ein Zögern hat dann keinen Sinn und kann, wie ich es öfters gesehen habe, nur Schaden stiften. Nicht wenige Puerperalprozesse entwickeln sich aus solchen nicht vernähten infizierten Dammrissen. Sind aber die Wundränder belegt und zerfetzt, so daß eine Prima intentio nicht zu erwarten ist, so tut man besser daran, die Wunde erst sich reinigen zu lassen, worauf dann die Heilung besser erfolgt. Der Fall zeigt aber auch, daß man ohne viel Assistenz (ich arbeitete nur mit der Hebamme bei schlechter Beleuchtung) und ohne großen Apparat, wenn man mit peinlicher Sauberkeit vorgeht, genau so gute Resultate erzielen kann wie in jeder Anstalt.

Aus der Praxis.

Über die Anwendung des Formans bei Influenzaschnupfen.

Von **Med. univ. Dr. Richard Fuchs**, Distrikts- und Bahnarzt, Bleistadt (Böhmen).

Der Schreiber dieser Zeilen, welcher die günstige Wirkung des Formans bei akuten und chronischen Entzündungen der Nasenschleimhaut vielfach erprobt hat, versuchte nun während der im Dezember 1904, Januar, Februar 1905 hier herrschenden Influenza das Forman bei der diese Infektionskrankheit so gerne begleitenden akuten Rhinitis. Fast bei der Mehrzahl der an Influenza erkrankten Personen begann diese Form der Rhinitis mit Schüttelfrost, bedeutender Temperatursteigerung, heftigem Kopfschmerz, unangenehmen Sensationen (Kratzen) im Halse. Schon vom theoretischen Standpunkte aus ließ die Zusammensetzung des Formans (Chlormethylmenthyläther) einen günstigen Heileffekt erwarten. Besteht es ja 1. aus dem anämisierenden und anästhesierenden Menthol; 2. aus dem desinfizierenden und desodorisierenden Formaldehyd und 3. aus einer geringen Spur von Salzsäure, welch letztere durch die stets vorhandene Feuchtigkeit absorbiert und unschädlich gemacht wird. Das Forman wurde teils durch Inhalation mittelst des von der Firma hergestellten Nasenglases, in das die Formanpastillen und heißes Wasser gebracht werden, angewandt, teils in der Form der $33^1/_3\%$ Formanwatte, von der ein kleines Stück in die Nase gebracht wird, so daß man Luft noch durch die Nase ziehen kann. Bei fast sämtlichen Kranken trat bald nach Anwendung von Forman eine bedeutende Erleichterung ein, die Nase wurde freier, Kopfschmerzen, sowie die anderen Beschwerden ließen bald nach, ja selbst bei drei Patienten, die infolge Influenza an akuter Bronchitis erkrankt waren, wurde durch Einatmungen von Forman täglich 3mal rasche Besserung erzielt. Interessant war auch die Beobachtung, daß bei den mit

Forman behandelten Fällen keine Erkrankungen der Tuben und des Obres sich einstellten, die bei den anderen Influenzakranken als Komplikation so gerne auftraten. Möglicherweise verhütete das Forman ob seiner desinfizierenden Eigenschaft ein Fortschreiten des entzündlichen Prozesses. Die Erfolge, die der Schreiber dieser Zeilen mit Forman bei den verschiedenen Formen der Rhinitis sowie Entzündungen des Halses, Rachens und der oberen Luftwege so oft erzielte, werden gewiß die Kollegen aufmuntern, dieses ganz und gar unschädliche Präparat, das die Firma Lingner in Dresden und Bodenbach zu einem billigen Preise in äußerst netter und praktischer Form in den Handel bringt, sehr häufig anzuwenden.

Revue.

Zur Alkoholfrage.

(Schluß.)

9. Sehr interessant und lehrreich ist die Arbeit von GUTTSTADT, die mit einem kolossalen Zahlenmaterial den Nachweis führt, daß alle mit dem Alkoholgewerbe in Berührung kommenden Leute an Gesundheit und Leben geschädigt werden. Eine ganze Anzahl Tabellen erbringt den zahlenmäßigen Beweis; während z. B. auf 1000 versicherte Personen sämtlicher gewerblicher Berufsgenossenschaften im Deutschen Reiche in den Jahren von 1897—1901 nur 41—46 Verletzte entfielen, war bei der Brauereiberufsgenossenschaft dieses Verhältnis auf 99—118 festgestellt worden! Bei dem großen Interesse, dessen sich jetzt die Tuberkulosefrage erfreut, sei eine Tabelle wiedergegeben, betreffend die „Tuberkulose als Todesursache".

Von 1000 Gestorbenen im Alter von:

	15—40	40—60	über 60	über 25 Jahre zus.
		Jahre		
1. Alle gestorbenen Männer in Preußen	376·3	222·5	57·3	160·7
2. Männer beim Alkoholgewerbe	442—453	217—277	75—107	223—260
darunter:				
a) Gastwirte	358—386	200—272	84—112	182—237
b) Kellner		604—658		535—556
c) Bierbrauer	432—471	183—296	63	241—314
3. Ärzte (als Vergleich)	246	127	38	113
4. Geistliche (als Vergleich)	279	112	35	76
5. Lehrer (als Vergleich)	373	175	44	126

Diese Zahlen sprechen wahrlich für sich selbst!

10. In einem volkstümlichen, in Zürich gehaltenen Vortrage führt VERAGUTH folgende Gedanken aus: Von großer Wichtigkeit für die Kultur der Jetztzeit ist eine Eigenschaft des Gehirns: die Wahlverwandtschaft seiner Zellen zu einer Anzahl von Giften; so Blei, so Nikotin, so Alkohol. „Wenn dieses Gift auch bei vorgeschrittener akuter Vergiftung die tiefer liegenden Zentren des Nervensystems ergreifen und dann die ekelerregenden Äußerungen der Betrunkenheit hervorbringen oder den Menschen direkt töten kann, seine erste und Hauptaffinität hat es doch zur Hirnrinde. Denn Erregung und Lähmung manifestieren sich doch zuerst im Gebiete dieser Zellen. So ist denn die Alkoholvergiftung, sei sie akut oder chronisch, sei sie ein Rausch oder ein Räuschchen, in erster Linie nicht eine körperliche, sondern eine Geisteskrankheit! in optima forma." „Der Typus des antikulturellen Gehirns ist das Idiotengehirn. Ich habe vor 3 Jahren Gelegenheit gehabt, 205 schwachsinnige Kinder zu untersuchen, namentlich auch mit Rücksicht auf die Frage der Ursache ihrer Idiotie. Die mit möglichster Skepsis durchgeführte Nachforschung ergab, daß von den 205 Kindern mit der größten Wahrscheinlichkeit 82, oder 40% nur deshalb mit defektem Gehirn zur Welt gekommen sind, weil eines oder mehrere ihrer Eltern und Großeltern dem Alkohol sich ergeben hatten!"

11. Auf ganzen 15! Seiten das Thema Alkoholismus abzutun, versucht GROTJAHN, allerdings ist auch der Effekt ein entsprechender; statt Literaturangaben oder Zahlenmaterial neueren Datums, Beschimpfungen der „fanatischen Abstinenzler" und ein neues herrliches Epitheton ornans für Alkoholeuphorikum! und die Erlaubnis, täglich einen Liter Bier oder 1/2 Liter Landwein zu trinken (Frauen die Hälfte!), nicht einmal „Fasttage für die vergifteten Gehirnganglienzellen" verlangt er, dafür aber will er den Schnaps durch Steuerfreiheit der gegorenen Getränke bekämpfen! Man glaubt die Gastwirtezeitung zu lesen! Am betrübendsten ist, daß diese Auslassungen in demselben „Handbuche der Hygiene" erscheinen konnten wie DELBRÜCKS klassische „Hygiene des Alkoholismus!"

12. Auf das wärmste zu begrüßen ist das Buch von Dr. med. STEHR, auch Doktor der Staatswissenschaften; Verf. bringt eine Reihe von für Deutschland ganz neuen Untersuchungen über den Einfluß des Alkohols auf das Wirtschaftsleben. Eine Einleitung belehrt über den Einfluß des Genusses geistiger Getränke auf Muskel und geistige Arbeit; er kommt — in wohltuendem Unterschiede von der großen Mehrzahl der Ärzte — zu dem einzig berechtigten Schlusse, daß der Alkohol dem ermüdeten Muskel keine Kräfte, sondern nur Reize zuführt, die zwar für kurze Zeit die Muskelleistung zu bessern imstande sind, um sie nachher aber nur um so weiter unter das gewöhnliche Maß sinken zu lassen. Während es heute bei uns noch einzig und allein die Gefahr der Trunkenheit ist, die manche Unternehmer Maßregeln gegen die schrankenlose Freiheit des Alkoholgenusses während der Arbeit ergreifen läßt, ist im Auslande (Amerika) die Erfahrung maßgebend, daß schon der „mäßige" Genuß die Leistungsfähigkeit vermindert. Was die Maßnahmen dagegen betrifft, so faßt STEHR sie eigentlich in den Satz zusammen: die Prophylaxe des Alkoholismus ist die Therapie des Alkoholismus. Er empfiehlt die Beschränkung der Verkaufszeiten der Branntweinschänker und die langsame Verteuerung des Trinkbranntweins, Verbot des Aufenthaltes in Schankstätten bis zum vollendeten 18. Lebensjahre, Bestrafung der Darreichung von Alkohol in jeder Form an Kinder bis zum 14. Jahre als Körperverletzung. Der immer wiederholte Versuch, die Herabsetzung des Branntweinkonsums zu erzielen durch Befürwortung des Bieres, ist eine durch geschichtliche Tatsachen oft widerlegte Lüge! Aber vom nationalen Standpunkte ist die Bekämpfung der berauschenden Getränke, die unseren Tätigkeitsdrang fesseln, die Klarheit unseres Blickes trüben, Pflicht und die Alkoholfrage eine Kulturfrage ersten Ranges.

13. NONNE, der seit 5 Jahren auch leitender Arzt einer Trinkerheilstätte ist, hat für das „Handbuch der sozialen Medizin" die Erörterung der Frage nach der Stellung und den Aufgaben des Arztes bei der Behandlung des Alkoholismus übernommen; ein kurzer geschichtlicher Überblick über den Kampf gegen den Alkoholismus bildet die Einleitung. Viel wichtiger als die Therapie sei die Prophylaxe; durch die Gesetzgebung, durch Aufklärung des Volkes durch öffentliche Vorträge, durch die Zeitungen, durch die Schule, durch Gasthausreform, Errichtung alkoholfreier Wirtschaften, Bekämpfung der „Trinksitten" muß dem Alkoholismus entgegengetreten werden. Ist aber jemand einmal dem Trunke verfallen, so gehört er in eine Trinkerheilanstalt, um hier zu lebenslänglicher Enthaltsamkeit erzogen zu werden! Dazu gehört aber, daß Arzt und Personal der Anstalt selbst Totalenthaltsame seien! Nach der Entlassung ist der geheilte Trinker, wenn irgend möglich, an einen Enthaltsamkeitsverein zu empfehlen. Schließlich verlangt NONNE eine gesetzliche Regelung der Trinkerfürsorge und die Möglichkeit, einen Trinker auch zwangsweise an eine Anstalt abgeben zu können.

14. Das bekannte ausgezeichnete Buch des Königsberger Nervenarztes HOPPE liegt nunmehr in dritter, bedeutend vermehrter, zum Teil umgearbeiteter Auflage vor; es ist ganz unmöglich, in einem kurzen Referate auch nur annähernd begreiflich zu machen, welche Fülle von Fleiß, welche Unmenge Arbeit hier niedergelegt ist! Alles, was man über den Alkohol weiß, alles ist hier zu finden! Die einzelnen Kapitel seien wenigstens in ihren Überschriften hier angeführt: Alkoholverbrauch (es dürfte wohl nicht allgemein bekannt sein, daß Österreich sich den Luxus leistet, jährlich eine Milliarde! in Form alkoholischer Getränke zu vergeuden); physiologische Wirkungen des Alkohols; Alkohol als Krankheitsursache; Alkohol in den Krankheitsstatistiken; in den Sterblichkeitsstatistiken; Alkohol und Geistesstörung; Alkohol und Verbrechen; Einfluß des Alkohols auf das Familienleben, auf Sittlichkeit und Wohlstand; Alkohol und Entartung; Verbreitung der Trinksitten und der Trunksucht. Dem ausgezeichneten und wertvollen Werke ist die weiteste Verbreitung zu wünschen!

15. Der Untertitel des LIPPERTschen Büchleins: „Eine Darstellung und Besprechung des ALGLAVEschen Projektes, des österreichischen und deutschen Entwurfes, sowie der Schweizer und russischen Gesetzgebung." Das ALGLAVEsche Projekt, zuerst veröffentlicht im Jahre 1880 in Paris, verlangt die Befugnis, Alkohol an einen Wirt oder Privaten abzugeben ist ausschließliches Vorrecht des Staates; dieser kauft auch allen erzeugten Alkohol direkt vom Erzeuger oder befugten Großhändler. LIPPERT rechnet für Österreich ein jährliches Erträgnis von 253 Millionen Kronen rein heraus; eine Bekämpfung des Alkoholismus liegt nicht in der Absicht des Projektes.

16. Obwohl JULIUSBURGERs gesammelte kleinere Aufsätze populär gehalten sind, müssen sie doch auch an dieser Stelle erwähnt werden, weil sie in jeder Hinsicht weit über das Durchschnittsmaß emporragen; einzelne dieser Aufsätze sind so flott, stellenweise geradezu mit dichterischem Schwunge geschrieben, daß dieses, überdies von einem Arzte herrührende, durch eine Vorrede FORELs geschmückte Büchlein nur auf das wärmste zur Lektüre empfohlen werden kann.

17. COLLA erörtert in diesem sehr interessanten Aufsatz seine Erfahrungen mit der hypnotischen Therapie der Trunksucht, belegt seine Ausführungen mit eingehenden Berichten über geheilte Fälle und fordert zur Nachprüfung auf. Auch er betont, daß eine Heilung nur durch Erziehung zur vollständigen Enthaltsamkeit für den Rest des Lebens erzielt werden kann.

18. MÖNKEMÖLLER hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, die alte Literatur nach Urteilen von Ärzten über den Alkohol durchzugehen. Man würde kaum glauben, daß der Satz: „Eine Sache, die schon verhältnismäßig in kleinen Gaben das Sensorium bis zur Betäubung angreift, verdient, wenn wir anders das Wort überhaupt gelten lassen wollen, den Namen eines narkotischen Giftes; eine solche Sache kann bloß ein Medikament, nie ein Nutriment werden" — das respektable Alter von 100 Jahren erlangen konnte, ohne Allgemeingut zu werden! HUFELAND, der diesen Ausspruch im Jahre 1804 getan hat, würde heute als Fanatiker usw. hingestellt werden, denn das Märchen vom Nährwert des Alkohols ist ja für sehr viele Ärzte noch immer ein Dogma!

19. Dieser Aufsatz ist die Wiedergabe eines Vortrages, den HARALD WESTERGAARD auf dem nordischen Enthaltsamkeitstage in Kopenhagen im Juli 1904 gehalten hat; er bespricht besonders eingehend die großen englischen und amerikanischen Statistiken der Versicherungsgesellschaften, die sich auf einen Zeitraum von 60 Jahren und auf ein Zahlenmaterial von Hunderttausenden beziehen und das einwandfreie Resultat ergeben, daß „die Sterblichkeit der Abstinenten nur $^3/_4$ der Sterblichkeit der „Mäßigen" beträgt". Näheres muß im Original nachgelesen werden.

20. FOREL gibt in kurzen und prägnanten Sätzen eine Zusammenfassung über den heutigen Stand der Alkoholfrage; einige der markantesten seien hier angeführt. „Schon kleine Alkoholdosen (20—30 cm^3) wirken giftig auf das Gehirn, alle geistigen Tätigkeiten lähmend und störend. Die gegorenen Getränke sind kaum weniger gefährlich, vielfach sogar schlimmer als der Branntwein, weil sie anständiger aussehen und dadurch verführerischer sind. Die angebliche Nährwirkung des Alkohols beruht auf einem sophistischen Wortstreit über den Ausdruck Nahrungsmittel; der Alkohol verbrennt im Organismus wie manche andere Gifte. So entwickelt er Wärme resp. Energie. Man kann ihn also theoretisch wie alles, was im Organismus verbrennt, mit dem trügerischen Namen eines energetischen Nahrungsmittels schmücken; das ist aber ein Schwindel, denn sonst wären auch Phosphor, Glyzerin, Arsenik etc. Nahrungsmittel. Die Wissenschaft hat ferner den Nachweis erbracht, daß der Alkohol die Keime unserer Nachkommen verdirbt und dieselben mit den schwersten erblichen Entartungen aller Art belastet. Es handelt sich nicht um einfache Wiederholung vorhandener Trinkeranlagen, sondern also um das direkte Verderben früher gesunder Keime. Auch als medizinische Panazee und Allheilmittel hat der Alkohol seinen Ruhm gestohlen. Unter anderem hat der finnländische Arzt LAITINEN gezeigt, wie verderblich und schwächend er gerade da wirkt, wo man ihn als lebenserhaltendes Stimulations- und Stärkungsmittel so hoch pries." „Beseitigt durch Zauberschlag alle Alkoholiker eines Landes, in wenigen Jahren werden sie völlig ersetzt sein (in der Tat stirbt ein großer Bruchteil der Trinker weg, ohne daß ihre Gesamtzahl abnimmt). Wandelt dagegen mit einem Schlage sämtliche mäßig trinkenden Menschen eines Landes dauernd in Abstinente um, und in kurzer Zeit wird es keinen Alkoholismus, keine Trinker, keine Alkoholfrage mehr im Lande geben!" G. W.

Referate.

v. TABORA (Gießen): **Zur physikalischen Diagnostik der Pleuraexsudate.**

Perkutiert man in der von KRÖNIG angegebenen Weise die Lungenspitzen, so ergeben sich bei Gesunden die bekannten symmetrisch gelegenen Schallfelder, welche den Projektionsfiguren der Lungenspitzen entsprechen. Die schmalste Stelle, der Spitzenisthmus, liegt ungefähr 1 *cm* unterhalb der Höhe des Kukullarisrandes und mißt jederseits zirka $4^1/_2$—5 *cm*; ihre Begrenzung ist unter normalen Verhältnissen mit leiser Perkussion eine absolut scharfe. Das Schallfeld bzw. der Spitzenisthmus kann nun unter pathologischen Verhältnissen zweierlei Veränderungen erfahren: eine Verringerung des Breitendurchmessers und eine Verschleierung der Grenzlinien. Beide Formen finden sich unter anderem bei beginnender Lungenphthise. Bei Bestimmung der Spitzenprojektion fand Verf. („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 52) nun bei Pleuritis exsudativa auf der erkrankten Seite: das ganze Schallfeld ist eingeengt, der Isthmus beträchtlich verschmälert, es scheint besonders die laterale, weniger stark die mediale Grenze an der Verschmälerung beteiligt. Auf dem Isthmus selbst ist der Schall anfangs hypersonor, späterhin tympanitisch; die Grenze zur absoluten Dämpfung ist bei leiser wie bei starker Perkussion nahezu gleich scharf. Diese Kombination der Symptome: Verschmälerung des Spitzenisthmus, bedingt namentlich durch das Einwärtsrücken der lateralen Grenzlinie mit bei leiser wie bei starker Perkussion gleich scharfer Grenze zwischen hypersonorem bzw. tympanitischem Schall und absoluter Dämpfung, hat Verf. in der großen Mehrzahl der Fälle von Pleuritis exsudativa voll ausgebildet gefunden, und zwar um so deutlicher, je frischer die Erkrankung und je jünger das betreffende Individuum war. Eine etwa mittlere Größe des Exsudates scheint zu deutlicher Ausbildung des Symptoms im allgemeinen erforderlich, doch hat Verf. es auch bei kleineren Ergüssen häufig gefunden; dagegen nur ganz selten bei abgelaufenen Pleuritiden mit Schwartenbildung und niemals bei lobulär-pneumonischer Unterlappeninfiltration. Darauf beruht der differential-diagnostische Wert des Symptoms. Die anatomische Grundlage des Symptoms bildet die Entspannung und Retraktion des Oberlappens. In gewissen Fällen, z. B. bei Verwachsung der Pleurablätter an der Spitze, bei Emphysem usw., fehlt das Symptom. B.

SEHRWALD (Trier): **Steigerung der Agglutinierbarkeit der Typhusbazillen und ihr Wert für die Typhusdiagnose.**

Schwer agglutinierende Typhusstämme lassen sich häufig durch Züchtung auf steriler Kartoffel oder auf Nährböden, die Kartoffelpreßsaft enthalten, in ihrer Agglutinierbarkeit erheblich steigern. Bei Rückverimpfung auf kartoffelfreie Nährböden verschwindet diese Steigerung wieder („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 7). Durch Benutzung von Typhusbazillen, die auf Kartoffeln oder kartoffelwasserhaltigen Nährböden gezüchtet wurden, läßt sich daher einmal die Zeit der WIDALschen Probe abkürzen, auch wenn man die Reaktion in der Kälte anstellt oder die Bazillen im abgetöteten Zustand verwendet, und zweitens die Feststellung, ob eine typhusverdächtige Kolonie auf einer Platte vom Typhusserum agglutiniert wird, wesentlich beschleunigen. Die Erkennung der Typhuskolonien an ihrer klaren Durchsichtigkeit ist auf den kartoffelhaltigen Nährböden bei Gegenwart einer Zuckerart, zumal Trauben- oder Milchzucker, in der Regel ebenso leicht möglich wie auf dem DRIGALSKIschen Blauagar, so im besonderen auf einem Blauagar, der statt des Fleischwassers unneutralisiertes Kartoffelwasser enthält. Beim Wachstum auf der Kartoffel bilden die Typhusbazillen häufig lange

Morphologie echter Tuberkel auf gleiche, spezifische Krankheitserreger bei den papulo-nekrotischen Tuberkuliden schließen zu dürfen. SACHS.

RIESMAN (New-York): **Desquamation beim Typhus abdominalis.**

RIESMAN hebt hervor, daß bisher nur eine kleine Zahl von Autoren hierher gehörige Beobachtungen beschrieben hat („Americ. Journ. of med. Sciences", Januar 1904). Er selbst sah das Phänomen der Desquamation beim Typhus unter drei verschiedenen Formen: 1. An Stellen, wo ursprünglich Roseolen saßen, entstehen kleine Blasen, die sich in Schuppen umwandeln. 2. Am Rumpf oder an den Gliederansätzen, niemals aber an den Gliedern selbst oder im Gesichte, folgt auf die Bildung von Sudamina eine zumeist kleienartige Abschuppung. 3. Ohne vorhergegangene Eruption tritt eine generalisierte kleienförmige Desquamation auf. Dieser Typus entspricht einer trophischen Störung analog dem Haarausfall. Die Intensität entspricht der Schwere des Typhusfalles. J. ST.

LUDWIG SPITZER (Wien): **Ein Fall von rezidivierendem Herpes zoster am Zeigefinger der linken Hand.**

Die Eruption kündigte sich schon tagelang vor dem Ausbruch durch Hyperästhesie an, welche sich kurz vor dem Ausbruch zu brennendem Schmerz steigerte; typischer Verlauf der Erkrankung, welche innerhalb eines Jahres fünfmal auftrat. Verf. („Dermatolog. Zentralbl.", 1904, Nr. 3) leitet seinen Fall mit einer genauen Literaturangabe über Zostereruptionen an den Extremitäten ein und bezieht sich dabei besonders auf einen Fall NEISSERS, wo bei einem Kollegen nach Sklerose an der Fingerbeere ein in mehrmonatlichen Intervallen rezidivierender Zoster an der Ulnarseite des linken Zeigefingers auftrat, den NEISSER als rezidivierenden Genitalherpes bezeichnet. Verf. hebt diesen wie seinen Fall hervor, weil sie die Brücke bilden zwischen den meist scharf gesonderten Fällen von Herpes zoster und Herpes genitalis. SCH.

RIEBOLD (Dresden): **Zur Kenntnis der Komplikationen der Polyarthritis rheumatica acuta von seiten der Haut.**

Verf. fand, daß im Verlaufe eines akuten Gelenkrheumatismus gelegentlich Komplikationen von seiten der Haut auftreten, die mit größter Wahrscheinlichkeit durch die Grundkrankheit verursacht werden. Abgesehen von den häufigen Schweißen der Rheumatiker und den nicht allzu seltenen verschiedenartigen Erythemen und Hautblutungen bei der Polyarthritis, werden als sehr seltene und bisher nur vereinzelt, resp. noch gar nicht beschriebene rheumatische Hautkomplikationen, die sich sämtlich durch ihr symmetrisches Auftreten auszeichneten, die eigentümlichen großen entzündlichen Infiltrate, die reizlosen Ödeme und die multiplen dekubitalen Geschwüre der Haut ausführlich behandelt. Die mitgeteilten rheumatischen Hautveränderungen beobachtete Verf. an einem Material von 280 Fällen, die in $2^3/_4$ Jahren behandelt wurden. („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 82, Heft 3 u. 4.) Herpes sieht man während des Fieberstadiums der akuten Polyarthritis nur sehr selten. Unter 150 Fällen sah Verf. nur zweimal einen Herpes labialis auftreten. Über einen Fall von Urticaria, der auch gelegentlich im Verlauf eines akuten Gelenkrheumatismus beobachtet worden ist, verfügt R. nicht. BR.

BARADULIN (Moskau): **Appendizitis.**

Thesen (Dissert. Moskau; „Wratschebnaja Gazetta", 1904, Nr. 33): 1. Abnorme Lage des Blinddarms und des Wurmfortsatzes schafft eine Prädisposition zur Erkrankung an Appendizitis. 2. Die Kotsteine, welche im Wurmfortsatz angetroffen werden, sind die Folge und nicht die Ursache der Appendizitis. 3. Als ein häufiges prädisponierendes Moment kommt vorangehende entzündliche Erkrankung des Dünn- und Dickdarms in Betracht. 4. Das klinische Bild entspricht häufig den pathologisch-anatomischen Veränderungen des Wurmfortsatzes nicht. 5. Sämtliche appendizitiskranken Patienten zu operieren, ist nicht statthaft. 6. Die Verordnung von Opium bei akutem Anfall von Appendizitis verschlimmert den Verlauf der Krankheit. 7. Im akuten Anfall ist die Operation nur in 2 Fällen indiziert: *a)* bei Vorhandensein eines großen Abszesses, *b)* bei allgemeiner Peritonitis. 8. Bei chronischer Appendizitis ist Operation indiziert: *a)* wenn der Patient mindestens zwei Anfälle von Appendizitis gehabt hat, *b)* wenn bei dem Patienten nach dem ersten, namentlich aber nach dem zweiten Anfall trotz Regime und Behandlung in der rechten Regio iliaca lokale Erscheinungen zurückbleiben. L—y.

TRIOLLET (Paris): **Disposition pour stériliser le catgut à l'autoclave.**

Während auf der einen Seite nur die Sterilisation des Catgut im Autoklaven hinlängliche Sicherheit in bezug auf Keimfreiheit des Nahtmaterials gewährt, steht derselben andrerseits die Tatsache im Wege, daß die Berührung mit dem Dampf das Catgut brüchig macht; auch die Sterilisation in heißem Alkohol (bei 100°) gibt daher oft keine günstigen Resultate, da der Alkohol leicht Wasser aufnimmt. Verf. schlägt daher vor („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 18, pag. 267), das Catgut in Azeton zu sterilisieren und empfiehlt ein sinnreiches, dabei aber höchst einfaches Verfahren, das der erläuternden Zeichnung wegen im Original eingesehen werden muß. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Behandlung der Skoliose durch die aktive und passive Überkorrektur** beschreibt LANGE („Münchener med. Wochenschrift", 1905, Nr. 1). Verf. verwirft die Behandlung mit orthopädischen Korsets, weil sie in praxi doch meist unwirksam sind; dieselben werden von den Patienten nie so eng angelegt, als sie angelegt sein müßten, um eine redressierende Wirkung zu entfalten. LANGEs Behandlung besteht darin, daß er sowohl eine aktive Überkorrektur wie eine passive Überkorrektur der Wirbelsäulenverkrümmung anwendet und diese Behandlung Jahre hindurch fortsetzt. Die aktive Überkorrektur wird durch eine einfache Widerstandsgymnastik erzielt und hat den Zweck, den M. erector trunci der konvexen Seite der Wirbelsäule zu kräftigen; die passive Überkorrektur wird durch Gurtapparate bewirkt; für die Nacht wendet Verf. ein Nachtbett an, dessen redressierende Wirkung unabhängig von der Willkür des Patienten ist, welches Bauch und Brust freiläßt, so daß die inneren Organe keine Schädigung erfahren, und welches so gut vertragen wird, daß die Nachtruhe der Patienten nicht wesentlich gestört wird. LANGE betont, daß bei einer Skoliose die Behandlung einsetzen muß, ehe die Versteifung der Wirbelsäule eingetreten ist. Ist diese schon entstanden, so ist eine wirkliche Heilung der Skoliose unmöglich.

— Die **Nervenresektion bei schmerzhafter Extremitätengangrän** empfiehlt BARDESCU („Spitalul", 1905, Nr. 21 u. 22). Verf. hat anfangs die Nervendehnung versucht und dann zur Durchschneidung der betreffenden Nerven gegriffen, u. zw. mit Erfolg. In einem der Fälle handelte es sich um eines 33jährigen Feldarbeiter, bei dem sich spontan eine sehr schmerzhafte Gangrän der linksseitigen Zehen und des Fußes bis zum LISFRANCschen Gelenk entwickelt hatte. Epidurale Kokaineinspritzungen blieben erfolglos, ebenso auch die Elongation des Nervus ischiadicus popliteus externus und internus. Endlich wurde dieser Nerv in der Fossa poplitea in einer Ausdehnung von 4—5 *cm* reseziert und von diesem Zeitpunkte nicht nur ein vollständiges Verschwinden der Schmerzen beobachtet, sondern auch der brandige Teil begann sich abzugrenzen, die Finger fielen ab und endlich konnte unter günstigsten Bedingungen die klassische Desartikulation im CHOPARTschen Gelenke vorgenommen werden. Die Sensibilität des ganzen Gebietes war vollständig zurückgekehrt.

— Über die **Verwendung des Adrenalins** in der poliklinischen chirurgischen Praxis berichtet SERENIN („Med. Obosr.", 1905, Nr. 16). Verf. wandte das Adrenalin in fast 100 Fällen bei kleineren chirurgischen Eingriffen an. Die Anwendungsmethode war verschieden. Bisweilen wurde, um eine mehr anämisierende Wirkung zu erzielen, erst Adrenalin und sodann Kokain injiziert; häufiger jedoch spritzte der Autor das Kokain zusammen mit Adrenalin ein, und

zwar im Verhältnisse von 2—3 Tropfen Adrenalin auf eine Spritze einer 1-, $^1/_2$- oder $^1/_{10}$%igen Kokainlösung. In sämtlichen Fällen wurde eine sowohl anästhesierende als auch anämisierende Wirkung erzielt. Man kann unter Anwendung dieses Mittels ruhig, bequem und ohne Eile operieren und eine geschulte Assistenz entbehren, da kein Blut von der Wundfläche entfernt zu werden braucht. Dieser letztere Umstand ist auch von großem Wert, weil die Wunde nicht mit Wattebäuschchen so häufig malträtiert zu werden braucht und demzufolge mehr Aussicht auf prima intentio vorhanden ist. Andrerseits resultiert auch daraus eine erhebliche Ersparnis an Verbandmaterial. Demnach können wir bei aseptischen Operationen dank der Adrenalin-Kokain-Anwendung viel eher auf den Eintritt einer prima intentio rechnen, während bei eitrigen Prozessen infolge der schmerz- und blutstillenden Wirkung des Gemisches uns die Möglichkeit gewährt wird, alles Septische sorgfältig zu entfernen und im Bedarfsfalle eine Auskratzung der Abszeßhöhle vorzunehmen.

— Die Zahl der **Guajakolpräparate** ist in den letzten Jahren so groß geworden, daß es dem praktischen Arzte unmöglich ist, die Spreu vom Weizen zu sondern. Es muß daher als eine verdienstvolle Arbeit angesehen werden, daß KNAPP und SUTER („Arch. f. experiment. Path. u. Pharm.", Bd. 50) die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse der gebräuchlichsten Guajakolderivate experimentell untersucht haben. Aus ihren Versuchen ging hervor, daß das Styracol, der Guajakolzimtsäureäther, 85·94% Guajakol im Organismus zur Wirkung bringt, trotz anderweitig festgestellter relativer Ungiftigkeit. Nunmehr hat E. NACHT das Styracol bei beginnender Lungenphthise versucht. Er fand, daß es sowohl das Fieber als auch den Husten und den Stoffwechsel beeinflußt. In einigen Fällen wurde die Expektoration anfangs vermehrt. Fast immer wurden Gewichtszunahmen erzielt.

— Über die **Wirkungen subkutaner Kochsalzinfusionen bei Nephritis** mit Rücksicht auf die neueren Theorien über den Wert des Kochsalzes bei den Krankheiten der Nieren berichtet FERRANNINI („Zentralbl. f. i. Med.", 1905, Nr. 1 u. 2). Die von mehreren Autoren neuerdings angenommene Schädigung durch das Kochsalz bei Nephritikern ist übertrieben. Nach den Beobachtungen des Verf.s führen subkutane Kochsalzinfusionen nur eine sehr vorübergehende Steigerung der Albuminurie und der Nierenelemente herbei. Diese Steigerung, der sofort eine beträchtliche und anhaltende Verminderung auf dem Fuße folgt, wird zudem kompensiert durch allerdings ziemlich begrenzte und vorübergehende Besserung des Allgemeinzustandes und der Nierenfunktion. Nicht einmal während eines urämischen Anfalls sind ausgiebige subkutane und rektale Kochsalzinjektionen gefährlich, ja sie sind hier sogar sehr nützlich, vielleicht weil sie die Nierenfunktion bessern. Wegen ihres beschränkten Nutzens und wegen der Gefahren, welche die konstant durchgeführten Injektionen doch hervorrufen können, können sie jedoch nicht als beständiges therapeutisches Rüstzeug bei Nephritis gelten. Nur zeitweilig wird man im Falle der Not darauf rekurrieren, wie es auch bisher allgemein üblich war. Die Entchlorungskur ist also bei Nephritis absolut bedeutungslos.

— In der medikamentösen **Phthiseotherapie** zieht BELDAU („Therap. Monatsh.", 1904, Nr. 8) allen Mitteln das Kreosot vor. Er gebraucht speziell das Kreosotal, das am besten verdünnt in Milch gegeben wird. Die wirksamste Dosis für Erwachsene scheint dreimal täglich 1 Gramm zu sein. Von höheren Dosen fürchtet er bei lang dauernder Anwendung eine Alteration der Magenschleimhaut. Er verwendet seit Jahren folgende Lösung:

Rp. Creosotali . . . . 60·0
Spir. vini (95%),
Aether. sulfur. . . . . aa. 10·0
MDS. 3mal täglich 10—60 Tropfen mit warmer Milch geschüttelt eine Stunde nach der Mahlzeit.

Dem flüssigen Guajakol, das ebenso gefährlich und weniger wirksam ist als das freie ätzende Kreosot, zieht Verfasser das Duotal vor. Das Ichthalbin schätzt er als Darm-Antiseptikum, Roborans und Appetitmittel. Von anderen, minderwertigen Ersatzmitteln des Kreosots werden noch erwähnt: Eosot, Geosot, Tannosal, Solveol, Thiocol.

— Zur Behandlung der **Kapillarbronchitis bei kleinen Kindern** empfiehlt HEUBNER („Therap. d. Gegenw.", 1905, Nr. 1) Senfwassereinwicklungen, welche in folgender Weise vorgenommen werden: In einer Schüssel mit etwa $1^1/_2$ Liter warmen Wassers (40° C) verrührt man $^1/_2$ *kg* oder mehr frischen Senfmehles so lange, bis das flüchtige Öl von der Oberfläche des dünnen Breies aufsteigt und Augen und Nase reizt (zirka 10 Minuten). Nun wird ein zur völligen Einwicklung des kranken Kindes genügend großes linnenes Tuch in die Flüssigkeit eingetaucht, nach vollständiger Imprägnierung ausgerungen und auf einer entsprechend großen wollenen Decke ausgebreitet, das ganz entkleidete Kind so daraufgelegt, daß der obere Rand des Senftuches bis zum Hals reicht und nun der ganze Körper rasch zuerst in das Senftuch und dann in die wollene Decke eingeschlagen, die, am Halse fest geschlossen, an den Füßen umgeschlagen wird. Dieser Wickel bleibt 10—15 Minuten, je nach Kräftezustand und Reaktion des Kindes, liegen. Nach der genannten Zeit wird das Kind, bei gelungener Reaktion am ganzen Körper krebsrot, aus dem Wickel genommen und in ein warmes Bad gebracht oder mit warmem Wasser abgewaschen, um die der Haut noch anhaftenden Senfteilchen zu entfernen. Sodann folgt ein zweiter, schon vorbereiteter Wickel mit lauwarmem Wasser, in dem es 1—2 Stunden verbleibt, womöglich bis Schweiß eintritt. Während dieses zweiten Wickels ist wegen der eintretenden Wärmestauung genaue Überwachung nötig. Dem zweiten Wickel folgt ein warmes Bad, event. mit kühler kurzer Übergießung, dann Trockenlegen und Ruhe. Das Verfahren soll nicht öfter als einmal in 24 Stunden angewendet, aber wenn nötig am zweiten oder dritten Tage wiederholt werden.

— Die große Ungleichheit der verschiedenen **Digitalispräparate** (Blätter, Tinktur etc.) an wirksamen Bestandteilen, die schwere Diffusionsfähigkeit des dem französischen Digitalin entsprechenden Digitoxins SCHMIEDEBERG und seine Reizwirkung auf die Gewebe veranlaßten CLOETTA nach einem wirksamen Digitalispräparat zu suchen. Das Mittel, das er nun fand, kommt in wässeriger Lösung mit 25% Glyzerin versetzt in kleinen Fläschchen unter dem Namen Digalen in den Handel. Jeder Kubikzentimeter der Lösung entspricht genau 0·3 *mg* des amorphen Digitoxins. Um eine möglichst genaue Dosierung zu erreichen, ist jedem Fläschchen eine eingeteilte Pipette beigegeben. Die Wasserlöslichkeit und rasche Diffusion garantieren dem Mittel eine gewisse Universalität der Anwendung, indem es per os (wohl am wirksamsten nüchtern), per rectum, subkutan und intravenös verabreicht werden kann. Bei der subkutanen Anwendung empfiehlt es sich, auf die Injektionsstelle nach leichter Massage einen feuchten Verband mit essigsaurer Tonerde oder Bleiwasser zu legen. Über die therapeutischen Erfolge des Digalens äußert sich u. a. NAUNYN („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 31 u. 33). Er hat von dem Mittel bedeutsame Erfolge gesehen, namentlich auch in Fällen, wo andere Präparate vollständig versagten. Durch Gebrauch des Digalens wird das bekannte Latenzstadium der Digitalis bedeutend abgekürzt. Nach Gaben von 0·3 *mg* 1—3mal täglich ist nach 24 Stunden die Wirkung da, die Diurese steigt.

— Einen Fall von lebensrettender **Wirkung des Aderlasses bei Kohlenoxydvergiftung** hat HEIDLER beobachtet („Prager med. Wochenschr.", 1904, Nr. 29). Bei der tief komatösen, stertorös und sehr schnell atmenden Patientin, deren Pupillen reaktionslos sind, wird sofort nach der Aufnahme 8 Uhr früh ein Aderlaß von 500 cm^3, um 5 Uhr nachmittags ein zweiter von 100 cm^3 gemacht. Schon abends ist die Atmung tiefer und langsamer, am nächsten Tage früh das Sensorium völlig frei. Der Fall war sehr schwer — eine Mitbewohnerin der Pat. wurde tot aufgefunden —, unsere Pat. zeigte noch am 9. Tage alimentäre Glykosurie, und trotzdem hatte der Aderlaß eine so günstige Wirkung.

— Aus Bemerkungen von BURTON G. THOMAS („The Americ. Phys.", 1904, Nr. 3) über **künstliche Ernährung** geht hervor, daß die Somatose ein unentbehrliches Hilfsmittel ist bei Erkrankungen, bei denen entweder Widerwille gegen jegliche Nahrungsaufnahme vorherrscht, oder in Fällen, wo der geschwächte Organismus nicht mehr imstande ist, Nahrungsmittel aufzunehmen. Auch bei schweren Magen- und Darmerkrankungen leistet das Präparat gute Dienste. Oft ist es die einzige Nahrung, die vertragen wird und den Kräftezustand der Patienten zu erhalten vermag. Gerade für solche Fälle ist der Wert eines derartigen Mittels nicht hoch genug anzuschlagen. Es gelingt auch natürlich mit Hilfe der Somatose, bei anderen schweren Erkrankungen, wie Diphtheritis, chronischen Darmkatarrhen etc., bei

denen andere Speisen von den Kranken nur schlecht vertragen werden, über die Krisen hinwegzukommen.

— Seine Erfahrungen über die **Therapie des Gelenkrheumatismus und der akuten Gicht** resümiert RUDOLPH („Heilkunde", 1904, Nr. 9). Er hat mit Aspirin stets einen prompten Erfolg gehabt und es nie wieder, wie früher bei der Verwendung der Salizylsäure, erlebt, daß die Patienten den Gehorsam verweigerten. Daß Fälle von Gelenkrheumatismus vorkommen, die auf Aspirin nicht reagieren, wohl aber auf Salizylsäure, glaubt er nicht, zumal bei dem Gehalt des Mittels an Salizylsäure — 75% — eine solche Annahme nicht plausibel erscheint. Man muß von dem Aspirin bis 6 *g* pro die geben, wenn man auch im allgemeinen mit kleineren Dosen davon auskommt. Auch in der Otiatrie, zumal bei entzündlichen Affektionen des äußeren und mittleren Ohres, und auch bei intrakraniellen Erkrankungen otitischen Ursprungs kann sich das Aspirin vorzüglich bewähren (MEIER, Ibidem, 1904, Nr. 11).

Literarische Anzeigen.

Die EHRLICHsche Seitenkettentheorie und ihre Bedeutung für die medizinischen Wissenschaften. Von **Dr. Paul Römer.** Wien 1904, A. Hölder.

Wer in der vorliegenden Monographie ihrem Titel zufolge lediglich eine Stellungnahme des Verf.s in dem immer noch nicht entschiedenen Streit um die Berechtigung der EHRLICHschen Seitenkettentheorie vermuten würde, wird bei dem Studium derselben angenehm enttäuscht sein. Sie bildet nämlich eine gründliche und umfassende Darstellung der gesamten Immunitätslehre; daß sie auf den Anschauungen EHRLICHs fußt, gereicht ihr gewiß nicht zum Nachteil, dies um so weniger, als auch entgegengesetzte Anschauungen anderer Forscher volle und objektive Würdigung finden. Das Buch zerfällt in mehrere Teile, in welchen die Lehre von den Antitoxinen, Hämolysinen, Bakterienimmunität, den Zytotoxinen, Agglutininen und Präzipitinen, sowie die Anwendung der Ergebnisse der Immunitätsforschung in den verschiedenen Zweigen der praktischen Medizin dargestellt werden. Dem praktischen Arzte, der sich mit der modernen Immunitätslehre vertraut machen will, kann das vorliegende Buch wärmstens empfohlen werden, aber auch der Fachmann wird es oft und gerne zur Hand nehmen, nicht zum mindesten auch aus den chronologisch geordneten Literaturzusammenstellungen Vorteil ziehen, vor allem aber, wie EHRLICH in seinem Vorwort mit Recht vermutet, „an das Studium desselben eigenes experimentelles Arbeiten auf dem Gebiete der theoretischen Immunitätslehre anschließen können".

Dr. S.

Die Haftpflicht des Arztes. Ein Gutachten von **Dr. jur. Ernst Rabel,** Privatdozent an der Universität Leipzig. Leipzig 1904, Veit & Co.

In den letzten Jahren haben sich aus hier nicht zu erörternden Gründen die Fälle gemehrt, in welchen Ersatzansprüche und darunter solche weitgehendster Art an den Arzt gestellt wurden. Allseitig hat man sich daher um die Klarstellung der einschlägigen juristischen und medizinischen Gesichtspunkte bemüht und aus dem Wunsche, das Wesen und die Tragweite der sogenannten Haftpflicht näher zu präzisieren, ist auch die vorliegende Schrift hervorgegangen. Sie gibt eine fast ganz erschöpfende Darstellung des Gesamtthemas, der Haftungsgründe, der Haftung aus eigener Berufsausübung und der Haftung für Hilfspersonen, außerdem im Anhang geschichtliche Notizen und Erörterungen über speziellere juristisch-ärztliche Fragen. Für den Arzt, an den sich das Büchlein in erster Linie wenden will, ist die Lektüre bei dem Mangel grundlegender juristischer Begriffe überaus schwierig; die fortlaufende Verweisung auf Gesetzesparagraphe (und zwar der deutschen Gesetzbücher) setzt die ausgiebige Benutzung und das fortwährende Nachschlagen derselben voraus und die Unterbrechung der Darstellung durch eine Unmasse von Fußnoten macht das Studium des Werkes — wenigstens für den ärztlichen Leser — nicht gerade zu einer erbaulichen Arbeit.

FISCHER.

Diätetisches Kochbuch. Von **Dr. Otto Dornblüth.** 2. Auflage. Würzburg 1905, A. Stübers Verlag.

Verf. hat die in langjähriger Tätigkeit als Anstaltsarzt gesammelten Erfahrungen in dem vorliegenden Buche niedergelegt, das sich als ein durchaus praktisches und für den Praktiker empfehlenswertes Werk darstellt. Dasselbe enthält in 2 Abschnitten: 1. Grundregeln. 2. Die verschiedenen Gruppen der Nährstoffe. 3. Die einzelnen Nahrungsmittel. 4. Die gesunde Ernährung. 5. Kochvorschriften 6. Speisezettel für verschiedene Jahreszeiten. 7. Die Kost in verschiedenen Krankheiten und Zuständen, darunter Säuglingsernährung, Ernährung der Mütter und künstliche Ernährung.

L.

Feuilleton.

Zur Förderung unserer Geburts- und Wochenbettshygiene.

Von **Dr. Emil Ekstein,** Frauenarzt, Teplitz.

... the confinement-room is the woman's battle-field. (Dolse.)

Wohl und Wehe unserer Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugebornen sind in einer vollkommen gesunden Geburts- und Wochenbettshygiene gelegen.

Geburts- und Wochenbettshygiene ist ein in sich außerordentlich fest geschlossener und streng harmonisch gegliederter Organismus, der durch den Stand der Ärzte, Hebammen und Wochenpflegerinnen repräsentiert wird. Dieser Organismus krankt aber bei uns in Österreich an Seele und Leib! Diesen Organismus zur Gesundung und auf deren Basis einzig und allein zur erfolgreichen Tätigkeit zu bringen, bedarf es eines vollständigen Bruches mit allen Halbheiten, Voreingenommenheiten und Mängeln, die in der langen Zeit ihres Bestehens leider nur zu fest Wurzel gefaßt haben.

Ist eine endgültige Regelung auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene den Intentionen unserer nimmerrastenden wissenschaftlichen Forschung vollkommen entsprechend und muß dieselbe als eine vom wissenschaftlichen Standpunkte vollkommen einwandfrei berechtigte betrachtet werden, so muß vom humanitären sowohl als auch vom sozialen Standpunkte aus die Erfüllung dieser Forderung durch den Staat als eine geradezu selbstverständliche angesehen werden, gilt es doch die Wahrung des kostbarsten Kapitals des Staates — des Menschen.

Je entschiedener, schneller und vollständiger der Staat da werktätig eingreifen wird, um so schneller wird unsere Geburts- und Wochenbettshygiene in Österreich auf die ihrer enormen Bedeutung für das Volkswohl gebührende Höhe endlich gebracht werden können.

Durch 13 Jahre ist eine Reihe von Autoren — darunter auch ich — in einer großen Reihe von Publikationen mit leider nur teilweisem Erfolge bestrebt gewesen, auf dem genannten Gebiete zu Nutz und Frommen der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugebornen unserer Monarchie in allseits einmütig gefühlter und unumgänglich nötiger Weise Wandel zu schaffen.

Alle Fragen auf dem großen Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene sind vom wissenschaftlichen Standpunkte geklärt; das Bedürfnis nach einer endlich allgemeinen Realisierung dieser unserer wissenschaftlichen Errungenschaften muß dementsprechend ein ganz gewaltiges sein.

Ergibt die statistische Berechnung der Erkrankungen und Todesfälle an Kindbettfieber vom Jahre 1889—1900, daß in dieser Zeit in Österreich nicht weniger als 15.580 Frauen an Kindbettfieber erkrankt und von diesen 8622 Frauen dieser Erkrankung zum Opfer gefallen, gestorben sind, und wissen wir genau, daß diese Ziffern einer aus den verschiedensten Gründen mangelhaften Statistik entsprechend viel zu niedrig gegriffen sind, so muß der Gedanke zur Überzeugung werden, daß in einer gedeihlichen Lösung aller Fragen auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene nicht nur eine dringende Erfüllung wissenschaftlich einwandfrei berechtigter Forderungen, sondern in erster Linie die Erfüllung eines Teiles der

berechtigten sozialen Forderungen gelegen und gleichzeitig streng geboten ist.

Die Erkenntnis, daß Infektionskrankheiten gerade durch soziale Reformen und Wohlfahrtseinrichtungen am rationellsten bekämpft und beseitigt werden können, hat in neuester Zeit in der Frage der Tuberkulosebekämpfung eine ganz gewaltige Bewegung auch in unserer Monarchie geschaffen, der von vornherein, trotz der noch zahlreichen ungelösten Fragen in der Pathologie und Therapie der Tuberkulose überhaupt dennoch ein großer, allgemeiner Erfolg gesichert sein muß.

Um wieviel größer müßte dieser Erfolg für die Bekämpfung der Kindbettfiebers sein, wenn den zu diesem Zwecke lediglich von der Geburts- und Wochenbettshygiene gestellten Anforderungen entsprochen werden würde, nicht stückweise etwa, sondern in einem gewaltigen Zuge!

Den besten Beweis für diese Behauptung erbringen unsere Gebäranstalten, in denen vor weniger als einem halben Jahrhundert die Sterblichkeit an Kindbettfieber bis zu 30°/₀ betrug, in denen heute, nach Einführung einer in allen ihren Teilen vollkommen geregelten Geburts- und Wochenbettshygiene, die Sterblichkeit auf 0°/₀ gesunken ist, ein Todesfall an Kindbettfieber also zu den größten Seltenheiten gehört!

Bei diesen eklatanten Erfolgen unserer Gebäranstalten muß es daher nicht nur der sehnlichste Wunsch eines jeden Arztes, sondern vielmehr eines jeden Menschen sein, die Sterblichkeit an Kindbettfieber, wie sie außerhalb der Gebäranstalten in ganz bedeutendem Maße noch besteht, ebenfalls zum völligen Schwinden zu bringen.

Eingedenk der Tatsache, daß es ein Österreicher — SEMMELWEIS — war, der in Wien den ersten Anstoß zur erfolgreichen Bekämpfung des Kindbettfiebers auf Grund seiner Erfahrungen gab und diese Errungenschaft von SEMMELWEIS den Ursprung der Begründung unserer modernen Anti- und Asepsis überhaupt bedeutet, kann und darf kein Zweifel bestehen, daß es in Österreich möglich sein wird, auch außerhalb der Gebäranstalten den Anforderungen unserer Geburts- und Wochenbettshygiene im Sinne von SEMMELWEIS und seiner ganzen Richtung gerecht zu werden.

Diese Sanierung der Geburts- und Wochenbettshygiene außerhalb der Gebäranstalten durchzuführen, ist eine Verpflichtung des Staates, der κατ' ἐξοχήν eine gewisse Ingerenz auf die ganze Geburts- und Wochenbettshygiene ausübt. Der Stillstand in der weiteren Ausgestaltung und Verbesserung unserer Geburts- und Wochenbettshygiene über die vier Wände der Gebäranstalten hinaus ist unverkennbar und der Grund dafür liegt einzig und allein in einer mangelhaften Initiative von Seite des Staates, die aus dem Fehlen des „Infühlungtretens“ mit den tatsächlichen Bedürfnissen resultiert.

Es hieße ganze Bände schreiben, um all die Bedürfnisse auf genanntem Gebiete zu schildern und deren Berechtigung auf baldigste Erfüllung zu begründen; sie wurden bereits vielfach geschildert und auch von wissenschaftlich maßgebender Seite anerkannt. Ebenso bekannt und anerkannt sind auch all die Erfordernisse, um diese Bedürfnisse endlich aus der Welt zu schaffen, um die Sanierung unserer so notleidenden Geburts- und Wochenbettshygiene in Österreich in einwandfreier Weise durchzuführen. Und es sei gleich bemerkt, daß die Durchführung dieser Sanierung mit keinen so exorbitanten materiellen Opfern verbunden wäre, wie diese bei anderen staatlichen Aktionen oft erforderlich sind. Eine Einbeziehung der für diese Sanierung nötigen Geldmittel in die momentan projektierte Losanleihe würde diese gewiß nicht allzuhoch belasten.

Es liegt mir fern, den ganzen Organismus der Geburts- und Wochenbettshygiene detailliert zu erörtern; er ist allen Interessierten zur Genüge bekannt, und so erübrigt es mir, nur in Kürze diejenigen Reformen anzuführen, deren Durchführung mit einer Sanierung unserer Geburts- und Wochenbettshygiene nahezu identisch zu nennen ist.

1. Für die für alle Kronländer entsprechende Aus- und Umgestaltung unserer Geburts- und Wochenbettshygiene ist eine eigene Abteilung im Ministerium des Inneren resp. im Obersten Sanitätsrat zu schaffen, der sämtliche Vorstände der geburtshilflichen Kliniken und Hebammenlehranstalten anzugehören haben. Zu den Beratungen sind als Experten auch praktizierende Geburtshelfer aus sämtlichen Kronländern zuzuziehen.

2. Einheitliche Organisation der poliklinischen Geburtshilfe an sämtlichen geburtshilflichen Kliniken und Hebammenlehranstalten.

3. Reorganisation der Hebammenlehranstalten und des Hebammenunterrichtes. Verstaatlichung sämtlicher Hebammenlehranstalten, Unterstellung derselben an einen ärztlichen Direktor. Das gesamte Lehrpersonal erhält Wohnung in der Anstalt und ist derart honoriert, daß es ausschließlich dem Lehrberufe leben kann. Sämtliche Lehranstalten sind in genügender Weise mit Dienstpersonale auszustatten, das alle groben Arbeiten zu verrichten hat, so daß die Schülerinnen lediglich zu Verrichtungen herangezogen werden, die zu ihrem Studium in direktem Bezuge stehen. Gründung einer Hebammenlehranstalt in Schlesien, Teilung der Hebammenlehranstalt in Prag in eine deutsche und tschechische, resp. Gründung einer deutschen Hebammenlehranstalt in Böhmen. Dem Hebammenstand sind moralisch reifere und intellektuell höherstehende Kräfte als bisher zuzuführen. Dem Leiter der Hebammenlehranstalt obliegt es, die Befähigung zur Aufnahme als Schülerin durch eine Aufnahmsprüfung zu konstatieren, und ist zur Aufnahme unbedingt die geistige Qualifikation nötig, die nach erfolgreicher Absolvierung einer mittleren oder höheren Töchterschule erwiesen wird. Die Dauer des Lehrkurses ist an sämtlichen Hebammenlehranstalten einheitlich auf ein Jahr zu bemessen und für die Teilnahme an einem Lehrkurs der „Numerus clausus“ einzuführen. Der ganze Lehrkurs hat in zwei Abteilungen zu zerfallen, die je fünf Monate dauern. In der ersten Abteilung werden den Schülerinnen die Grundbegriffe der Geschichte der Geburtshilfe, der Hygiene im allgemeinen, der Anatomie, Histologie und Physiologie des menschlichen Körpers beizubringen sein. Anschließend daran kommen die spezielle Anatomie des weiblichen Beckens und die spezielle Physiologie der Geschlechtsorgane, sowie die Entwicklung und das Weiterwachstum des menschlichen Eies nebst den Veränderungen des mütterlichen Organismus während der Schwangerschaft zur Sprache. Hierauf folgt die Lehre vom normalen Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettsverlauf im Zusammenhang mit der Lehre über Anti- resp. Asepsis, Desinfektion nebst Infektionslehre (Bakteriologie). Mit der Lehre über Pflege normaler Gebärender, Wöchnerinnen und Neugeborner schließt der erste Teil des Lehrkurses. In den vierwöchentlichen Ferien, die diesem Kurse folgen, findet eine Prüfung statt. Schülerinnen, die diesen ersten Kursus besucht und die Prüfung mit Erfolg abgelegt haben, die zweite Hälfte des Kurses aber nicht besuchen wollen oder können, sind als staatlich geprüfte Wochenpflegerinnen zu diplomieren. Der zweite Teil des Lehrkurses umfaßt den geburtshilflichen Unterricht im engeren Sinne, die geburtshilfliche Diagnosen- und Untersuchungstechnik, die pathologischen Verhältnisse der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes, eine Darstellung der allgemeinen Krankheitslehre, die Pflege Kranker überhaupt und im speziellen die Pflege kranker Schwangerer, Gebärender, Wöchnerinnen und Neugeborner, sowie die erste Hilfe bei Unglücksfällen u. s. m. Nach der zweiten Abteilung des Kurses findet in den zweiten vierwöchentlichen Ferien die zweite Prüfung statt, wobei die Hebammenschülerin in der Anstalt und Poliklinik ihre Befähigung nachzuweisen hat, worauf ihre Diplomierung als Hebamme oder Geburtshelferin stattfindet.

4. Neuorganisation des Hebammenstandes. In jeder Gemeinde eines jeden Bezirkes eines jeden Kronlandes ist je nach der Bevölkerungsdichte eine oder mehrere Hebammen staatlich anzustellen, in den Städten für ad maximum 3000 Einwohner eine Hebamme.

Der Gehalt dieser staatlich angestellten Hebammen wird in den Städten mit 900 Kronen, in den Landgemeinden mit 700 Kronen fixiert und steigt von 3 zu 3 Jahren um 50 Kronen bis zum Maximalbetrag von 1200 Kronen resp. 900 Kronen. Für die Verrichtungen der Hebamme in der Armenpraxis überhaupt ist eine neue, den Mühen und der Verantwortlichkeit entsprechende Gebührentaxe zu schaffen, insbesonders sind für die Armenpraxis die Desinfektions- und Labemittel sowie die Watte gratis beizustellen. Für die Kranken-, Unfall-, Alters- und Invaliditätsversorgung der Hebammen ist in auskömmlicher Weise staatlich zu sorgen und als Stützpunkt für diese Vereinigung sämtlicher Hebammen Österreichs wäre der Wiener Hebammenverein mit seinen Sektionen wenn tunlich zu verstaatlichen. Die Hebammen eines jeden Bezirkes bilden zu diesem Zwecke einen Verband, der unter Kontrolle des Bezirksarztes steht, welcher aber

auch für wissenschaftliche Anregung in diesem seinem Verbande Sorge zu tragen hat.

5. Organisation der Wochenpflege. Die Wochenpflege darf nur von staatlich diplomierten Wochenpflegerinnen ausgeübt werden, für welche eigene Dienstesvorschriften zu schaffen sind, die den Wirkungskreis derselben festsetzen. In jeder Stadt mit eigenem Krankenhaus und in jedem Bezirkskrankenhause ist eine Gebärabteilung unter Leitung eines Facharztes zu schaffen. Diese Gebärabteilung dient auch zur Aufnahme dürftiger Wöchnerinnen und Neugebornen als Wöchnerinnenasyl. In dieser Abteilung ist stets eine entsprechend große Zahl von Wochenpflegerinnen zu beschäftigen, die jederzeit in den Dienst der Bevölkerung des betreffenden Bezirkes gestellt werden können.

6. Die geburtshilfliche Statistik eines jeden Bezirkes ist nicht nur von den Hebammen, sondern auch von den Ärzten zu führen, um wahre Ziffern und Genauigkeit dieser Statistik zu erreichen.

Die Langatmigkeit und stetige Unvollständigkeit, mit der sich bei uns in Österreich Reformen gerade auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene vollziehen, veranlaßten mich, dieses Kapitel unseres österreichischen Sanitätswesens wieder einmal anzuschneiden, in Ser Hoffnung und bestimmten Voraussetzung, daß bei der gegenwärtigen strömung, die vom Staate sowohl als auch von der Bevölkerung angestrebte Realisierung verschiedener Forderungen auf dem Gebiete der rogenannten Volkskrankheiten betreffend, auch auf das Kindbettfieber desp. dessen Bekämpfung entsprechend Rücksicht genommen und auf diese Weise mit dem Kindbettfieber, dem Würgengel in der Wochenstube, dem bisherigen Schlachtfelde der Frauen, ein dauernder und gesicherter Waffenstillstand endlich einmal geschlossen werde.

Zum Kongreß für innere Medizin.

Von **Dr. S. Federn**, Wien.

Am 12. April wird in Wiesbaden der Kongreß für innere Medizin zusammentreten; ich halte es daher an der Zeit, ein Erlebnis, das ich im vorigen Jahre auf dem Kongreß in Leipzig hatte, zu besprechen, und zwar nicht in meinem, sondern im Interesse des Kongresses. Ich hatte für den Leipziger Kongreß einen Vortrag: „Resultate der Blutdruckmessung an Kranken", angemeldet. Ich ging nicht auf den Kongreß, um dort Lorbeeren zu ernten, dazu hatte ich Erfahrung genug; ich habe gesehen, daß selbst VIRCHOW bereits vor 10 Jahren nur durch seinen Namen die Aufmerksamkeit der Versammlung fesseln konnte, nicht durch die Kraft seines Vortrages, und ich war nicht jünger als VIRCHOW vor 10 Jahren. Ich ging nach Leipzig, weil meine wissenschaftlichen Arbeiten eigenartig sind und ein eigenes Geschick erfahren haben. Eigenartig sind sie insofern, als sie, gleich den Resultaten der Bakteriologie, streng wissenschaftlich und eben so fruchtbar und notwendig für die praktische Medizin sind; ein eigenes Geschick hatten sie, weil ihre Resultate von der Schulmedizin gänzlich ungeprüft und unbeachtet blieben. Hätten meine Arbeiten nur theoretischen Wert gehabt, so wäre es fast unnötig gewesen, sich um ihre Anerkennung zu bemühen. Der Theoretiker kann je nach seiner Persönlichkeit resigniert oder verstimmt abwarten, bis seine Arbeiten in den Bestand seiner Wissenschaft aufgenommen werden, einen kleinen Kreis, der ihn würdigt, findet er in der Regel; anders steht es bei wichtigen Fortschritten in der praktischen Medizin; hier handelt es sich um das Wohl zahlreicher Kranken, hier ist es Pflicht, das Licht nicht unter dem Scheffel stehen zu lassen, und auch den Kollegen gegenüber besteht diese Pflicht, denn jeder Fortschritt der praktischen Medizin hebt die Tatkraft des Arztes und die Freude an dem Berufe, wie ich es an mir selbst erfahren habe. Darum, nur darum entschloß ich mich, nach Leipzig zu gehen, um dem Kreise der Kliniker und Ärzte, der auf dem Kongresse versammelt ist, meine Arbeiten näher zu bringen. Der Vortrag, den ich ankündigte, hing mit dem Hauptthema des Kongresses enge zusammen, denn fast 2 Tage wurde über Arteriosklerose und Blutdruck verhandelt, und doch ließ man mich nicht meinen Vortrag halten, ja noch mehr, ich darf sagen, es wurde mit das Wort entzogen, denn NOTHNAGEL zeigte mir am Abend des ersten Tages, daß ich als Vortragender vorgemerkt sei, ich wurde also von den späteren Vorsitzenden gestrichen. Wenn dieses in jedem Falle auffällig ist, so durfte ich wohl vor den anderen das Recht beanspruchen, denn kein anderer Teilnehmer des Kongresses hat so viel, und ich darf sagen, so Wichtiges über Blutdruck [1]) publiziert wie ich, und wenn ich neben der wissenschaftlichen Berechtigung auch eine menschliche Berücksichtigung anführen darf, so war ich das älteste Mitglied des Kongresses und eigens zu diesem Zwecke von Wien nach Leipzig gereist. Dieses mein Erlebnis; und um meinem Vorschlage jede andere Unterstellung zu entziehen, setze ich gleich hinzu, daß meine Verstimmung über diese Hintansetzung weder intensiv noch andauernd war; ich ließ meinen Vortrag im Kongreßbericht erscheinen und habe dadurch meiner Absicht vielleicht besser genügt, denn ich bin kein Redner, der sicher ist, daß er bei einem ungünstig gesinnten Auditorium die Herzen der Hörer zwingt, und auch in einer wissenschaftlichen Debatte trägt eine scheinwissenschaftliche Zungenfertigkeit leicht den Sieg davon.

Wenn also auch die Sache für mich persönlich keine Bedeutung hat, so ist die allgemeine Bedeutung des Vorganges doch groß genug, um zu untersuchen, wieso er möglich ist. Man bedenke nur; ein Autor vertritt seit Jahren mit wissenschaftlichem Ernst, den niemand meinen Arbeiten abspricht, eine Lehre, die von der Schule ignoriert wird; er geht auf den Kongreß, um diese Lehre zu vertreten, und der Kongreß, der doch ebenso die Freiheit der Forschung gewähren muß, wie die Schule sie verlangt, macht den Autor mundtot, indem er ihm den Vortrag nicht gestattet, gewissermaßen das Wort entzieht.

Wenn ein solches Vorgehen in jeder Wissenschaft dem Zwecke des Kongresses widerspricht, so ist es auf dem Kongresse für innere Medizin, welche zugleich praktische Medizin ist, doppelt verwerflich, denn es ist nicht nur ein Attentat auf die Freiheit der Wissenschaft, sondern schädigt auch möglicherweise die Allgemeinheit an ihrem höchsten Gute, der Gesundheit.

Wie notwendig aber wissenschaftliche Kongresse neben der Schule sind, ergibt sich aus folgendem:

Die Schule ist nicht nur notwendig für den Staat, um den Stand zu bilden, ich stelle sie hoch im Interesse der Wissenschaft. Sie ist es, die zumal in sterilen Zeiten nach des Dichters Wort „zu dem Bau der Ewigkeiten Sandkorn für Sandkorn reicht"; sie kann auch, wenn von einzelnen Männern der Schule tiefgreifende Umwälzungen der Wissenschaft ausgehen — und diese gehen immer nur von einzelnen aus —, mit ihrer ganzen Autorität die neue Lehre unterstützen, so daß sie bald die herrschende wird. Wir wissen aber auch, daß die Schule schon oft ein Hemmschuh für den Fortschritt der Wissenschaft war, wenn dieser von außerhalb der Schule kommt; es entwickelt sich in der Schule aus leicht begreiflichen Gründen, auf die ich nicht eingehen will, ein Infallibilitätsglaube, der nicht nur ungläubig, was berechtigt wäre, sondern feindlich allem entgegentritt, was der an der Schule herrschenden Lehre widerspricht, besonders wenn die neu gefundene Lehre schwierig zu erfassen und nach der gewohnten Methode nicht nachzuprüfen ist. Wir wissen, wie spät die Hydropathie rezipiert wurde; wenn es der Bakteriologie besser ergangen ist, so hat sie es nicht der Gunst der Schule zu danken, sondern weil KOCH einen selbständigen Wirkungskreis außerhalb der Schule durch BISMARCK erhielt. Man verweise nicht auf die Presse, welche jeder neuen Lehre offen steht; sie ist da, um sie aufzunehmen, aber nicht um sie zu würdigen; es ist keinem Redakteur oder Referenten eines medizinischen Blattes zu verübeln, wenn er eine so weitgehende Selbständigkeit des Urteils nicht besitzt; durch den beständigen Verkehr und Zusammenhang mit der Schule ist er beruflich und geistig von ihr abhängig, und noch weniger ist eine solche Selbständigkeit des Urteils vom Gros der Ärzte zu verlangen. Ganz anders wirkt eine neue Lehre, wenn der Finder derselben auf einem Kongresse sie verkündet; die Schule selbst oder wenigstens einzelne Glieder derselben werden durch die

[1]) Meine Arbeiten über Blutdruck: Blutdruck und Darmatonie. Wien 1894, Franz Deuticke. — Der normale Blutdruck an der Radialis. „Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 21. — Die Blutdruckmessung am Menschen. „Wiener klin. Wochenschrift", 1903, Nr. 33. — Über Influenza. „Wiener med. Wochenschr.", 1901, Nr. 24. — Über das Wesen des Choleraprozesses und dessen Behandlung. „Wiener Med. Presse", 1896, Nr. 25. — Die Bedeutung des Blutdruckes für die Pathologie. „Wiener Klinik", 1903, H. 9. — Hämorrhoidalzustände und Krankheitsdisposition. „Wiener Klinik", 1899, H. 6 und noch andere.

Diskussion zur Prüfung der Lehre angeregt werden, denn nur die beschränktesten oder engherzigsten Glieder müssen oder wollen der Wahrheit widerstreben.

Ich glaube somit genügend begründet zu haben, daß die größtmögliche Freiheit auf wissenschaftlichen Kongressen nicht nur ein selbstverständliches Recht der Teilnehmer, sondern für den Zweck der Kongresse, die Förderung der Wissenschaft, notwendig ist, und ich gehe gleich auf die Ursache, welche diese Freiheit beschränkt, und auf die mögliche Abhilfe gegen diese Beschränkung ein.

Die Geschichte des Parlamentarismus, besonders die der Gegenwart, hat gezeigt, von welcher fundamentalen Wichtigkeit die Geschäftsordnung eines Parlamentes ist; sie allein schützt bei redlicher Durchführung die Mitglieder vor parteilicher oder privater Bevorzugung durch den Vorsitzenden. Dasselbe gilt auch für wissenschaftliche Versammlungen; die Normen der Geschäftsordnung können den Mitgliedern zahlreiche Beschränkungen vorschreiben, aber man kennt sie voraus und muß sich darnach einrichten. Vor allem muß jedem Teilnehmer sein Recht des Vortrages gesichert sein; es kann durch Normen geregelt sein, aber es darf nicht vom Belieben des Vorsitzenden abhängen. Auf dem Kongresse für innere Medizin hat aber jeder Vorsitzende das Recht, die Reihe der Vortragenden nach seinem Gutdünken zu bestimmen, und wenn er, wie bei mir, einen Autor, der über das wichtigste Thema des Kongresses am meisten und mit zum mindesten anscheinendem Erfolge gearbeitet hat, nicht vortragen läßt, so begeht er wohl einen moralischen, aber keinen juridischen Mißbrauch der Amtsgewalt.

Ich glaube niemand ist heute so naiv, zu zweifeln, daß auf irgend einem Kongresse noch andere Interessen sich geltend machen können als rein wissenschaftliche. Durch das von keiner Norm wesentlich beschränkte Recht des Vorsitzenden, über die Wortzulassung nach Gutdünken zu verfügen, ist zum mindesten dem Versuche, diesen zu beeinflussen, Tür und Tor geöffnet; jeder Vorsitzende, der die Wahrung seiner Integrität achtet, muß wünschen, daß er vor solchen Versuchen durch die Geschäftsordnung geschützt sei. Ich schlage daher vor, daß die Geschäftsordnung und nicht der Vorsitzende die Reihenfolge der Redner bestimme. Es wäre ja möglich, daß alle angemeldeten Vorträge gehalten werden könnten, wenn sich der Kongreß in Gruppen teilen würde; es liegt mir aber ferne, einen bestimmten Vorschlag zu machen. Es wäre mir aber eine Genugtuung, zu wissen, daß mein Erlebnis künftige Teilnehmer vor Ähnlichem schützt, und ich hoffe, daß der Kongreß in Wiesbaden die angeführte, für den Zweck des Kongresses gefährliche Norm ändert. Ich weiß nicht, ob auch auf andern wissenschaftlichen Kongressen dieselbe Willkür möglich ist; in diesem Falle wird es ein Verdienst des Kongresses für innere Medizin sein, wenn er zuerst hier Wandel schafft.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus italienischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

R. Accademia Medica di Roma.

ALESSANDRI: Solitärtuberkel der linken ROLANDOschen Region. Trepanation. Heilung.

Ein 32jähriger Mann war mit linksseitiger Kniegelenkentzündung zur Aufnahme gelangt. Während seines Spitalsaufenthaltes bot er plötzlich einmal das Symptomenbild der Epilepsie mit dem Typus JACKSON dar, das sich nunmehr häufiger wiederholte, jedesmal von einer Aura eingeleitet. Bei der objektiven Untersuchung fand man eine andauernde und bemerkenswerte Parese der rechten oberen Extremität, besonders ausgesprochen am Vorderarme und hier wieder an den drei ersten Fingern. Bei der Perkussion der linken temporoparietalen Region fand man Schallverschiedenheit und lokale Schmerzhaftigkeit. Dieser Befund blieb ein Jahr lang konstant. Irgend welche vorhergegangene Infektion war ausgeschlossen. Ophthalmoskopischer Befund negativ. Eine antisyphilitische Kur war ohne Erfolg. Verf. unternahm daher die Kraniektomie nach DURANTE und fand unter der Dura eine derbe, fibröse, scharf begrenzte, taubeneigroße Geschwulst, die er entfernte. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß man es mit einem solitären Tuberkel zu tun habe. Der Kranke genas.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

BIONDI: Die Therapie des Leberechinokokkus.

Verf. rät für unilokuläre, vereinzelte und multiple, nicht vereiterte Zysten, die nicht angewachsen sind, Laparotomie und komplette Entleerung an, hierauf Injektion ein 1%igen Silberfluorlösung, Naht, Drainage. Sind die Zysten verwachsen, aber nicht vereitert, so entleere man sie ohne Laparotomie und injiziere die Silberlösung. Bei nicht vereiterten, adhärenten oder freien, vielkammerigen Zysten erfolge Laparotomie, Entleerung, Irrigation mit physiologischer Kochsalzlösung oder Silberinjektion, Naht des Sackes mittelst Beutelnaht. Unitäre oder multiple Zysten werden nach LINDEMANN-LANDAU beutelförmig vernäht nach Vornahme einer Silberinjektion; kleine, freie, gestielte Zysten sollen enukleiert werden; hierauf Naht. Auch ein gestielter, von Zysten durchsetzter Leberlappen werde exstirpiert. Ein alveolärer Echinokokkus, der nicht radikal zu behandeln ist, werde so weit als möglich exzidiert, das Zurückbleibende mit Silberlösung nachbehandelt.

Società Lancisiana di Roma.

GIUDICEANDREA: Veränderungen der Schilddrüse bei Chlorose.

Bei 42 Fällen von mittelschwerer Chlorosis war die Schilddrüse in 16 Fällen deutlich vergrößert, sehr vergrößert in weiteren 4 Fällen. Bei 28 Fällen schwerer Chlorosis war diese Vergrößerung 14mal deutlich zu beobachten und in 13 Fällen sehr bedeutend. Die Schilddrüse hat also in mehr als der Hälfte der Fälle ein vergrößertes Volumen gezeigt; dieser Prozentsatz vermehrt sich bei schweren Chlorotikern. In 35 der 70 studierten Fälle, bei denen sich die Vergrößerung mehr oder weniger deutlich wahrnehmen ließ, fehlten BASEDOWsche Symptome, während in anderen, ziemlich schweren 22 Fällen die Okularsymptome und die Tachykardie vorhanden waren. Nur bei 13 der 70 beobachteten Fälle war die Schilddrüse in keiner Weise bei der Palpation zu fühlen und diese 13 waren leichte Chlorosisfälle. Ein Verhältnis zwischen dem Zustand der Schilddrüse und der Menstruation ließ sich nicht feststellen. Bei der Erklärung dieser Tatsachen muß man sehr vorsichtig sein; es ist nicht leicht zu bestimmen, ob der chlorotische Zustand von der Alteration der Schilddrüse abhängt oder umgekehrt diese eine Folge des ersteren ist. Bei einigen der beobachteten Fälle schien letztere Hypothese das meiste für sich zu haben und man könnte vielleicht sagen, daß die Vergrößerung der Schilddrüse eine wahre Hypertrophie sei, welche die krankhaften Folgen der Chlorosis auszugleichen versucht.

Arcangeli betrachtet die Chlorosis als eine ovarische Intoxikation. Das Ovarium hat eine innere Sekretion, welche, wenn das Ovulum befruchtet ist, der Entwicklung und Ernährung des Embryo dient und die Nahrung von der Mutter auf den letzteren überträgt. Wenn das Ovulum nicht befruchtet ist, verursacht diese innere Sekretion die Menstruation und wird mit derselben ausgeschieden. Ein Überschuß dieser Sekretion oder ein Fehler in der Elimination derselben oder beide sind die Ursache der spezifisch-chronischen Intoxikation. Die krankhaften Phänome der Chlorotiker haben eine gewisse Ähnlichkeit mit der „Prämenstrualintoxikation." Die Vergrößerung der Schilddrüse bei Chlorotikern kann als ein Kompensationsvorgang aufgefaßt werden.

R. Bastianelli hat 9 Fälle von Chlorosis beobachtet bei Mädchen, die einen wahren Kropf hatten. Es handelte sich um wirkliche große Kröpfe, nicht um vorübergehende oder unbedeutende Vergrößerungen der Schilddrüse, wie solche oft auch bei nicht chlorotischen Mädchen zu sehen sind. Die Entwicklung der Kröpfe ging ziemlich rasch vor sich und die Chlorosis war besonders in 3 Fällen sehr schwerer Natur.

Società medico-chirurgica di Modena.

MORI: Die Hautnaht mittelst der MICHELschen Häkchen.

In Anbetracht der Schwierigkeit, die Haut wirklich zu desinfizieren und der Tatsache, daß die Stichkanäle häufig den Ausgangspunkt von Infektionen werden, tritt Verf. für die Verwendung der Hautnaht nach MICHEL ein. Auf der chirurgischen Station GATTIS ist dieses Verfahren in letzter Zeit 400mal zur Anwendung gelangt, und zwar 212mal in der Inguinalgegend, 83mal am Bauche, 31mal am Halse, Thorax und Rücken, 24mal am Skrotum, 50mal an den unteren Extremitäten. Verf. gelangt im ganzen genommen zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Heilungen per primam sind nach Anwendung der MICHELschen Hautnaht häufiger; sowohl septische als aseptische Eiterungen sind hierbei selten. Die Naht selbst ist entschieden bedeutend schneller fertiggestellt. Bei Operationen ohne Narkose erspart die MICHELsche Naht den Kranken Schmerz. Bei einiger Übung läßt sich das Auftreten der punktförmigen Nekrosen (Dekubitus) vermeiden. Kontraindikationen der MICHELschen Naht sind allzu große Dicke und Spannung der Wundränder.



E. CARIANI: Das Albumimeter von ESBACH.

Es besteht kein Verhältnis zwischen der Eiweißbestimmung nach ESBACH und jener durch Wägung; in einigen Versuchen war die Differenz nicht sehr erheblich, in anderen indessen fand Verf. mit dem ESBACHschen Instrument zwei- oder dreimal mehr oder weniger Albumin, als bei der Bestimmung durch Wägung. Dieser erhebliche Unterschied ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen; Einfluß hat vor allem der Moment des Experiments, Zimmertemperatur, Verdünnung des Urins, Densität desselben. CARIANI hält daher die ESBACHsche Methode nur für geeignet, um eine ungefähre Idee von dem Eiweißgehalt des Harns zu geben.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 30. März 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

J. DREY stellt ein 3jähriges Kind mit einem angeborenen Vitium cordis, wahrscheinlich einem Septumdefekt in Kombination mit Mitralinsuffizienz, vor. Das Kind war bis zum 9. Lebensmonat cyanotisch, hat Rachitis und angeblich mehrmals Pneumonie überstanden. Die Herzdämpfung reicht vom rechten Sternalrand bis in die vordere Axillarlinie. Die Auskultation ergibt blasendes systolisches Geräusch über der Herzspitze und über dem Sternum, dasselbe Geräusch über der Aorta, verstärkten zweiten Pulmonalton, Puls regelmäßig, Andeutung von Trommelschlägelfingern.

K. Hochsinger bemerkt, daß bei angeborenen Herzfehlern der zweite Pulmonalton dann akzentuiert ist, wenn eine Lücke im Septum ventriculorum vorhanden oder der Ductus Botalli offen ist, wodurch in die Pulmonalarterie mehr Blut als in der Norm zufließt. Ist die Lücke im muskulären Anteile des Ventrikelseptums, so kann ein Geräusch fehlen, weil die Lücke durch die sich kontrahierende Muskulatur verschlossen wird. Die Cyanose entsteht dabei dann, wenn der Druck im rechten Ventrikel größer ist als im linken, wodurch viel venöses Blut in den Körperkreislauf gelangt.

M. Sternberg weist darauf hin, daß er dieselbe Ansicht auf dem Kongresse in Wiesbaden vertreten habe.

F. SPIELER führt 4 Kinder vor, welche eine Kombination von Exophthalmus mit adenoiden Vegetationen zeigen und meint, daß ersterer vielleicht durch eine retrobulbäre Lymphstauung, verursacht durch Verlegung von Lymphbahnen infolge der adenoiden Wucherung, hervorgerufen sein könnte.

N. SWOBODA demonstriert einen Apparat zur Milchkühlung. Die gekochte Milch wird in dem Kochgefäße in einen mit Eiswasser gefüllten Blechbehälter gestellt, welcher von einem Holzmantel umgeben ist. Der Deckel des Gefäßes wird mit einem Gewichte beschwert, damit das auf einem Rastel stehende Gefäß nicht vom Auftriebe umgestürzt wird.

K. HAMBURGER: Wie können wir das Selbststillen der Mütter fördern?

Nach dem statistischen Jahrbuche der Stadt Wien starben im Jahre 1902 in Wien 34.000 Menschen, darunter 10.000 Säuglinge, während die Tuberkulosesterblichkeit 7000 Fälle betrug; die Säuglingssterblichkeit bildet also ein Drittel der Gesamtmortalität. Diese hohe Kindersterblichkeit hängt mit ungünstigen hygienischen Verhältnissen und mit der verbreiteten künstlichen Ernährung zusammen. Die Ursache, daß die Mütter nicht selbst stillen, sind Unwissenheit, Gleichgültigkeit, Bequemlichkeit, Unmöglichkeit aus sozialen Gründen. In vielen Fällen liegt die Schuld daran, daß Hebammen und sogar Ärzte die künstliche Ernährung empfehlen, während es doch ihre Pflicht wäre, unter allen Umständen das Selbststillen als die natürlichste und dem Kinde zuträglichste Ernährung zu empfehlen. Dem Überhandnehmen der künstlichen Ernährung wäre nach der Ansicht des Vortr. durch Belehrung der Hebammen und der Mütter zu steuern, eventuell sollte das von Seite der Hebammen ohne ausreichenden Grund erfolgende Anraten der künstlichen Ernährung als Kunstfehler erklärt und unter Strafe gestellt werden.

In der Diskussion, an welcher sich die Herren HOCK, Doz. EISENSCHITZ, SCHLICHTER, L. TELEKY, Prof. ESCHERICH, HOCHSINGER, SWOBODA, Prof. STERNBERG, Prof. PFAUNDLER, KAUP, EIS und S. WEISS beteiligten, wurde von den meisten Rednern die Ansicht vertreten, daß hier nicht durch Strafbestimmungen, sondern durch Belehrung der Hebammen und Unterstützung selbststillender Mütter etwas zu erreichen sei; letzteres wird vom Verein „Säuglingsschutz" geübt. Es wäre empfehlenswert, dafür einzutreten, daß in dem neuen Entwurfe des Arbeiterkrankenversicherungsgesetzes die Dauer der Unterstützung der Wöchnerinnen auf 6 Wochen ausgedehnt werde. Nach den Beobachtungen an der Grazer Kinderklinik ist in den letzten Jahren die Zahl der selbststillenden Mütter und die durchschnittliche Stillungsdauer zurückgegangen, während nach den Beobachtungen an der dortigen geburtshilflichen Klinik 92% der Frauen zu stillen fähig waren.

Sitzung vom 6. April 1905.

K. REITTER stellt aus der Klinik v. SCHRÖTTERS einen Mann mit einer wahrscheinlich auf luetischer Basis beruhenden, erworbenen Trikuspidalisinsuffizienz vor, welche folgende Symptome bietet: Herzvergrößerung, systolisches Geräusch über dem Herzen mit musikalischem Charakter, positiver Puls der Hals- und Lebervenen, zeitweise Ödeme und Albuminurie, ausgesprochene Zeichen von Myokarditis, die sich zeitweise in lange dauernden Anfällen von Bradykardie äußert. Pat. hat im 34. Lebensjahre Lues überstanden, die ersten Herzerscheinungen sind vor 2 Jahren aufgetreten. Digitalis und Strophantus sind auf das Leiden ohne Einfluß, dagegen haben Jodkalidarreichung und eine Schmierkur eine subjektive Besserung zur Folge. Es handelt sich vielleicht um ein Gumma des rechten Herzens, wofür auch das in letzter Zeit beim Pat. beobachtete Auftreten von Hautgummen am linken Oberarm sprechen könnte. Unter 51 Fällen von gummöser Myokarditis, welche sich in der Literatur vorfinden, war achtmal das rechte Herz betroffen.

ALGYOGYI führt aus dem Ambulatorium von Prof. BENEDIKT eine 26jähr. Frau mit Myasthenie vor. Vor 1½ Jahren bemerkte Pat. im Anschlusse an eine Erkältung, daß sie sehr leicht ermüde und selbst leichte Verrichtungen nicht dauernd ausführen könne. Die Untersuchung ergibt eine Schwäche der vom Trigeminus, Fazialis und Hypoglossus versorgten Muskeln sowie der Muskulatur der Extremitäten. Das Gesicht ist maskenartig unbeweglich, es besteht Lagophthalmus, die seitlichen Bewegungen der Zunge sind unmöglich, die Sprache ist erschwert, bei den einfachsten Hantierungen ermüdet Pat. sehr schnell. Das elektrische Verhalten der Muskeln ist normal.

WILH. TÜRK demonstriert mikroskopische Präparate, welche einen eigentümlichen Befund an den polymorphkernigen Leukozyten bei Infektionskrankheiten zeigen. Die Präparate entstammen einem Falle von Cholelithiasis und 2 Fällen von Appendizitis. In zweien dieser Fälle kam es infolge Perforation der Gallenblase, resp. des Appendix, zur Peritonitis; noch bevor dieselbe manifest wurde, zeigte die mikroskopische Untersuchung folgendes Verhalten der weißen Blutkörperchen: dieselben waren vermehrt, von den polymorphkernigen waren 22—44% sehr groß, hatten einen plumpen, gelappten Kern, schlecht sich färbende Granula und einen chromatinarmen Kern. Es scheint, daß es sich um absterbende Zellen handelt. Der Fall mit niedriger Prozentzahl ging in Heilung aus, die beiden anderen starben. In einem Falle von Diplokokkensepsis waren im Blute 40% derartiger gelappter Zellen nachweisbar. Auf das Vorkommen derselben im Blute Infektionskranker hat schon ARNETH aufmerksam gemacht und Vortr. stimmt der Ansicht desselben zu, daß diese Zellen einen charakteristischen und vielleicht prognostischen wichtigen Befund bei schweren Infektionskrankheiten darstellen dürften.

GOTTF. SCHWARZ zeigt aus dem pathologisch-anatomischen Institute des Franz Josef-Spitals das anatomische Präparat einer Phlegmone der Magenwand. Bei der Obduktion eines bald nach der Aufnahme gestorbenen Pat., bei welchem eine rechtsseitige Pneumonie vorzuliegen schien, fanden sich bei der Obduktion eine ulzeröse Angina, fibrinöse Auflagerungen auf der rechten Pleura und eine seifenartige Beschaffenheit der Oberfläche des Peritoneums. Drei Viertel der Magenwand waren in der Submukosa und Muskularis bis auf 1·5 *cm* verdickt und hellgelb gefärbt, aus der Schnittfläche floß dicker Eiter ab. Nach der Ansicht des Vortr. entstand die Magenphlegmone von der ulzerösen Angina aus und führte dann zu allgemeiner Bakteriämie. Der Fall zeigt die Wichtigkeit der Tonsillen bei der Verallgemeinerung bakterieller Erkrankungen.

RUD. KAUFMANN demonstriert aus der Abteilung von Prof. MANNABERG das anatomische Präparat eines Aortenaneurysma mit Durchbruch ins rechte Herz. Der Kranke zeigte vor zwei Jahren geringe Cyanose, Ödeme, Aszites, systolische Pulsation der Hals- und Lebervenen, über der Pulmonalis ein Sausen. Man dachte damals an ein offenes Foramen ovale. Binnen zwei Jahren verstärkten sich die Beschwerden, die Herzdämpfung reichte weit über den rechten Sternalrand hinaus, daselbst waren dann eine leichte pulsatorische Erschütterung und starkes Sausen zu hören. Die Diagnose lautete jetzt auf Aneurysma der Aorta und Kommunikation desselben mit einer großen venösen Gefäßhöhle. Die Obduktion ergab ein supravalvuläres Aneurysma der Aorta, welches mit dem Conus arteriosus der V. pulmonalis kommunizierte.

M. Weinberger hat einen ähnlichen Fall beobachtet und radioskopisch eine große pulsierende Geschwulst an der Herzbasis festgestellt.

LIPSCHÜTZ: Über perkutane Einverleibung von Jodverbindungen.

Vortr. hat auf der Klinik von Prof. FINGER Versuche angestellt, ob Jodpräparate von der normalen Haut aus aufgenommen werden. Unter diesen wird das Jothion von der Haut vorzüglich absorbiert, wobei nach Pinselungen mit 2—3 cm^3 Jothion der Nachweis von Jod oft schon nach 40 Minuten, im Speichel sogar schon nach 15—20 Minuten, erbracht werden kann. Das Jothion ist ein Jodwasserstoffsäureester von öliger Konsistenz mit einem Jodgehalte von 70—80%, der in Öl, Fetten und Alkohol löslich ist. Es wird in sehr geringen Mengen, die 0·0035 bis 0·004 *g* Jod enthalten, von der normalen Haut absorbiert, die kutane Absorption vollzieht sich sehr rasch, nämlich innerhalb der ersten 5 Minuten nach Beendigung der Pinselung. Erscheinungen von Jodismus wurden nur in einem kleinen Bruchteil der Fälle beobachtet, dieselben waren durchaus leichter und rasch vorübergehender Natur. Auf der Klinik FINGER hat Vortr. 33 Fälle von tertiärer Lues ausschließlich mit der systematisch durchgeführten perkutanen Jothioneinverleibung behandelt und dreimal komplette und prompte Heilung erzielt. Indiziert ist die Anwendung des Jothions überall dort, wo entweder lokal eine energische Jodwirkung erwünscht erscheint oder wenn die interne Darreichung der Jodalkalien unmöglich oder unbequem ist oder unangenehme Erscheinungen von Seite des Magen-Darmtraktus hervorruft. In Versuchen mit Jodtinktur konnte Vortr. sich nicht von der Absorbierbarkeit derselben überzeugen, wohl aber stets von der kutanen Jodaufnahme nach Applikation von Jodkalisalben. Den Mechanismus der Hautabsorption führt Vortr. auf Grund der Anschauungen von FILEHNE und OVERTON auf rein physikalische Vorgänge zurück, bei welchen die Haut sich vollkommen passiv verhält.

Wiener medizinisches Doktorenkollegium.

Wissenschaftliche Versammlung vom 3. April 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse.")

R. v. PFUNGEN: Über Hämatomyelie.

Vortr. hat eine Reihe von Hämatomyelien beobachtet, welche die typischen Symptome dieses Leidens zeigten: plötzlich einsetzenden Schmerz im Rücken, ebenso schnell eintretende Lähmung eines Teiles des Körpers, selbst bis zum Halse hinauf. Die Ursache dieser Erscheinungen ist eine Blutung in die graue Substanz des Rückenmarks; von dem Umfange und der Lokalisation der Hämorrhagie hängen die Art und die Ausdehnung der Lähmung ab. Als veranlassende Ursachen der Rückenmarksblutung werden angegeben: brüske Streckung oder Zerrung der Wirbelsäule und Traumen, welche das Rückenmark treffen; in einer zweiten Reihe von Fällen liegt eine von vornherein bestehende Allgemeinerkrankung vor, welche zu Blutungen disponiert, wie Skorbut, Typhus, Gefäßkrankheiten u. a. Man muß jedoch annehmen, daß auch in den früher angegebenen Fällen eine abnorme Brüchigkeit der Gefäße bestehen muß, da die angegebenen Traumen nur in einer verschwindend geringen Anzahl der Fälle eine Hämatomyelie erzeugen. Weiter kommen Rückenmarksblutungen bei Tumoren des Rückenmarks und bei Syringomyelie vor. Nach einer Zusammenstellung von JEAN LÉPINE sind von 126 Fällen von Hämatomyelie 45 spontan, 55 nach Traumen und 25 sekundär nach anderen Erkrankungen entstanden. Unter den vom Vortr. beobachteten Fällen fanden sich als Ursachen der Blutung Embolie, Infarkte, Rigidität der Gefäße infolge von Alkoholismus, Syphilis der Gefäße, Syringomyelie, Myelomeningitis, Karzinom im Wirbelkanal. Die Lähmungstypen waren: Paraplegie der Beine mit Anästhesie, Blasen- und Mastdarmlähmung; gürtelförmige Analgesie bis zum Knie und Lähmung der Beine, Blasen- und Mastdarmparese; Lähmung der linken Extremitäten mit Analgesie und Fehlen mehrerer Reflexe, bald darauf Atrophie und Kontrakturen der gelähmten Teile; Parese und Analgesie des rechten Arms; Lähmung der linken Extremitäten mit Anästhesie der rechten Rumpfhälfte. In 8 Fällen des Vortr. war die Hämatomyelie als primär, in 3 als sekundär (nach Myelomeningitis, bei Syringomyelie) aufzufassen. Mehrere der Fälle blieben am Leben, doch blieb die Lähmung bestehen und es kam zu Atrophien und Kontrakturen. In anatomischer Beziehung fanden sich manchmal nur ganz geringfügige Blutaustritte. Vortr. spricht sich gegen die von den meisten Autoren vertretene Ansicht aus, daß die Hämatomyelie am häufigsten durch ein Trauma hervorgerufen werde; dieses werde als ätiologischer Faktor oft herangezogen, wo eine andere Ursache der Blutung nicht nachweisbar ist.

Notizen.

Wien, 8. April 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst St.-A. Doz. FEIN einen Patienten, der ein Tentamen suicidii durch Suspension verübt hat und seither — wahrscheinlich infolge Vaguskompression — Symptome von Tachykardie, Aphonie, Insensibilität des Larynx und Schluckbeschwerden aufweist. Prof. GROSSMANN erörterte den physiologischen Mechanismus der erwähnten Symptome. — Hierauf zeigte Prof. RIEHL zwei in differentialdiagnostischer Hinsicht bemerkenswerte Fälle von Hautatrophie, deren einer idiopathisch entstanden ist, der andere den Ausgang einer Sklerodermie darstellt. — Doz. REINER besprach an der Hand eines Falles aus dem LORENZschen Ambulatorium eine neue Methode zur operativen Behandlung der tuberkulösen Hüftgelenkentzündung, deren Hauptprinzip in der Anlegung je eines vorderen und hinteren Hautschnittes besteht, wodurch die Totalexstirpation der Gelenkkapsel ermöglicht wird. Hofrat v. MOSETIG empfahl für weit vorgeschrittene Fälle von Hüftgelenktuberkulose einen Lappenschnitt mit temporärer Trochanterresektion. — Prim. O. ZUCKERKANDL demonstrierte im Anschlusse an die Diskussion über funktionelle Nierendiagnostik in der vorigen Sitzung anatomische Nierenpräparate, und zwar ein Nierensarkom sowie eine Nierentuberkulose. In beiden Fällen hat sich die funktionelle Nierendiagnostik als unzulänglich erwiesen. Zu diesem Thema sprachen sodann noch die Doktoren KAPSAMMER, SCHÜLLER und LICHTENSTERN, welche die Vorzüge und die Fehlerquellen der Funktionsprüfung eingehend diskutierten, während die Professoren PALTAUF und ALBRECHT und Prosektor ZEMANN darauf hinwiesen, daß diese Prüfungsmethoden schon deshalb häufig im Stiche lassen müssen, weil selbst hochgradig erkrankte Nieren unter Umständen einmal völlig normalen, das anderemal pathologischen Harn auszuscheiden vermögen. — Dr. WEISS zeigte aus der Abteilung BÜDINGERS einen Fall von Durchtrennung der A. axillaris durch einen Messerstich, in welchem die Blutung anfänglich als eine venöse imponiert hatte, so daß man erst am vierten Tage zur Unterbindung der verletzten Arterie schritt. — Schließlich demonstrierte Dr. MIRTL aus Graz einen von ihm konstruierten Trockenheißluftapparat.

(Universitätsnachrichten.) Geheimrat Prof. Dr. FRANZ KÖNIG hat am 27. März sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Der Oberarzt an der Berliner Charité, Privatdozent Dr. STOECKEL, ist zum Professor ernannt worden. — Der Assistent BAUMGARTENS in Tübingen, Privatdozent Dr. DIETRICH, ferner die Privatdozenten Dr. FERDINAND BLUMENTHAL und Dr. DE LA CAMP in Berlin haben den Professortitel erhalten. — Das Institut für physikalische Heilmethoden der medizinischen Fakultät Heidelberg, das unter Leitung OSWALD VIERORDTS demnächst eröffnet wird, erhält von der dortigen Ortskrankenkasse einen jährlichen Zuschuß von 8000 Mark auf 10 Jahre; dafür erhalten deren Mitglieder die verschiedenen ärztlich verordneten Heilbehandlungen unentgeltlich. — Am physikalischen Institute der Universität Würzburg ist am 27. März eine Röntgen-Gedenktafel enthüllt worden.

(Personalien.) Der Direktor der medizinischen Abteilung am städtischen Krankenhause Moabit in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. RUDOLF RENVERS, ist in den erblichen Adelstand erhoben worden. — Der Direktor der chirurgischen Poliklinik der Berliner Charité Prof. Dr. HILDEBRAND ist bei den Sanitätsoffizieren der Reserve als Generaloberarzt angestellt worden.

(Wiener medizinisches Doktorenkollegium.) Der Geschäftsrat des Kollegiums hat in seiner dieswöchentlichen Sitzung eine Resolution beschlossen, welche gegen die von der Regierung beabsichtigte Erweiterung der Befugnisse der Zahntechniker protestiert.

(Ist die Ärztekammer eine Behörde?) Diese Frage hat ein k. k. Bezirksgericht in folgender Weise entschieden: Der Richter sieht die Ärztekammer als eine öffentliche Behörde an, weil dieselbe berufen erscheint, unter öffentlicher Autorität zur Lösung der Aufgaben des Staates beizutragen, über die Entwicklung der Gesundheitspflege und sanitären Einrichtungen Beratungen zu pflegen und

Beschlüsse zu fassen, sich mit Eingaben an die Behörden ihres Vertretungsgebietes zu wenden, über Aufforderungen der Behörden Gutachten zu erstatten, dieselben insbesondere in bezug auf die allgemeine Erreichbarkeit der ärztlichen Hilfe und die entsprechende Verteilung der Ärzte zu unterstützen. Auch entsendet die Ärztekammer ihre delegierten Mitglieder zu den Sitzungen des Landessanitätsrates und besitzt der Vorstand zugleich die Disziplinargewalt erster Instanz. . . . Im übrigen anerkennt der Gesetzgeber selbst die Ärztekammer als Behörde, indem er von einer ihr übergeordneten Behörde spricht, sie daher als untergeordnete Behörde ansieht.

(IV. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.) Das Programm dieses am 25. April d. J. in Berlin tagenden Kongresses umfaßt u. a.: Die Mechanik der Skoliose. SCHULTHESS (Zürich), SCHANZ (Dresden), LOVETT (Boston). — RIEDINGER (Würzburg): Über die mechanische Entstehung der Skoliose. — SPITZY (Graz): Rachitis und Frühskoliose. — LUDLOFF (Breslau): Exakte Meßvorrichtungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule und des Kopfes. — JOACHIMSTHAL (Berlin): Skoliotische Veränderungen der Halswirbelsäule beim muskulären Schiefhals. — V. HOVORKA (Wien): Beitrag zur hysterischen Skoliose. — IMMELMANN (Berlin): Über die Skoliose nach Ischias und deren Behandlung. — STEIN (Wiesbaden): Zur Technik der photographischen Skoliosenmessung. — V. ABERLE (Wien): Subkutane Osteotomie. — WERNDORFF (Wien): Eine neue Methode in der Diagnostik der Gelenkerkrankungen. — BUM (Wien): Zur unblutigen Behandlung der Gelenksteife. — DREHMANN (Breslau): Operative Behandlung der ischämischen Muskelkontrakturen. — PERTHES (Leipzig): Zur Pathologie und Therapie der angebornen Knieluxation mit Vorstellung von Fällen. — ROSKOSCHNY (Wien): Zur Therapie der Coxa vara. — MÜLLER (Stuttgart): Operative Behandlung des Plattfußes. — WULLSTEIN (Halle): Zur pathologischen Anatomie der Spondylitis (mit Projektionen). — LUDLOFF (Breslau): Zur Anatomie der Wirbelsäule. — DESCHMANN (Wien): Über chronische Arthritis ankylopoetica der Wirbelsäule.

(Der 34. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie) hat folgendes Programm in Aussicht genommen: Am 26. April: „Die operative Behandlung der Appendizitis"; 27. April: „Nierendiagnostik und Nierenexstirpation"; 28. April: „Postoperative Pneumonie"; 29. April: „Behandlung der Patellarfraktur." Den Diskussionen gehen jeweils einleitende Vorträge voraus, für welche der Vorsitzende eine längere Redefreiheit gestattet hat; dann folgen die für die Diskussion angemeldeten Redner. Ferner wird den Mitgliedern des Kongresses Gelegenheit geboten werden, das BIERsche Verfahren der Stauungshyperämie in seiner Einwirkung auf akut entzündliche Krankheitsprozesse während der Zeit vom 26.—29. April kennen zu lernen, indem Prof. BIER sich bereit erklärt hat, eine genügende Anzahl von geeigneten Kranken in der V. BERGMANNschen Klinik nach seiner Methode zu behandeln und zu demonstrieren.

(Der Beirat des Wiener Krankenanstaltenfonds) wird im Laufe der nächsten Tage zum erstenmal zusammentreten. Er besteht aus Vertretern der Statthalterei, dem Direktor des Allgemeinen Krankenhauses, dem Verwalter des Wilhelminenspitales, Vertretern des Landesausschusses, der Gemeinde Wien, der Ärztekammer, der Arbeiterkrankenkasse und der Vereinskrankenkassen.

(Der Ärztemangel in Rußland) ist so groß, daß es für die Dauer des Krieges gestattet ist, Ärztestellen mit Studenten der Medizin oder Hörerinnen medizinischer Frauenkurse zu besetzen und auch mit Diplomen ausländischer Universitäten versehene Personen zuzulassen, falls diese ein Staatsexamen bestanden oder wenigstens zwei Jahre in Krankenhäusern praktiziert haben.

(Statistik.) Vom 26. März bis inklusive 1. April 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8122 Personen behandelt. Hiervon wurden 1828 entlassen, 202 sind gestorben (9·9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 86, ägypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 96, Scharlach 59, Masern 355, Keuchhusten 63, Rotlauf 48, Wochenbettfieber 4, Röteln 46, Mumps 35, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 2, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 705 Personen gestorben (— 30 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Kinderarzt Doktor EDUARD HIMMEL, im 59. Lebensjahre; in Göttingen der hervorragende Physiologe Geh. Rat Prof. Dr. GEORG MEISSNER im Alter von 74 Jahren; in Berlin San.-Rat Dr. VOGELREUTER, 58 Jahre alt; in St. Petersburg der bekannte Gynäkologe Dr. ALFRED FRANTZEN im 43. Lebensjahre; in Christiania der Professor der Augenheilkunde Dr. JOHANNN STORM HJORT im 70. Lebensjahre.

Die Firma **Rossel, Schwarz & Co.**, mechanische Werkstätte in Wiesbaden, hat — wie sie uns mitteilt — infolge freundschaftlichen Übereinkommens mit Herrn **Dr. Gustav Zander** und der „Aktiebolaget Göransson's Mekaniska Verkstad" in Stockholm die alleinige Fabrikation der heilgymnastischen und orthopädischen Apparate dieses Systems übernommen.

Aus Römerbad, Steiermark, schreibt man uns: Jahr für Jahr und von allen Seiten strömen Tausende Erholung und Heilung Suchende den Quellen von Gastein, Pfäffers in der Schweiz, Wildbad in Württemberg und anderen zu und erfreuen sich nach Gebrauch derselben ihrer hergestellten Gesundheit. Aber auch unser Römerbad birgt einen solchen Schatz in seinen eminente Heilkraft bietenden, 36·2—37·5° warmen Thermen. Altberühmt, doch noch immer zu wenig gewürdigt, sind die Vorzüge dieses herrlich gelegenen steierischen Kurortes, der den genannten gleichwertigen und weittönende Namen führenden Heilstätten in nichts nachsteht, es dagegen auch Minderbemittelten gestattet, einen längeren Aufenthalt zu nehmen und der wohltätigen Wirkung Römerbads teilhaftig zu werden. Die denkbar günstigsten Erfolge bietet Römerbad bei Zuständen allgemeiner Erschöpfung, nach Influenza und deren Folgen, bei Schlaflosigkeit und vorzeitiger Alterschwäche, bei Gicht, Rheuma, Frauen- und Nervenleiden aller Art, deren Behandlung in geeigneten Fällen durch Anwendung der Elektrotherapie, Massage und Heilgymnastik unterstützt und gefördert wird. In Römerbad, an der Eisenbahnlinie Wien—Triest gelegen, halten alle Tages-Schnell- und Personen-, in der Hochsaison auch die Nacht-Schnellzüge und werden wie in früheren Jahren ermäßigte Tour- und Retourkarten sowie Fahrscheinhefte ausgegeben.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

O. Fels, Die Walderholungsstätten. Berlin 1905, O. Coblentz. — M. 2·—.

Max Joseph, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2. Teil. Leipzig 1905, G. Thieme.

L. Spitzer u. **A. Jungmann,** Ergebnisse von 240 operierten Lupusfällen etc. Wien 1905, J. Šafář. — K 7·80.

B. Drastich, Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte. II. Spezieller Teil. Wien 1905, J. Šafář. — K 5·50.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 10. April 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Dr. JULIUS STERNBERG: Über Operationen bei gleichzeitig bestehenden Infektions- und Stoffwechselkrankheiten.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Pegnin"** und **J. Kátay** in **Wien** über **„Feldau"-Kiefer-Moor.** Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 16. April 1905. Nr. 16.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über periodische Blutungen der oberen Luftwege.

Von **Doz. Dr. Egmont Baumgarten,** Budapest.

Schon Hippokrates berichtet über Nasenblutungen, die vikariierend für die Menstruation eintreten und als solche periodisch erfolgen. Über periodische Blutungen aus der Nase besitzen wir ziemlich viel Mitteilungen, die periodischen Blutungen aus dem Rachen, Kehlkopfe und Trachea gehören zu den Seltenheiten und sind erst in den letzten Jahren bekannt geworden, seitdem bei solchen öfters wiederkehrenden Blutungen auch mit dem Spiegel untersucht wurde, damit eventuell die Quelle der Blutung festgestellt werde. Früher nahm man an, daß alle diese Blutungen aus der Lunge kommen müssen, denn als Puech 1863 („Gazette des Hôpitaux") wieder diesen Gegenstand behandelte, teilte er mit, daß Blutungen statt Menstruation vom Magen 32mal, von den Brüsten 25mal, von der Lunge 24mal, von der Nase 18mal erfolgten. Von den 24 Blutungen aus der Lunge dürften gewiß einige auch aus den oberen Luftwegen erfolgt sein, da bei den betreffenden Patientinnen keine Untersuchung mit dem Spiegel vorgenommen wurde. Eine heutige größere Statistik würde aber auch ein größeres Kontingent von Blutungen aus der Nase aufweisen, da heutzutage besonders in den größeren Städten selbst das geringste Nasenbluten beachtet wird und zur Behandlung kommt, während es früher nur dann regardiert wurde, wenn eine wesentlichere Blutung vorhanden war.

Es ist natürlich, daß die hier in Betracht kommenden Patienten fast ausnahmslos dem weiblichen Geschlechte angehören, da bei ihnen die Menstruation, dieser physiologische Vorgang, periodisch erfolgt. Ich habe seinerzeit in einer Schrift: „Die Epistaxis etc." (Wien 1886, Toeplitz und Deuticke) diese Frage ebenfalls beleuchtet und hervorgehoben, daß zurzeit der Menstruation für gewöhnlich eine Depletion durch den Uterus erfolgt. Es sind im gefäßreichen Uterus Stellen vorhanden, von denen infolge des Seitendruckes die Blutungen erfolgen. Es können diesen Vorgang verhindern der Mangel, die Involution und andere Veränderungen des Uterus sowie der Umstand, daß die Gefäße nicht genug frei liegen, oder daß der Seitendruck in den Gefäßen zu gering ist. Wenn nun an anderen Schleimhäuten Blutungsstellen vorhanden sind, wie z. B. in der Nase am Septum die Prädilektionsstellen, so erfolgt die Blutung leicht an diesen Stellen, da hier der geringste Widerstand getroffen wird.

Kussmaul fand, daß auch der Mangel des Uterus Nasenbluten statt Menstruation zur Folge haben kann. Obermeier (Virchows Archiv, Bd. 54) beschreibt einen Fall, bei welchem Menstruation nur in der Schwangerschaft auftrat und sonst von Nasenbluten ersetzt wurde.

Ich habe 1894 von 250 Fällen von Nasenbluten berichtet („Statistique des 250 cas d'épistaxis", „Revue intern. de Rhinologie etc.", Nr. 15) und 14 Fälle notiert, bei denen vikariierendes Nasenbluten angenommen wurde. Seither steht mir ein großes Ambulatorium zur Verfügung und besitze ich viele Aufzeichnungen von periodischen Blutungen. Daß bei Mädchen und Frauen gleichzeitig oder nacheinander Blutungen von zwei Orten erfolgen können, ist eine schon bekannte Tatsache, und solche periodische Blutungen, die mit der Menstruation erfolgen und mit ihr in Zusammenhang gebracht werden können, habe ich viele beobachtet, während wirkliche vikariierende Blutungen doch sehr selten sind.

Wie wir sehen werden, treten die periodischen Blutungen am häufigsten als Vorboten der Menstruation auf, ferner in der Schwangerschaft und zur Zeit der Involution, meistens dann, wenn Veränderungen im Uterus vorhanden sind. Die häufigsten periodischen Blutungen erfolgen von der Nase, selten vom Kehlkopfe und aus der Luftröhre, am seltensten vom Rachen. Ich habe in den letzten 3 Jahren viel weniger solche Nasenblutungen notiert und glaube die Erklärung hierfür darin zu finden, daß bei sehr vielen Mädchen und Frauen das Nasenbluten behandelt wurde und dadurch, daß die betreffenden Blutungsstellen verätzt wurden, die periodische Wiederkehr verhindert worden ist.

Wenn ich die von mir beobachteten periodischen Blutungen sortiere, so muß ich die folgende Einteilung befolgen.

I. Blutungen vor Eintritt der Menstruation.

Es wurden mehrere solche Fälle beobachtet; es waren nicht so sehr die 12- und 13jährigen Mädchen als vielmehr ältere, anämische, bei denen der Eintritt der Menstruation verspätet war. In diesen Fällen waren es bloß Blutungen aus der Nase, die Blutungen waren fast nur einseitige und nur in sehr wenigen Fällen abundant, meist mittelstark. In diesen Fällen erfolgte das Nasenbluten als Vorbote der Menstruation, die dann nach 4 Wochen oder meist nach 8 Wochen eintrat.

In mehreren Fällen waren gleichzeitig Schmerzen im Unterleibe vorhanden. Mehr als 3mal hat sich keine Blutung wiederholt; diese Fälle betrafen auch sehr unentwickelte Mädchen. Andere Blutungen habe ich bei dieser Gruppe nicht verzeichnet.

II. Blutungen an Stelle der Menstruation.

Reine vikariierende Blutungen sind ebenfalls verzeichnet, doch nur in sehr geringer Zahl. Meist waren es Mädchen oder Frauen, die an Menstruationsanomalien laborierten oder Uterusleiden hatten.

Ein älteres Mädchen hatte oft erst nach 3—4 Monaten die Menstruation, in der Zwischenzeit hatte sie meistens eine starke Nasenblutung und bekam für einige Tage Aphonie. Sie wurde nach Behandlung der Nase auch von einem Frauenarzte behandelt, wonach es ihr besser ging. Bei einem anderen Mädchen von 20 Jahren war ebenfalls einige Male Nasenbluten statt Menstruation aufgetreten; das Mädchen heiratete bald und hat sich das Nasenbluten später nicht mehr eingestellt; allerdings habe ich die Blutungsstellen am Septum zur Vernarbung gebracht. Das erste Mal, als ich gerufen wurde und die Nase tamponierte, blutete sie aus dem Tränenkanale. Diese Blutungen waren einige Male abundant, meist mittelstark und ich habe nur Blutungen aus der Nase verzeichnet, meistens einseitige, doch auch beiderseitige und alternierende. In einer mir bekannten Familie soll bei einem älteren Mädchen 3mal eine Bronchialblutung statt Menstruation erfolgt sein. Andere Beobachter haben auch Blutungen aus dem Rachen gesehen.

III. Blutungen zurzeit der Menstruation.

Wie schon angegeben, können Blutungen auch von zwei Orten gleichzeitig oder nacheinander erfolgen. Es gibt auch Patientinnen, die, wenn sie Blutungsstellen in der Nase haben, hie und da auch in der Zwischenzeit aus diesen bluten, jedoch nur bis nach erfolgter lokaler Nasenbehandlung, bestimmt vor oder während der Menstruation, und zwar im zweiten Falle stärker als sonst.

a) Blutungen vor der Menstruation. Die meisten von mir beobachteten Blutungen gehören in diese Gruppe. Mädchen und Frauen im verschiedensten Alter sind verzeichnet worden. Die Blutungen erfolgten unmittelbar vor der Periode und nenne ich sie daher prämenstruale. Einige Patientinnen waren zwar anämisch, neigten zu Blutungen und hatten Menstruationsanomalien, aber es waren ebensoviele darunter, die ganz gesund waren. Auch hier waren es in überwiegender Anzahl Nasenblutungen, einseitige und beiderseitige, sehr selten mittelstarke, meist mäßige. Die Menstruation stellte sich in einigen Stunden ein; sehr viele Patientinnen haben mich darauf aufmerksam gemacht, da dieser Vorgang sich schon mehrere Male wiederholt hatte. Diesem Umstande hatte ich es zu verdanken, daß ich viele Daten sammeln konnte, da ich dann bei jeder Frau bei Nasenblutungen mich nach dem Zusammenhange erkundigte. Nach den Notizen finde ich, daß mehr wie 5mal die Nasenblutung bei den behandelten Patientinnen sich nicht wiederholte. Nach der Behandlung der einen Seite pflegte beim nächsten Turnus die andere Seite zu bluten. In nur 4 Fällen mußte ich nach Jahren bei denselben Patientinnen wegen Wiederholung dieser Blutungen behandeln. Wahrscheinlich kommt dieser Umstand häufiger vor, doch haben die betreffenden Frauen anderswo Hilfe gesucht.

Ich habe in dieser Gruppe Blutungen auch von anderen Orten gesehen, diese Blutungen waren aber immer sehr geringe. Sie erfolgten entweder auf einmal oder durch 3—5 Stunden in geringen Zwischenräumen. Ich will hier nur einige dieser Blutungen erwähnen.

Einen Fall von Kehlkopfblutungen stellte ich in der hiesigen Gesellschaft für Laryngologie vor. Eine Frau kam wegen Heiserkeit auf meine Poliklinik. Ich fand einen leichten Katarrh des Kehlkopfes und es fielen mir bei der Untersuchung am freien Rande der falschen Stimmbänder fast in derselben Höhe, aber nicht symmetrisch gelegene hanfkorngroße, bläuliche Knötchen auf, die als Angiektasien bezeichnet werden konnten. Auf meine Anfrage, ob Patientin nicht geblutet habe, erzählte sie folgende, sehr interessante Anamnese: 3 Jahre hindurch habe sie regelmäßig monatlich bei einer Räusperung etwas reines Blut ausgehustet und wußte dann bestimmt, daß innerhalb von 12 Stunden die Menstruation eintreten werde, weshalb sie auch der Sache keine Bedeutung beilegte. Seit 4 Monaten ist keine Blutung erfolgt, da sie seither in der Hoffnung ist. Ein Monat darauf war ebenfalls keine Blutung erfolgt. Patientin versprach, bei der ersten Blutung nach der Entbindung sich zu zeigen.

Ich habe in der „Deutschen med. Wochenschrift", 1892 (Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien) einen Fall beschrieben, der in diese Gruppe gehört.

Bei einer Patientin zeigten sich etwa zwei Tage hindurch beim Aushusten Blutspuren in geringerer oder größerer Menge mehrmals im Tage. Es stellte sich heraus, daß diese Blutungen regelmäßig vor der Menstruation erfolgten, nach derselben sistierten sie gänzlich. Bei dieser Dame sah ich bei der zweiten Untersuchung an der Vorderwand der Trachea in der Höhe des 3.—4. Trachealringes eine Blutborke, die am anderen Tage ausgehustet wurde, und an dieser Stelle war dann der Blutungspunkt deutlich zu sehen. Die Blutungen hörten kurz nachher gänzlich auf.

Vor kurzer Zeit werde ich nach 13 Jahren wieder zu dieser Dame gerufen, es haben sich wieder diese Blutungen vor der Menstruation eingestellt, und sehe ich bei der Spiegeluntersuchung, wie ich nach meiner Zeichnung annehmen kann, an derselben Stelle den Blutungspunkt.

Einen ganz analogen Fall sah ich bei einer anderen Dame, bei der die Blutung sich erst zur Zeit der Involution wiederholte und den ich bei jener Gruppe erwähnen werde.

Blutungen aus dem Rachen habe ich nicht verzeichnet.

b) Blutungen während der Menstruation sind bisweilen vorgekommen. Wie schon erwähnt, können Blutungen zu gleicher Zeit auch an 2—3 Orten sich einstellen. Diese Blutungen sind fast alle ebenfalls gering gewesen. Auch hier prädominieren die Nasenblutungen.

Bei den meisten Fällen finde ich notiert, daß ich nur zufälligerweise von diesen Blutungen Kenntnis habe, da eben die Blutungen gering waren. Erst vor kurzer Zeit wurde ich zu einer Dame gerufen, die eine starke Tonsillitis hatte. In meiner Anwesenheit sehe ich, daß, wenn sie das Taschentuch gebraucht, sie beim Blasen aus beiden Seiten etwas blutet. Auf meine Frage antwortete sie, daß sie fast regelmäßig, solange die Menstruation dauert, schon seit Jahren aus der Nase ein wenig blutet. Am Septum sehe ich beiderseits die bekannten Prädilektionsstellen.

In zwei Fällen konnte ich bei Wiederkehr solcher Blutungen, obwohl ich einige Male mit dem Spiegel untersuchte, nicht die Blutungsstelle finden, und es blieb unentschieden, ob die Blutung aus dem Kehlkopfe oder aus der Trachea erfolgte. In einem Falle sah ich mehrere Blutungspunkte an beiden Orten.

Einen sehr eigentümlichen Vorgang habe ich bei einer Frau mit multiplen Papillomen am Kehlkopfe beobachtet. Nachdem ich schon durch einige Tage hindurch viele Papillome entfernt hatte, eine oder zwei Pinselungen mit Kokain genügten, Anästhesie zu erzeugen, fällt es mir auf, daß Patientin nach der Pinselung schwer atmet. Die Papillome waren sonst blaß und den Tag vorher war die Rima schon ziemlich frei, da sehe ich, daß die restlichen Papillome geschwollen waren, die Rima bedeutend verengten und nach einer Pinselung stark bluteten. Ich mußte die weiteren Eingriffe für einige Tage aussetzen. Patientin hat seit gestern die Menstruation. Da sehr viele Papillome vorhanden waren und nach 4 Wochen noch einige zurückblieben, war ich sehr neugierig, ob dieser Vorfall sich wiederholen werde. Schon bei der Untersuchung zu dieser Zeit sah ich, daß die wenigen Papillome wieder größer erschienen und bei der Pinselung mit Kokain atmete Patientin wieder schwer, da auch die Schleimhäute sogleich anschwollen und die Papillome bluteten.

Rachenblutungen habe ich auch hier nicht verzeichnet gefunden, nur der folgende Fall kann eventuell mit der Menstruation in Verbindung gebracht werden.

Eine Frau hatte einen peritonsillären Abszeß, den ich eröffnete. Nach 4 Tagen kam Patientin in meine Ordination mit der Angabe, daß sie seit einer Stunde stark blute, und zwar seitdem sie die Menstruation bekam. Die Tonsillitis war geschwunden und aus der Einschnittstelle, die schon verklebt war, blutete es so stark, daß ich in diese Lücke einen kleinen Tampon einführen mußte.

Diejenigen anderen Fälle, in welchen bei der Menstruation Blutung erfolgte, dieser Vorgang sich aber nicht wiederholte, sind ausgeschaltet worden, ebenso diejenigen, bei welchen eine Blutung auch in der Zwischenzeit auftrat. Es kommt öfters vor, daß vermutete periodische Blutungen aus dem Kehlkopfe oder Rachen sich nachträglich auch in den Zwischenpausen zeigen, womit sie dann aufhören, periodisch zu sein.

IV. Blutungen während der Schwangerschaft.

In dieser Gruppe habe ich nur Nasenblutungen gesehen und gefunden, daß dieselben nur in der ersten Hälfte der Schwangerschaft auftraten. Gewöhnlich war das Nasenbluten das erste und zweite Mal gering, das dritte oder vierte Mal stärker, dabei meistens einseitig; einmal war es jedesmal abundant. Die Blutungen hörten nach Ätzungen der Blutungsstellen auf. Wenn sich die Blutung vor der Behandlung nicht schon einmal oder zweimal gezeigt hatte, so kann von einer periodischen Blutung nicht die Rede sein; ich habe dies bisher nur bei vier Fällen annehmen können.

V. Blutungen während der Involution.

Im Beginne des Klimakteriums sind periodische Blutungen wieder häufiger. Sie kommen meist bei solchen Frauen vor, bei denen das Klimakterium früh eingetreten ist, ferner bei Frauen, die stark an Kongestionen leiden. Wie ich schon in der oben erwähnten Arbeit in der „Deutschen med. Wochenschrift" erwähnt habe, kommen zu dieser Zeit häufig trockene Katarrhe der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes zustande und diese begünstigen wesentlich die Blutungen.

Während Blutungen von den tieferen Luftwegen fast nur beim ersten bis dritten Ausbleiben der Menstruation vorkommen, dauerten die Rachenblutungen etwas länger an, Nasenblutungen gleichfalls über ein Jahr. Die Nasenblutungen sind auch hier die häufigsten, sie können abundant und minimale sein, auch bei einer Person wechselnd, einseitig und beiderseitig und alternierend. Fast immer waren Blutungsstellen in der Nase am Septum, an der unteren Übergangsfalte oder sonstwo zu sehen. Bei trockenen Katarrhen mit Borkenbildung kamen die stärkeren Blutungen zustande. In dieser Gruppe habe ich einige Rachenblutungen beobachtet. Die Blutungen waren gering, meist nur Blutstreifen durch 1—2 Tage, aber in allen Fällen starke Kongestionen und trockener Katarrh; Blutungsstellen waren meistens mehrfach zu sehen.

In einem Falle war es ein Varixknötchen am Zungengrunde, welches 3mal im Verlaufe von je 3 Wochen blutete. Die Blutungen in dieser Gruppe sind überhaupt im Termine einander näher gerückt, wie ich aus den Daten entnehme.

In der obigen Arbeit habe ich auch einen Fall von Laryngitis haemorrhagica vera erwähnt; der Fall betraf eine Frau im Beginne des Klimakterium. Als ich Patientin sah, war es die zweite Blutung aus dem Kehlkopfe, doch war diesmal wegen der Blutborken auch Heiserkeit vorhanden. Nach Entfernung derselben war in einigen Tagen der Kehlkopf rein, Blutpunkte an mehreren Stellen zu sehen.

Bei den prämenstrualen Blutungen erwähnte ich eine tracheale Blutung, bei welcher ich die Blutungsstelle an der Vorderwand der Trachea sah. Bei dieser Dame stellten sich zurzeit der Involution wieder solche Blutungen ein, die mehrere Tage andauerten, sich 3mal wiederholten, und es waren diesmal mehrere Punkte in der Trachea und im Kehlkopfe, die bluteten. Ich finde, daß bei fast den meisten solchen Blutungen der trockene Katarrh eine Rolle spielt und daß eigentlich dieser neben der Kongestion die Mitursache der Blutungen ist.

Als periodische Blutung muß ich auch folgenden Fall bezeichnen, obwohl er einen Mann betraf. Ein 35jähriger Mann leidet seit längerer Zeit an Nasenbluten. Rechte Nasenhöhle weiter als die linke wegen starker Deviation des Septums. Rechts am Septum zwei Blutungsstellen, die geätzt werden, worauf eine längere Pause eintrat. Am 9. September starke Blutungen; bei der Untersuchung sehe ich rechts am vorderen Ende der unteren Muschel eine Blutborke, bei deren Berührung es blutet und die ich tamponieren muß. Nachträglich ätze ich diese Stelle und nach einigen Tagen sehe ich daselbst ein stecknadelkopfgroßes, rotes Knötchen.

Am 3. Oktober Blutung; das Knötchen hat sich entleert, Heilung. Patient kommt nun immer nach einer Blutung, die an demselben Tage stattfand, so auch am 7. November, 7. Dezember, 9. Januar, 8. Februar und 11. März, das letzte Mal später, da der Februar 28 Tage hatte. Da die Chromsäureätzungen nicht zum Ziele führten, habe ich mit dem Galvanokauter geätzt. Keine Blutung bis zum heutigen Tage. Der Fall ist gewiß sehr sonderbar und kann verschieden gedeutet werden.

Blutungen aus den oberen Luftwegen bei Leuten, die an Stauungen leiden, so bei Herz-, Nieren- und Leberleidenden, die von Zeit zu Zeit bluten, sind nicht hierher zu rechnen, da die Blutungen infolge der Stauung von Zeit zu Zeit erfolgen können; es kann vorkommen, daß sie zufällig in gleichen Abständen erfolgen, was dann leicht zu Täuschungen Veranlassung geben kann.

Krankheit und Arbeitsfähigkeit.

Von **Privatdozent Dr. Julius Weiss**, Chefarzt des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen und der Allgemeinen Arbeiterkrankenkasse in Wien.

(Schluß.)

Relativ einfacher ist unsere Entscheidung bei Herzaffektionen. Arhythmischer Puls und arhythmische Herztätigkeit, Kompensationsstörungen, die sich als Stauungssymptome kundgeben, sind selbstverständlich, wenn sie auch nur im geringen Maße vorhanden sind, ein Grund für nicht arbeitsfähig. Dagegen kann man gar kein Bedenken tragen, kompensierte Herzfehler, wenn sie eine Zeitlang im Krankenstande gestanden sind, ruhig in die Arbeit zu schicken.

Ähnlich verhält es sich bei Nierenerkrankungen. Solange der Fall akut ist, muß er selbstverständlich im Krankenstande bleiben. Bei akuten Fällen ist ja durch entsprechende Ruhe und Diät eine Ausheilung möglich. Chronische Nierenkranke mit konstanter, mäßiger Eiweißausscheidung können in die Arbeit geschickt werden, sofern die Arbeit nicht ganz besondere Schädlichkeiten aufweist. Ein Individuum, das mit Blei oder Quecksilber zu tun hat oder eine sehr schwere Arbeit leistet, werde ich mich viel weniger entschließen können, arbeiten zu lassen, als einen Nierenkranken, der einer für die Nierenerkrankung unschädlichen, namentlich sitzenden Beschäftigung obliegt.

Von den Lebererkrankungen wären nur die chronischen Cirrhosen zu besprechen. Bei Fehlen von Aszites, bei Nichtvorhandensein der die Lebercirrhose zuweilen begleitenden ösophagealen Blutungen genügt ambulatorische Behandlung. Gallensteinkranke sind solange im Krankenstand zu behalten, als akute Anfälle vorhanden oder drohend sind.

Schwere Blut- und Stoffwechselkrankheiten, Anaemia gravis, Leukämie, Osteomalacie, werden nur bei einer ganz besonderen Art der Fälle zeitweilig als arbeitsfähig bezeichnet werden. Der Diabetiker und der Fettsüchtige sind, wenn keine besonderen Komplikationen vorliegen, fähig, ihrer Arbeit nachzugehen. Bei ersterem ist oft die Macies, bei letzterem das Auftreten von Herzerscheinungen ein Grund für Krankenstand.

Eine besondere Beurteilung erfordern Frauen und junge Mädchen, die mit Klagen uns aufsuchen, als deren Grund wir nichts anderes als eine Anämie finden können. In solchen Fällen richtet sich unser Urteil ganz nach der Individualität des Falles. In den Arbeiterkreisen werden die Mädchen, kaum daß sie der Schule entwachsen sind, in die Arbeit geschickt, u. zw. in eine Arbeit, die deren Konstitution nicht entspricht. Nun kommen die Pubertätsjahre und da entwickelt sich eine mehr oder minder hochgradige Chlorose. In vielen Fällen wird unser Diktum lauten: „Ist zu der gewählten Arbeit überhaupt zu schwach und ungeeignet, aber nicht krank." In anderen Fällen werden wir aber doch gezwungen sein, solche Individuen in Krankenstand zu nehmen.

Von den Nervenkranken sind solche, die mit schweren, organischen Gehirn- und Rückenmarksleiden behaftet sind, solange arbeitsfähig, solange nicht der chronische Prozeß akute Erscheinungen zeigt. Es gibt Tabetiker, die jahrelang ihrer Arbeit nachgehen und auch nachgehen können, so lange nicht lanzinierende Schmerzen oder andere Arten von Krisen in Erscheinung treten und solange die Ataxie gar nicht oder nur unwesentlich vorhanden ist. Freilich kommt dann immer der Tag, wo totale Arbeitsunfähigkeit auftritt. Bei allen jenen Nervenleiden, bei denen die Lues die tatsächliche ätiologische Grundlage bildet, muß die antiluetische Kur so energisch und gründlich durchgeführt werden, daß es wohl während dieser Zeit dem Patienten nicht möglich ist, seiner Arbeit nachzugehen. Ich meine namentlich die luetische Myelomeningitis, die als spastische Spinalparalyse in Erscheinung tritt, ich meine die Gummen, die als Gehirntumoren sich darbieten, ich meine endlich jene apoplektischen Insulte, bei denen eine luetische Endarteriitis die Ursache bildet. Auch das Heer der Neurastheniker muß ganz individuell beurteilt werden. Oft wird man durch gütiges Zureden den Patienten überzeugen können, daß für ihn die Arbeit das beste Heilmittel sei, oft wieder wird man die Überzeugung gewinnen, daß dem Patienten bei bestem Willen zu arbeiten unmöglich sei. Aber man hüte sich, solche Patienten zu lange im Krankenstand zu lassen, sie glauben immer mehr und mehr an ihre Krankheit, sie kommen psychisch immer mehr und mehr herab, das Machtwort des Arztes ist für solche Kranke oft die wahre Erlösung.

Kurz will ich noch über die Beziehungen der Arbeitsfähigkeit bei Augen-, Ohren- und Nasenaffektionen sprechen. Auch geringfügige Augenleiden machen Patienten arbeitsunfähig. Aber andrerseits wird mit keiner Krankheit soviel Mißbrauch getrieben, wie mit chronischen Konjunktivitiden und Blepharitiden und es gibt arbeitsscheue Individuen genug, welche aus solchen Leiden förmlich Kapital schlagen. Chronische Ohreneiterungen und sklerosierende Mittelohrentzündungen, sind arbeitsfähig, wenn eine zweimal wöchentliche ambulatorische Behandlung genügend ist. Bei Nasenleiden wird Arbeitsunfähigkeit eintreten, wenn operative Eingriffe notwendig sind. Es kann an dieser Stelle nicht unterlassen werden zu betonen, daß viele Augen-, Ohren- und Nasenkranke ganz gut ihrer Beschäftigung nachgehen könnten, wenn sie nicht gar soviel Zeit in den Ambulatorien, Spitälern und Kliniken, die sie zur notwendigen ambulatorischen Behandlung aufsuchen, zubringen müßten. Gerade für diese Kranke wäre es zweckmäßig, in allen peripheren Bezirken der Großstädte Ambulatorien einzurichten, damit solche Kranke möglichst rasch und ohne Zeitverlust behandelt werden können.

Dasselbe gilt auch für die Frauenkrankheiten. Die chronischen Parametritiden und die Adnextumoren mit ihren vielfachen Beschwerden gehören zu den chronischesten aller Krankheiten. Jahraus, jahrein besuchen diese Frauen die Ambulanzen, soll man alle diese „Kranken" für arbeitsunfähig erklären? Es richtet sich dies ganz nach der Individualität des Falles. Hat die Betreffende eine sitzende Beschäftigung, werden bei der Arbeit weder die Muskeln des Unterleibes noch die Extremitäten in Aktion gesetzt und ist gleichzeitig die chronische Konstanz des Befundes sichergestellt, dann kann man unbedenklich diese Frau in die Arbeit schicken. Muß dieselbe aber bei ihrer Arbeit den ganzen Tag stehen, muß sie irgend eine Maschine treten, muß sie Treppen steigen und während ihrer Arbeit fortwährend in Bewegung sein, dann werden wir uns nicht so leicht entschließen können, solche mit gynäkologischen Leiden Behaftete arbeiten zu lassen, weil eben immer die Gefahr besteht, daß durch die Arbeit die Krankheit verschlimmert wird, und daß es zu akuten Inflammationen kommt, die die Betreffenden auf Wochen ins Bett zurückbringen. Vom gleichen Gesichtspunkte wird man auch die Arbeitsfähigkeit nach überstandenem Abortus beurteilen müssen. Das Krankenkassengesetz gewährt bekanntlich den Frauen nach normalen Geburten ein vierwöchentliches Entbindungsgeld, welches ohne Rücksicht auf bestehende Krankheiten gezahlt wird. Für den Abortus hat diese gesetzliche Bestimmung keine Rechtsgültigkeit. Eigentlich ist dies eine Härte des Gesetzes, denn wir wissen, daß gerade der Abortus unter viel schwereren Komplikationen sich abspielt, und daß die Involutio uteri meist langsamer und unvollkommener vor sich geht als nach normaler Entbindung. Jedenfalls möchte ich anraten, nicht vor Beginn der dritten Woche die Arbeit wieder aufnehmen zu lassen, also den Frauen mindestens die Hälfte dessen als Erholungszeit zu gewähren, was das Gesetz für die normale Entbindung feststellt.

Eine der größten Belastungen des gegenwärtigen Versicherungswesens bilden die Patienten mit partieller und totaler Invalidität und die Alterskranken. Bei unserem





gegenwärtigen Krankenversicherungsgesetze haben alle jene Individuen, die an den Folgen einer vorausgegangenen Erkrankung zu leiden haben, die nicht krank, aber doch partiell oder total invalid sind, weil eben ein konstanter, irreparabler Zustand besteht, und weiters alle jene, bei denen Alterserscheinungen die Erfüllung der normalen früheren Beschäftigung unmöglich machen, Anspruch auf Krankengeld. Das bedeutet eine ungeheure Belastung der Krankenkassen, daher ist es klar, daß dieselben mit Freuden die in Aussicht stehende Reform der Krankenversicherung begrüßen, weil sie hoffen, daß eine Unzahl von Kranken, die als Invalide und Altersschwache heute an dem Fonds der Krankenkassen zehren, in Hinkunft der Invaliden- und Altersversicherung anheimfallen werden. Der neue Gesetzentwurf, der kürzlich unserem Abgeordnetenhause vorgelegt wurde, setzt den Anspruch der Altersrente mit dem ersten Tage nach Vollendung des 65. Lebensjahres fest (3. Hauptstück, § 90). Nicht nur jeder Kassenarzt, sondern jeder Arzt überhaupt weiß, daß die Altersbeschwerden häufig und bei Arbeiterklassen kann man sagen in der überwiegenden Mehrzahl schon frühzeitig aufzutreten pflegen. Ich habe in einer früheren Mitteilung darauf hingewiesen, daß die Alterserkrankung par excellence, die Arteriosklerose in den fünfziger, vierziger, ja sogar in den dreißiger Jahren, und zwar in hohem Grade sich bemerkbar macht. Auch eine andere Krankheit, das Emphysem mit seinen heftigen dyspnoischen Beschwerden, welche jede, namentlich körperliche Arbeit unmöglich machen, tritt bei gewissen Berufen, die an chronischem Bronchialkatarrh leiden, weil sie der kontinuierlichen Staubinhalation unterworfen sind, ziemlich frühzeitig auf. Wir schicken diese Kranken in die Arbeit, aber wir machen immer wieder die Erfahrung, daß sie nach ganz kurzer Zeit wieder in den Krankenstand zurücktreten. Der Entwurf des Invalidenversicherungsgesetzes ergänzt daher in zweckentsprechender Weise die Altersversicherung, indem es in §84 festsetzt, daß auf die Invalidenrente ohne Rücksicht auf das Lebensalter Versicherte Anspruch haben.

Derselbe Paragraph setzt auch genau den Begriff der Invalidität fest, indem er sagt: „Als invalid ist derjenige anzusehen, welcher infolge von Alter, Krankheit oder anderer Gebrechen nicht imstande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.“ Wie schön dies auf dem Papier zu lesen ist, aber welche Schwierigkeiten werden dem ärztlichen Begutachter bei der Beurteilung der Invalidität in praxi erwachsen!

Ich könnte nun die Gelegenheit benutzen, um auf eine Besprechung des neuen Versicherungsgesetzentwurfes, welcher nicht nur die Invaliden- und Altersversicherung neu festsetzt, sondern auch eine Umwälzung der bisher bestehenden Krankenversicherung in sich schließt, näher einzugehen. Ich müßte mich jedoch zu diesem Behufe auf das sozialpolitische Gebiet begeben, was nicht im Zwecke meines heutigen Vortrages liegt. Ich will dies ausführlich an anderer Stelle tun. Hierorts möchte ich nur darauf aufmerksam machen, daß unsere bisherige Art der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, die ich in großen Zügen für die verschiedenen Krankheitsgruppen dargelegt habe, höchstwahrscheinlich einen totalen Umschwung erfahren dürfte.

Gegenwärtig haben wir nur zu unterscheiden: arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig. Wir sind durch die Macht der Verhältnisse gezwungen, mit chronischen Leiden behaftete Individuen in die Arbeit zu schicken, obwohl wir mit ziemlicher Sicherheit voraus ahnen, daß dieselben bald wieder in den Krankenstand zurückkehren. Nach den Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes werden wir in vielen solcher Fälle das Diktum „invalid“ abgeben. Denn auch bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, also selbst für den Fall, wo wir in Erwägung ziehen, daß sich vielleicht der Zustand wieder bessern könnte, hat der Betreffende Anspruch auf seine Invalidenrente.

Gerade die erwähnte Verfügung geschieht aber teilweise zum Heile des Kranken, da die Invalidenversicherungsanstalt das Recht hat und dies wohl auch unzweifelhaft ausführen wird, Maßnahmen zu treffen, die die Erwerbsfähigkeit des Invalidenrentenempfängers wieder herstellt. Die Invalidenversicherungsanstalt hat insbesondere, wie es in § 93 heißt, den Invalidenrentner in eine Heilanstalt (Heimstätte) unterzubringen und so wird insbesondere, was die Tuberkulosen betrifft, jener Erfolg in Aussicht stehen, den wir schon heute in Deutschland gezeitigt sehen: Die Invalidenversicherung erhält und errichtet Heilstätten, sie sorgt für die Möglichkeit einer wirklichen Besserung und Heilung des Krankheitszustandes, zumal eine solche namentlich unbemittelten Klassen und in den Kreisen des Proletariats in den ungesunden, unhygienischen Behausungen der Kranken und bei Mangel entsprechender Ernährung unmöglich erscheint. Darin liegt vom ärztlichen Standpunkte aus der wahre Wert der Invalidenversicherung, und nur dann, wenn die Invalidenversicherung diesen Zwecken nachgeht, wird sie wirklich Großes zu leisten vermögen.

Nur noch eine Bemerkung über die Simulation. Der Arzt, der sich erst kurze Zeit mit dieser Art von Untersuchungen beschäftigt, ist am meisten geneigt, „Simulanten zu riechen“. Meine reichlichen Erfahrungen haben mich zu der Überzeugung gebracht, daß es wirkliche Simulanten nur verschwindend wenige gibt. Hie und da begegnet man natürlich Personen, die man direkt als Betrüger bezeichnen muß. Da ist vor Jahren in unserer chefärztlichen Ordination ein Mann ertappt worden, der einen blutigen Harn vorwies. Das Untersuchungsergebnis war, daß der Betreffende seinem Harn roten Wein beigemischt hatte. Vor kurzem wurde ein Patient entlarvt, der durch Schwefelsäureätzung sich selbst ein Geschwür erzeugt hatte. Man sieht, daß zuweilen ziemlich schmerzhafte Prozeduren vorgenommen werden, um im Krankenstand zu verbleiben. Ich hatte kürzlich folgenden Fall — es sind kaum acht Wochen her. Es handelte sich um einen Bäcker, der mit Gonorrhöe in Behandlung stand. Bei Druck auf das Orificium urethrae entleerte sich ein dicker, weißer Tropfen. Nach Entleerung desselben konnte ich nichts weiter aus der Urethra herauspressen. Ich brachte ein Partikelchen des genannten Tropfens auf einen Objektträger und untersuchte mikroskopisch. Es war keine Spur von Eiter zu sehen. Entsprechende Recherchen von seiten der Kasse ergaben, daß das betreffende Individuum sich Seifenschaum in die Urethra hineingebracht und so eine „künstliche Gonorrhöe“ erzeugt hatte. Wie diese Fälle lehren, wird man also auch zuweilen das Mikroskop benutzen müssen, um sich in zweifelhaften Fällen Anhaltspunkte zu verschaffen.

Aber etwas anderes kommt noch häufiger vor. Individuen, die einmal eine bestimmte Krankheit durchgemacht haben und deren Symptome ganz genau kennen, kommen zuweilen zum Arzte und klagen in genau derselben Art über dieselben Erscheinungen, die sie seinerzeit durchgemacht. Ein Beispiel bildet die Ischias. Da ist es oft sehr schwierig zu entscheiden, handelt es sich wirklich um ein Rezidiv oder liegt Simulation vor? Die Patienten wissen schon, wie der Arzt untersucht, welche „Kniffe“ er anwendet, und sie haben sich im voraus darauf vorbereitet.

Noch häufiger kommt es vor, daß Patienten wissen, daß sie ein chronisches Leiden haben, z. B. eine chronische Lungentuberkulose, eine alte Karies, ein Emphysem, einen chronischen Rheumatismus usw. Die Betreffenden arbeiten monatelang, ohne zum Arzte zu gehen. Plötzlich verlieren sie die Arbeit und nun benutzen die Betreffenden ihr altes chronisches Leiden, um Krankenstand zu verlangen. Das

sind die Hauptmasse jener Leute, die man eigentlich fälschlich als Simulanten bezeichnet. Krank sind ja diese Individuen tatsächlich, ein objektiver Befund liegt ja vor, aber nun tritt die große Schwierigkeit an uns heran, zu entscheiden, ist der Patient mit den gegenwärtig vorhandenen Beschwerden wirklich nicht arbeitsfähig, oder ist er es trotz derselben. Da müssen wir uns manchmal um gewisse Dinge bekümmern, die eigentlich nicht rein ärztlicher Natur sind. Wir müssen wissen, ob für die betreffende Arbeiterkategorie gerade Arbeitssaison ist oder nicht, wir müssen wissen, ob der Betreffende in Arbeit steht oder aus der Arbeit entlassen wurde, wir müssen zu erfahren suchen, ob in dem betreffenden Betriebe, dem der zu Untersuchende angehört, die Arbeit temporär ausgesetzt wurde und Entlassungen stattfanden, wir müssen uns erkundigen, ob ein Streik besteht usw. Diese letztgenannten Momente sind es oft, welche unser definitives Urteil über die Arbeitsfähigkeit bestimmen.

Indem wir über die Arbeitsfähigkeit zu urteilen haben, müssen wir immer daran denken, daß wir Ärzte in dieser Sache gleichsam Richter sein sollen. Nicht nur die Kenntnisse unserer Wissenschaft, nicht nur der objektive Befund, der uns häufig ganz im Stiche läßt, nicht nur die subjektiven Beschwerden, sondern auch eine ganze Reihe von Fakten, welche teils die Art der Beschäftigung des Betreffenden betreffen, teils die Glaubwürdigkeit seiner Angaben illustrieren, müssen unser definitives Urteil bestimmen. Darum müssen wir Zeit haben zur gründlichen, eingehenden Untersuchung, aber auch Zeit zur kühlen, nüchternen Überlegung des Falles. Und daran fehlt es leider oft den überbürdeten und überangestrengten Kassenärzten. Erst gründlich untersuchen und dann die Verhältnisse des speziellen Falles genau überlegen. Denn wenn irgendwo, so gilt hier der Satz Ciceros: „Ita finitima sunt falsa veris, ut in praecipitem locum sapiens non debeat se committere: So nahe aneinander grenzt Wahres und Falsches, daß ein Weiser die geringste Übereilung vermeiden muß."

Über Mesotan.

Von **Dr. Ludwig Haagner**, Primararzt im Elisabethinen-Spitale, Graz.

Die verschiedenen Bilder im Verlaufe des Gelenkrheumatismus und anderer Rheumatoide spiegeln sich am besten in den Umwandlungen, die die Behandlung dieser Krankheiten im Laufe der Zeit erfahren hat. Auch bei diesem Krankheitsprozeß spielt die Individualisierung eine große Rolle, soll die Therapie einigermaßen von dauerndem Erfolge sein. Die Zahl der empfohlenen Heilmittel ist Legion, ja der Gelenkrheumatismus steht unter den Erkrankungen, welche die größte Abwechslung in den Medikamenten erreicht haben, so ziemlich zu oberst. Bei der inneren Behandlung stehen die Salizylpräparate obenan und werden voraussichtlich diesen Platz noch lange innehaben. Doch viel versuchen wir in manchen hartnäckigen Fällen auch örtlich, teilweise um eine raschere Zerteilung und Aufsaugung des Exsudats herbeizuführen, teilweise um den Schmerz zu lindern. Diesen beiden Forderungen kommt das in neuerer Zeit erzeugte „Mesotan", ein Salizylester, in erfreulicher und in manchmal geradezu überraschender Weise nach.

Das Mesotan ist der Methoxymethylester der Salizylsäure, eine nahezu geruchlose, gelbliche Flüssigkeit, die mit Alkohol, Äther etc. sowie auch mit fetten Ölen mischbar ist. Es wird von der Haut sehr schnell resorbiert und dann von den Gewebssäften leicht zerlegt: kurze Zeit nach der Applikation ist bereits Salizylsäure im Harn nachweisbar. Die Spaltung vollzieht sich in der Weise, daß durch die verseifende Wirkung der Gewebsalkalien die Salizylsäure abgespalten wird, zugleich entstehen Formaldehyd und Methylalkohol. Die Salizylsäure in statu nascendi scheint eine ganz besonders günstige Wirkung zu entfalten. Dies erklärt auch die bei lokaler Applikation von Mesotan oft außerordentlich rasch eintretende schmerzstillende Wirkung.

Zahlreiche bereits vorliegende Publikationen bestätigen die günstige Wirkung des Mesotans auf alle Rheumatosen. Floret spricht von Erfolgen bei akutem Muskelrheumatismus, die geradezu ans Wunderbare grenzen („Deutsche med. Wochenschr.", Nr. 42, 1902). Röder („Münchener med. Wochenschr.", Nr. 50, 1902) erwähnt, daß die Erfolge bei den Fällen von subakutem Gelenkrheumatismus, die der inneren Therapie vielfach so wenig zugänglich sind, geradezu glänzend waren. Auch Posselt („Deutsche med. Zeitung", Nr. 21, 1903) betont besonders die auffallend rasche Wirkung bei akutem Muskelrheumatismus, ferner bei rheumatoiden Erscheinungen im Verlaufe von und nach Influenza. Frankenberger („Münchener med. Wochenschr.", Nr. 30, 1903) konstatiert gleichfalls die rasche Wirkung bei akutem Muskelrheumatismus einschließlich Lumbago, ferner bei akutem Gelenkrheumatismus; Strass („Wiener klin. Rundschau", Nr. 50, 1903) empfiehlt Mesotan besonders bei rheumatischer Pleuritis, ferner gegen Nachtschweiß der Phthisiker; Brugsch („Therapie der Gegenwart", Nr. 2, 1904) sah von Mesotan auch dann noch Erfolge, wenn die Salizylsäure, innerlich gegeben, versagte. Das Mittel leistete ihm gute Dienste, namentlich bei den Attacken des subakuten und chronischen Gelenkrheumatismus, ferner bei Muskel- und Faszienrheumatiden. In gleich günstiger Weise äußern sich auch Niedner, Weil, Hellmer u. a. Weil („Münchener med. Wochenschr.", Nr. 7, 1904) macht insbesondere auf die Art der Applikation aufmerksam. In dieser Beziehung ist zu beachten, daß am besten stets eine Mischung von gleichen Teilen Mesotan mit Olivenöl verwendet wird. Auch braucht man selbst bei größeren Flächen kaum mehr als etwa einen Teelöffel voll dieser Mischung auf einmal zu applizieren. Die Mischung soll nicht kräftig eingerieben, sondern nur mit einem Pinsel oder Wattebausch aufgestrichen oder mit der Hand sanft verrieben werden. Bei eintretender Rötung der Haut werde mit der Applikationsstelle gewechselt oder auch die Anwendung auf kurze Zeit ausgesetzt.

Unter der Einwirkung des Mesotans habe ich sowohl in vasomotorischer als auch anästhesierender Richtung rasch auftretende Erfolge beobachtet. Auch bei rheumatoiden Muskelschmerzen war der Erfolg der lokalen Applikation frappant. Die Schmerzen ließen prompt nach, so daß die Wirkung den Patienten selbst angenehm auffiel. Ich habe seither das Mittel in zahlreichen Fällen angewandt, ohne irgendwelche unangenehme Nebenwirkung zu beobachten. Selbst bei längerem Gebrauche treten die sattsam bekannten unangenehmen Salizylwirkungen, wie Ohrensausen, Appetitstörungen etc., welche die interne Salizylmedikation so häufig erschweren, nicht auf. Die von verschiedenen Seiten angeführten Reizerscheinungen, die bei der Verwendung von Mesotan auftreten sollen, dürften wohl auf unzweckmäßige Applikation zurückzuführen sein, denn ich habe solche Reizerscheinungen trotz fortgesetzter und sehr ausgedehnter Verwendung des Mittels nicht gesehen.

Seit den zuerst beobachteten günstigen Einflüssen des Präparates ist mir Mesotan ein unentbehrliches und wertvolles Adjuvans in der Therapie der obgenannten Krankheitszustände geworden.

Referate.

H. Hochhaus (Köln): **Die Behandlung der Lungenblutungen.**

Hauptaufgabe der Behandlung ist es, dem Kranken möglichste Ruhe zu verschaffen, sowohl psychische als auch körperliche. Der Arzt wird ihn zuerst durch den Hinweis beruhigen, daß in der Blutung an und für sich gar keine Gefahr liege, und wird ihm mit vollem Rechte versichern, daß sie binnen kurzer Zeit aufhören werde. Dabei braucht man den Kranken über den Ernst der Sache doch

nicht ganz hinwegzutäuschen, sondern soll ihm wohl vorhalten, daß eine sorgfältige Behandlung auch dieser kleinen Blutung erforderlich sei. Dazu verordnet man am besten absolute Bettruhe in einem kühlen, ruhigen Zimmer, in welchem außer dem Pfleger sich niemand aufhalten soll, damit dem Kranken das Sprechen und jede Aufregung möglichst erspart werde. Als Nahrung erhalte er in den ersten Tagen nur kühle Getränke und Suppen; in der ersten Stunde nur einige Eisstückchen. Auf die Brustseite, aus welcher die Blutung gekommen ist, legt man einen Eisbeutel; sollte es nicht möglich sein, durch eine kurze Untersuchung die erkrankte Seite zu eruieren — und das ist nicht selten der Fall —, so legt man den Eisbeutel auf die Gegend des Herzens, um dessen meist sehr aufgeregte Tätigkeit zu beruhigen („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 5). Eines alten Rufes als Blutstillungsmittel erfreut sich das Kochsalz, von dem man sofort einen Eßlöffel mit wenig Wasser schlucken läßt. Von styptischen Mitteln verordnet man entweder das Extr. secal. cornut. fluidum, 3mal 10—20 Tropfen, oder das Extr. Hydrastis canadensis etwa in gleicher Dosis oder auch das von TRAUBE empfohlene Plumbum aceticum, 0·02 zweistündlich; von FRÄNKEL wird sehr warm das Ol. Terebinth. in Kapseln (à 0·5, 4—5 Stück in 24 Stunden) empfohlen. In ganz leichten Fällen wird man sich mit der Verordnung des HALLERschen Sauer begnügen. Die schematische Anwendung von Opium und Morphium in jedem Falle von Hämoptoe ist zu verwerfen. Die Indikation zu diesen Mitteln ist nur dann gegeben, wenn ein fortwährender Reizhusten den Kranken quält und zu befürchten steht, daß durch die anhaltenden Hustenstöße der spontane Stillstand der Blutung verhindert wird. Es ist nicht zu billigen, daß dem Kranken empfohlen wird, gleich nach der Blutung leichtere Körperbewegungen zu machen. Sollte die Erkrankung weiterschreiten, so kommen in Betracht: Vermeidung von körperlicher Anstrengung, von psychischer Aufregung, Enthaltung des Genusses stärkerer Alkoholika etc. Führt die Tuberkulose in weiterer Entwicklung zur Einschmelzung des Lungengewebes und zur Kavernenbildung, dann werden die Blutungen aus der Lunge meist größer und erreichen nicht selten einen Umfang, daß sie durch den Blutverlust allein dem Kranken sehr verhängnisvoll werden können; hier gilt es dann, durch energisches Eingreifen möglichst bald einen Stillstand der Hämoptoe zu bewirken. Absolute Ruhe, Eisblase, kühle und spärliche Nahrung müssen natürlich auch hier sofort angeordnet werden; daneben aber auch die bekannten chemischen Mittel und physikalischen Maßnahmen, von denen wir erfahrungsgemäß wissen, daß sie eine ausgesprochen blutstillende Wirkung haben. Von den ersteren stellt Verf. allen voran die jüngst von LANCEREAUX empfohlenen subkutanen Injektionen von Gelatine. MERCK bringt sie in den Handel in Glastuben von 40 cm^3 Inhalt einer 10%igen Gelatine. Die Tube wird leicht erwärmt, bis die Gelatine vollkommen flüssig ist, dann wird eine Spitze der Tube abgebrochen und der Inhalt mit einer entsprechend großen Spritze aufgesaugt; injiziert wird entweder vorn am Thorax oder an der Außenseite der Oberschenkel. Der Schmerz ist nur anfangs einigermaßen bedeutend, wird aber durch eine Eisblase gelindert und verschwindet bald. Die Injektion kann, je nach Bedürfnis, in den nächsten Tagen wiederholt werden. Von mechanischen Maßnahmen sind besonders zwei zu erwähnen: in erster Linie das schon im Altertum geübte Abbinden der Glieder, ferner die Ruhigstellung der erkrankten Brustseite. NIEDNER empfiehlt dazu einen komprimierenden Heftpflasterverband, den er mit breiten Heftpflasterstreifen in 12 Touren um die erkrankte Seite herumlegt. Die operative Stillung von Lungenblutungen ist vorläufig wohl in den meisten Fällen als aussichtslos zu bezeichnen. B.

C. ENGELBRETH (Kopenhagen): **Die Abortivbehandlung der Gonorrhöe. Eine neue Methode.**

Derselbe: **Meine Methode zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe.**

Die vom Autor als neu bezeichnete Methode besteht in Spülungen der Harnröhre nach JANET, nur wählt er als Spülflüssigkeit Argentum nitricum in einer Konzentration von $^1/_8$—$^1/_4$%. Der leitende Gedanke hierbei ist die Herbeiführung der „schichtweisen Destruktion von Epithel und Gonokokken". Hierzu bedürfe es in erster Linie eines geeigneten Ätzmittels, wie wir es zweifellos im salpetersauren Silber besitzen. Nun werden ja bekanntlich schon seit langer Zeit solche Injektionen zur abortiven Behandlung empfohlen; die dabei auftretenden Mißerfolge schreibt der Autor aber der Verwendung der Tripperspritze („Monatshefte f. prakt. Dermatol.", 36, 10) zu, deren Inhalt nur ausnahmsweise der nach dem Autor überaus (von 4—20 cm^3) schwankenden Kapazität der Harnröhre entspricht, so daß daraus die Notwendigkeit erhellt, wenn man tatsächlich alle Buchten und Falten der Urethralschleimhaut benetzen will, sich des JANETschen Verfahrens zu bedienen. Zur abortiven Behandlung sind bloß vier Spülungen notwendig, die zweite folgt der ersten nach 6—12 Stunden, die folgenden nach weiteren 10—12 Stunden. So ist die Behandlung scheinbar in 48 Stunden abgeschlossen. Wir sagen scheinbar; denn selbst abgesehen davon, daß die zweite und die folgenden Spülungen so schmerzhaft sind, daß die Kokainisierung der Harnröhre mit 2—3·0 cm^3 einer 3%igen Lösung nötig erscheint und daß auch die auftretende Strangurie, um die spontane Urinentleerung zu ermöglichen, mit $^1/_2$%igen Kokaininjektionen bekämpft werden muß, ist eine Nachkur, bestehend in Darreichung großer Mengen von balsamischen Mitteln, anzuschließen. Den Balsamicis wird die Aufgabe zugeschrieben, günstig auf die Strangurie einzuwirken, sekundäre Infektionen hintanzuhalten und ein Auflodern der doch nicht geschwundenen Gonorrhöe etwas einzudämmen. Klärt sich der Urin einige Tage nach der Behandlung, so ist die Abortivkur gelungen, sonst bleibt der Urin trüb und es zeigt sich neuerdings eitriger Ausfluß. Unter 30 so behandelten Fällen von Urethritis acuta anterior waren 17 in zwei Tagen geheilt, die restlichen 13 mißlangen, verliefen aber leicht und konnten in 4—6—8 Wochen der Heilung zugeführt werden. Schon bei der Beobachtung dieser Fälle fand der Autor, daß solche mit längerer Inkubation sich für die Behandlung besser eignen; da die längere Inkubation von einer geringen Virulenz der Keime oder von dem größeren Widerstand des Epithels gegen ihr Eindringen abhängig scheint, so scheidet der Autor zwischen epithelialer Gonorrhöe und der subepithelialen; als Unterscheidungszeichen gilt für die erstere das Fehlen jeglicher Inflammation des Orifiziums im Verlauf der ersten Tage der Gonorrhöe. In seiner zweiten Publikation („Monatsh. f. prakt. Dermatol.", 39, 2) hebt der Autor noch ein weiteres Moment hervor; es muß zur Zeit des Beginnes der Abortivbehandlung die erste Urinportion klar sein und bloß einzelne Flocken suspendiert enthalten. Bei einer solchen Auswahl der Fälle verliefen in der II. Serie von 30 Kranken bloß vier negativ und diese sicherlich nur, weil sie nicht entsprechend vorsichtig ausgewählt waren. Der Autor findet jetzt in der Regel mit zwei Lapisspülungen das Auslangen; die erste wird mit 600·0 g einer $^1/_2$%igen Lösung von 37° Wärme aus einer Fallhöhe von 125 cm gemacht, die zweite ist bloß $^1/_8$%ig und wird 4—6 Stunden nach der ersten vorgenommen; überdies sind auch gleich bei Beginn der Behandlung Orifizium und Fossa navicularis mit einer 3%igen Lapislösung zu waschen. Die Behandlung ist damit eigentlich in 6 Stunden abgeschlossen. Wir haben von der Strangurie bereits gesprochen, sie dauert in der Regel eine Woche an, so daß der Kranke sicherlich während dieser Zeit erheblich leidet. Die Fälle werden erst nach mindestens dreiwöchentlicher Beobachtung entlassen. Das bekannte „Tuto, cito et jucunde" variiert der Autor, indem er seiner Methode die schmückenden Beiworte „zuverlässig, schnell und ungefährlich" mit auf den Weg gibt. DEUTSCH.

K. BÜRKER (Tübingen): **Die Wirkungen des Höhenklimas auf das Blut.**

Es gibt nicht weniger als sechs Theorien zur Erklärung für die konstatierte Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins in der Höhenluft. Die erste Theorie nimmt an, daß der blutbereitende Apparat auf das Höhenklima in irgend einer Weise mit vermehrter Tätigkeit reagiert; eine zweite Theorie (A. FICK) nimmt eine Verlängerung der Lebensdauer der roten Blutkörperchen an, weil diese bei der vorhandenen Sauerstoffverdünnung weniger abgenutzt werden; eine dritte Theorie (E. GRAWITZ) läßt durch die vermehrte Verdunstung im Hochgebirge das Blut dickflüssiger werden; die Theorie von N. ZUNTZ nimmt an, daß es infolge der starken

und 5. die Erfolge sehr gut. Die beschriebene Methode ähnelt sehr der unlängst („Zentralbl. f. Gynäk.“, 1903, pag. 207) von KÜSTNER veröffentlichten Operation, doch ist diese ganz selbständig entstanden, denn drei Operationen wurden ausgeführt, noch ehe KÜSTNERS Arbeit bekannt wurde. STOCK.

W. N. STASSEWITSCH (St. Petersburg): **Beitrag zur Frage der Zytodiagnostik der serösen Pleuritiden.**

Verf. hat die Zytodiagnostik bzw. die Diagnostik nach den Zellen in 54 Fällen von pleuritischem Exsudat angewendet (Petersburger Dissert.; „Wratschebnaja Gazetta“, 1904, Nr. 33), darunter in 43 Fällen tuberkulösen und in 11 Fällen nichttuberkulösen Ursprungs. Bei der tuberkulösen Pleuritis ist die Lymphozytose des Exsudats eine gewöhnliche Erscheinung, wobei bei primärer Pleuritis (meistenteils bei der akuten Form) das Exsudat einen Stich ins Rötliche zeigt und ziemlich stark opaleszierend ist; das Zentrifugat ist reichlich, setzt sich gut ab und ist gleichfalls stets rot gefärbt. Hier findet man stets eine große Anzahl von Formelementen, namentlich von roten Blutkörperchen. Bei sekundärer Pleuritis (meistenteils bei chronischer Form) ist das Exsudat fast durchsichtig, das Zentrifugat spärlich, es bildet sich schwer, und die rötliche Färbung ist nicht besonders stark ausgesprochen. Bei tuberkulöser Pleuritis ist stets eine geringe Anzahl von Epithelzellen vorhanden, während polynukleäre Zellen vollständig fehlen. Bei Pleuritiden renalen und kardialen Ursprungs enthält das Exsudat eine sehr geringe Anzahl von Formelementen, vorwiegend aber Endothelzellen. Bei primärer, nichttuberkulöser Pleuritis, die auch als katarrhalische Pleuritis bezeichnet werden kann, findet man Desquamation des Epithelüberzuges und Anwesenheit sämtlicher Formelemente des Blutes. L—y.

SKLIFOSSOVSKY (St. Petersburg): **Angeborene Neubildungen des Schädels und Zerebralhernien.**

Den Ausführungen des Verf.s („Die Medizinische Woche“, 1902, Nr. 50) liegt ein Fall zugrunde, der ein 6jähr. Mädchen betrifft. Das Kind hatte an der klassischen Stelle, an der angeborene Zerebralhernien aufzutreten pflegen, nämlich in der Mittellinie des Gesichts, am Nasenrücken, eine Bruchpforte, durch welche eine bruchartige Vorstülpung jedoch nicht stattgefunden hatte. Eine derartige Vorstülpung könnte zustande kommen, wenn später eine bedeutendere Dehnung der lateralen Gehirnventrikelchen stattgefunden hätte. Man kann aber auch einen entgegengesetzten Verlauf der Erscheinungen annehmen: In den ersten Lebensjahren bestand hier vielleicht eine bruchartige Vorstülpung; diese letztere hatte sich aber dank eventuellen günstigen Verhältnissen der weiteren Entwicklung des Organismus vielleicht allmählich verringert und war mit dem fortschreitenden Zusammenfallen der lateralen Gehirnventrikelchen allmählich nach innen gezogen worden, wonach die Dura mater, indem sie sich mit dem äußeren Periost vereinigte, die offene Stelle, bzw. die Bruchpforte, ausgefüllt hatte. Zu dieser Zeit begann sich aus dem jungen Bindegewebe, welches dem Periost unmittelbar anlag, ein Fibrom zu entwickeln; die bindegewebige Geschwulst verschmolz, nachdem sie bedeutende Dimensionen erreicht hatte, fest mit den allgemeinen Hautdecken, welche sich an den Stellen der größten Vorstülpung der Höcker der Neubildung als sehr dünn erwiesen haben. Inmitten des Fibroms konnte sich eine Lymphhöhle bilden, welche, sich allmählich erweiternd, das benachbarte Gewebe bis zur Bildung einer Blase verdünnen konnte. In der Tat machte die im Falle des Verf.s vorgefundene mehrfache Aufschichtung rings um die Lymphhöhle herum diese Vermutung sehr wahrscheinlich. Der in der Geschwulst bestehende Lymphzwischenraum zeigte die Größe einer Mandelnuß; es liegt kein Grund vor, die Möglichkeit von der Hand zu weisen, daß dieser Zwischenraum sich immer mehr und bis zur Bildung einer Blase entwickelt hatte. Isolierte zystenartige Schädelgeschwülste mit serösem Inhalt findet man an den Stellen, an denen angeborene Zerebralhernien auftreten, nämlich in der Mitte des Ossis occipitalis, der Lokalisationsstelle des vierten Gehirnventrikelchens entsprechend, am Nasenrücken, dem vorderen Teile eines der lateralen Gehirnventrikelchen entsprechend, und hinter dem Processus mastoideus, entsprechend dem vorderen Horn des lateralen Gehirnventrikelchens. Man fand sie aber auch an anderen Partien des Schädels, und Prof. SCHIMANOWSKI hat sogar über eine Hernia lateralis (!) cerebri berichtet. Im ersten Falle sollten sich nach einem Versuche, die Geschwulst, welche als einfache Zyste gedeutet wurde, zu exstirpieren, bei der Kranken Gehirnerscheinungen eingestellt haben. Die Kranke fieberte. Die Geschwulst wurde in diesem Falle nicht reseziert, sondern nur die dieselbe überkleidenden Hautdecken eröffnet. Die Kranke genas nach einer ziemlich langwierigen Eiterung. Im zweiten Falle wurde die Geschwulst, welche Prof. SCHIMANOWSKI als laterale Zerebralhernie deutete, nicht operiert, und zwar aus Befürchtung, ähnliche Gehirnerscheinungen hervorzurufen, wie sie bei der ersten Patientin aufgetreten waren. Die Geschwulst wurde jedoch in diesem Falle von einem anderen Operateur exstirpiert: Gehirnerscheinungen waren bei dem Patienten nach der Operation nicht aufgetreten. L—y.

Aus der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien.

ALFRED SELKA: Isopral.

Es kamen an der Klinik in der Beobachtungszeit 400 *g* Isopral zur Verwendung bei 22 Personen männlichen und weiblichen Geschlechtes, u. zw. bei 8 Fällen von Paralyse, 5 Fällen von Amentia, 3 Hebephrenen und bei je einem Fall von Halluzinose, Hypochondrie, Melancholie, Paranoia, Lues cerebri kombiniert mit Hysterie und Dementia senilis („Pharm. u. ther. Rundsch.“, 1905, Nr. 2). Die gebräuchlichen Dosen betrugen 0·5 *g* und 1 *g*. Letztere Dosis bezeichnet Verf. in Übereinstimmung mit RAIMANN als Normaldosis. Mit 0·25 *g* erzielte er gar keine Wirkung, mit 0·5 *g* war dieselbe bereits zu erkennen und manchmal sogar vorzüglich, im großen und ganzen aber unzulänglich, weshalb er zu 1 *g* schritt und damit günstige Resultate erzielte. Die größte Dosis, die er auf einmal verabreichte, betrug 2·5 *g*. Es ist von großer Wichtigkeit, daß die Verabreichung des Mittels nur auf einmal erfolge und nicht in dosi refracta, da dasselbe bei seiner ungemein raschen Flüchtigkeit auch sehr bald eliminiert wird und die erste Wirkung bereits verschwunden ist, bevor die zweite summierend hinzutritt. Wenn auch der Schlaf nach Isopral kein tiefer ist, oft kleine Geräusche genügen, um aufzuwachen, so hat dieses Mittel vor vielen anderen Hypnoticis das eine voraus, daß mit dem Aufhören des Schlafes seine Wirkung erloschen ist und Nachwirkungen, wie Eingenommenheit des Kopfes, starker Kopfschmerz, Schwindel- oder Schwächegefühle, nie beobachtet wurden. Puls und Respirationen wurden nur unmerklich beeinflußt. Die sedative Eigenschaft des Isoprals ist sehr mäßig. Dasselbe ist im ganzen genommen ein gutes, brauchbares, empfehlenswertes Mittel bei allen Schlaflosigkeitszuständen einfacher Art. G.

Kleine Mitteilungen.

— Über **Saugtherapie bei Ohrerkrankungen** berichtet SONDERMANN („Arch. f. Ohrenheilk.“, Bd. 64). Man muß bei eitrigen Mittelohrkrankheiten dem Eiter dauernd Abfluß nach außen verschaffen und jede Stagnation, die leicht zu einer Umkehr des Sekretstromes nach innen gegen lebenswichtige Organe hin führen kann, hintanhalten. Wo die saugende Wirkung trockener Gazestreifen, die in den Gehörgang eingeführt sind, nicht ausreicht, um dieser obersten Aufgabe gerecht zu werden, kann durch Luftverdünnung im Gehörgange nachgeholfen werden. Die zu diesem Zwecke angewandten Methoden stimmen darin überein, daß der absaugende Schlauch mit seinem Ansatzstück unmittelbar in den äußeren Gehörgang eingeführt wird. Dies ist bei empfindlicher Haut des Gehörgangs ungünstig; auch macht es eine vorherige Reinigung des Gehörgang nötig, so daß der Eingriff ohne ärztliche Hilfe wohl nicht vorgenommen werden kann. Die Nachteile vermeidet man durch einen Apparat, der nicht allein den äußeren Gehörgang, sondern das ganze Ohr einschließlich der Ohrmuschel umschließt. Er besteht aus einem halbkugeligen, von einem Gummihohlring umrandeten, starrwandigen

Hohlkörper, etwa von der Gestalt einer Chloroformmaske, der durch einen Schlauch mit einem Saugball, dem POLITZERschen Ballon ähnlich, verbunden ist. Die saugende Wirkung wird von der elastischen Wandung des Ballons ausgeübt. In chronischen Fällen hat der Apparat den Vorteil, eine Hyperämie in der Paukenschleimhaut zustande zu bringen, welcher nach BIER ein die Heilung fördernder Einfluß zugeschrieben werden kann.

— Der organisch gebundene Phosphor in Form des **Phytin** spielt in der **Rachitisbehandlung** nach Fürst („Zentralbl. f. Kinderheilkunde", 1904, Nr. 11) eine große Rolle. Es ermöglicht es, dem Organismus des Kindes wesentlich größere Mengen assimilierbarer (vegetabiler) Phosphorsalze zuzuführen, als dies bisher möglich war. Es eignet sich deshalb zunächst für künstlich mit Kuhmilch ernährte Kinder, weil sie die Kuhmilchphosphate bei weitem nicht so gut ausnutzen können wie die der Frauenmilch. Das Phytin vermag den Knochen gebundenen organischen Phosphor, zugleich mit Erdsalzen, reichlich zuzuführen, ist also ein sehr brauchbares Prophylaktikum und Therapeutikum bei nicht zu vorgeschrittener Rachitis. Schließlich führt es den Gehirnganglien und der Nervensubstanz größere Mengen von Phosphor zu, hebt dadurch deren spezifische Ernährung und wirkt auf sie roborierend. Nach alledem darf man das Phytin als eine höchst beachtenswerte Bereicherung der therapeutischen Mittel in der Kinderheilkunde bezeichnen. Junge Kinder erhalten das Präparat in den ersten Lebensjahren in Form von Fortossan (Tabletten mit Milchzucker, à 2·5 *g* pro dosi) in Milch gelöst, 3—4mal täglich ein Stück.

— Zur **Behandlung des akuten Schnupfens** empfiehlt HENLE die BIERsche Stauung („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 6). Verf. läßt eventuell für die Dauer einiger Stunden eine Gummibinde unter mäßigem, nicht höher als bis 25 *mm* Quecksilber gehenden Druck um den Hals legen, dabei wird eine ausreichende Hyperämie, eine deutliche Füllung der Venen und eine bläuliche Verfärbung des Gesichts bewirkt. Der Erfolg tritt meist sehr bald ein. Das Kitzeln in der Nase, das Tränen der Augen und das Laufen der Nase lassen bald nach und am anderen Tage ist der Schnupfen verschwunden. In 6 Fällen hat er fünfmal einen eklatanten Erfolg mit dieser Methode erzielt und nur in einem Falle einer mehr chronischen Affektion blieb die Wirkung aus.

— Zur **Behandlung der Dysenterie** empfiehlt KOLBASSENKO („Fortschr. d. Med.", 1904, Nr. 33) Suppositorien von folgender Zusammensetzung:

Rp. Ichthyoli	gtt. II—VI
Xeroformi	5·0—8·0
Antipyrini	6·8—8·0
Bismut. subnitr.	15·0—20·0

Lanolini et but. cacao aa. q. s. ut f. supposit. No. X.
S. 1—2mal täglich je ein Suppositorium.

Bei gesteigerter Empfindlichkeit des Darms ist das Ichthyol durch Extr. Opii zu ersetzen. Die therapeutische Wirkung dieser Suppositorien erklärt Verf. aus der vasokonstriktorischen und schmerzstillenden Wirkung des Ichthyols, bzw. Antipyrins, während das Xeroform direkt auf die ulzerösen Geschwürsflächen günstig einwirkt, indem es dieselben eintrocknet. Ähnlich, aber schwächer ist auch die Wirkung des Bism. subnitr.

— Das **Euchinin** hat NICASTRO („Gazz. Med. Lomb.", 63, Nr. 3) gewöhnlich in der Kinderpraxis verordnet, um die Malaria zu bekämpfen, und damit immer guten Erfolg gehabt, hauptsächlich weil man es infolge seiner fast völligen Geschmacklosigkeit ohne Schwierigkeit in beliebiger Lösung verabreichen kann. Immer wurde in Milch gerührtes Euchinin Zimmer verordnet und damit positive und befriedigende Erfolge erzielt. Die Verabreichung des Arzneimittels wurde erst lange nach dem Verschwinden der Fiebers eingestellt, und obschon der Erfolg der gleiche war wie beim Chinin, machten sich bei keinem dieser Behandlung unterworfenen Patienten die geringsten Intoleranz-Erscheinungen bemerkbar. In gleicher Weise äußert sich JOAQUIN, AGUILAR („Rev. Valenc. de Cienc. Med.", 1904, Nr. 36).

— Die Wirkung der **Suggestionstherapie** bei funktionellen Neurosen mittelst verschiedener Arten von Elektrizität erläutert ALTSCHUL an einigen Beispielen („Prager med. Wochenschr.", 1904, Nr. 29). So verschwanden bei Anwendung starker faradischer Ströme allgemeine Krämpfe, in einem anderen Falle Heiserkeit, ferner eine Lähmung des rechten Armes, in einem 4. Falle eine Hemithermanästhesie und ROMBERGsches Phänomen, im 5. Falle Taubstummheit und Paraparese sowie Anästhesie der unteren Extremitäten. In einem 6. Falle kupierten einige Funken aus einem großen RUMKORFFschen Induktor einen allgemeinen mit Opisthotonus verbundenen Krampfanfall bei einem hemianästhetischen Patienten. Es ist diese Behandlungsmethode für alle Erscheinungen der funktionellen Neurose wohl eine der zweckmäßigsten, weil erfolgreichsten, mag man ihr Zustandekommen als physikalisch bedingt oder bloß als Suggestion ansehen.

— Die **Behandlung der Phthise** beschreibt HECTOR W. C. MACKENZIE („Lancet", 1905, Nr. 2). Verf. zeigt, was die moderne Behandlung der Phthise selbst in einer klimatisch so ungünstig gelegenen Stadt wie London leisten kann. Die Phthisiker seiner Beobachtung liegen Tag und Nacht im Freien und unterbrechen selbst an den berüchtigten Londoner Nebeltagen ihre Freiluftbehandlung nicht. Die hier erzielten Erfolge sollen denen der bekannten Sanatorien in keiner Weise nachstehen. Verf. warnt vor der in manchen Anstalten üblichen Überfütterung der Kranken. Drei Mahlzeiten des Tages genügen; Alkohol soll nur als Medizin gereicht werden. In fieberfreien Fällen verwendet er noch vielfach mit Nutzen Tuberkulin, von anderen spezifischen Heilmitteln, wie z. B. den Seren von MARMOREK und anderen, hat er niemals den geringsten Nutzen gesehen. Medikamente haben überhaupt nur als symptomatische Mittel zur Hebung des Appetites, zur Beseitigung des Hustens etc. einen Wert. MACKENZIE rät schließlich, jedem Kranken ganz offen zu sagen, daß er an Phthise leide, da die Mitwirkung des Kranken bei der Kur nicht zu entbehren sei.

— Das von LUCKE für die Gonorrhöebehandlung an Stelle von Protargol benutzte **Novargan**, dessen 15%ige Lösung die Abortivbehandlung von Gonorrhöe noch am 6. Tage nach der Infektion ermöglichte, ist ein feines gelbes Pulver, welches sich in Wasser bis zu 50% zu einer rotbraunen Flüssigkeit löst (v. HOESSLE und GRAETER, „Deutsche Med.-Ztg.", 1905, Nr. 8). Schwache Lösungen werden hergestellt, indem man das Novargan auf die Oberfläche des kalten Wassers schichtet. Der Lösungsprozeß vollzieht sich von selbst, und zwar in erheblich kürzerer Zeit als beim Protargol. Stärkere Lösungen (10—25%) bereitet man, indem man das Novargan mit wenig kaltem Wasser zu einem Brei verrührt und allmählich die der gewünschten Konzentration entsprechende Wassermenge zusetzt. Die Lösungen dürfen nicht erwärmt und müssen vor Licht geschützt, in dunklen, am besten schwarzen Flaschen aufbewahrt werden. Novargan enthält in fester organischer Bindung („maskiert") 10% Silber. Seine Lösungen werden weder durch alkalische Lösungen, Gewebsflüssigkeit, Blutserum, Schleimhautsekret etc., noch durch Salzsäure irgendwelcher Konzentration gefällt; sie reagieren neutral bis schwach alkalisch. Novargan zeichnet sich demnach durch seinen hohen Silbergehalt, seine große Löslichkeit, die festere maskierte Bindung des Silbers, die so gut wie neutrale Reaktion, die starke Gonokokken tötende Wirkung, erhöhte Tiefenwirkung und das Fehlen nennenswerter Reizwirkungen auf Schleimhäute aus.

— Die **intravenöse Anwendung des Collargols** bei einer großen Zahl septischer und infektiöser Krankheitszustände beeinflußt nach RITTERSHAUS („Therap. d. Gegenw.", 1904, Nr. 7) Temperatur, Herztätigkeit und Allgemeinbefinden günstig; bei allgemeinen pyämischen Erkrankungen ist auch in Fällen, wo keine dauernde Heilung erzielt wird, doch die jedesmalige Anwendung des Collargol von einer so auffälligen Besserung gefolgt, daß sie schon deshalb durchaus geboten erscheint. Auf Erysipel hat Collargol einen direkt heilenden Einfluß.

— Bei akuter Gonorrhöe ist das **Helmitol** nach den Erfahrungen von BINDERMANN („W. klin. Rundsch.", 1904, Nr. 25) fast ohne jeden Einfluß. Anders verhält es sich mit der Beeinflussung der subakuten, resp. chronischen Gonorrhöe und Cystitis. In solchen Fällen hat Helmitol das erfreuliche Resultat gezeigt, daß der von den Patienten so überaus unangenehm empfundene Harndrang abnahm und sich auch sonst das subjektive Befinden der Patienten wesentlich besserte. Bei Cystitis verabfolgte Verf. 4 Stück Tabletten oder Pulver à 0·5 *g* in je einer Tasse Herba Herniariae. Den günstigsten Erfolg sah BINDERMANN von Helmitol bei Cystitis non gonorrhoica. In

einzelnen Fällen ist schon nach einwöchentlichem Gebrauche des genannten Mittels eine ausgesprochene Besserung erzielt worden.

— Um den **Einfluß der eiweißreichen Nahrung auf den Eiweißgehalt des Blutserums** zu studieren, gab CHAJES („Therap. d. Gegenw.", 1905, Nr. 1) in der III. medizinischen Klinik der Charité Patienten, die an verschiedenartigsten Affektionen litten, mehrere Wochen lang neben der gewöhnlichen Nahrung täglich 40—50 *g* Sanatogen. Es wurden Kranke mit solchen Affektionen ausgesucht, bei denen voraussichtlich keine Veränderung der Blutbeschaffenheit durch die Krankheit selbst bedingt war und die wenigstens 3 Wochen in der Klinik verblieben. Ausgenommen wurden Fälle, bei denen durch das Vorhandensein von Zucker, Eiweiß oder von größeren Mengen von Retentionsstickstoff Beeinflussungen der Refraktionsexponenten des Blutserums hervorgerufen sein konnten. Mittelst des ABBEschen Refraktometers wurde festgestellt, daß durch die Zufuhr von Sanatogen der Eiweißgehalt des Blutserums erhöht wurde. Die Steigerungen schwankten in den einzelnen Fällen von 18—200 *mg* auf 100 cm^3 umgerechnet.

Literarische Anzeigen.

Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. Von **Professor Dr. Wilhelm v. Leube.** I. Band. Siebente, neu bearbeitete Auflage. Mit 28 Abbildungen. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel.

LEUBEs Buch, dies beste unter den Handbüchern der internen Diagnostik, loben zu wollen, dem Leser anzupreisen, hieße wahrhaftig Eulen nach Athen tragen, etwas Überflüssiges leisten, einen längst liebgewordenen Freund und Berater neuerlich vorführen. Hat es doch kein Zweiter wie LEUBE verstanden, den Kernpunkt des Wesens der Diagnostik herauszufassen, seinen Ausführungen den richtigen Rahmen zu schaffen, in alle Gebiete der internen Medizin gleich tief einzudringen und mit plastischer, prächtiger Diktion kristallklare, scharf umschriebene, unvergeßliche Krankheitsbilder zu entwerfen. Die siebente Auflage, welche nunmehr vorliegt, unterscheidet sich von den früheren vor allem dadurch, daß der Verf. den einzelnen Hauptabschnitten kurze anatomisch-physiologische Einleitungen und allgemeindiagnostische Bemerkungen vorangeschickt hat. Wie in den früheren Neuauflagen hat Verf. auch in der siebenten allen Fortschritten der Diagnostik sorgfältig Rechnung getragen.

BRAUN.

Die Pflege des Ohres und die Verhütung von Ohrerkrankungen. Von **Prof. Dr. K. Grunert** in Halle a. d. S. Halle a. d. S. 1904, Karl Marhold.

GRUNERT, dem wir eine Reihe ausgezeichneter fachwissenschaftlicher Arbeiten verdanken, hat nun auch ein populäres, fesselnd geschriebenes Büchlein veröffentlicht, das, insofern die in ihm enthaltenen Ratschläge befolgt würden, großen Nutzen zu stiften voll geeignet ist. Ob jeder seines Glückes Schmied sein kann, mag dahin gestellt bleiben. Daß sich aber bei entsprechender Vorsicht viel Unglück verhüten läßt, steht außer Zweifel. Und dazu ist GRUNERTs Schriftchen angetan. Wer sich nach dessen Lehre richtet, wird sein und seiner Mitmenschen Hörorgan vor gar mancher Gefahr zu schützen imstande sein. Man weiß ja, welch ein beliebtes Erziehungsmittel zum Beispiel die Ohrfeigen sind. Nach aufmerksamer Lektüre des GRUNERTschen Werkchens wird man auf diese „Lehrmethode" schon verzichten müssen. Welche Vorsicht man beim Baden zu beobachten hat, um das Ohr nicht zu schädigen, wie man vor Erkältungen sich zu bewahren, welche Aufmerksamkeit man bei Infektionskrankheiten just dem Hörapparate zuwenden muß — alles das und noch manches andere wird bald begreifen, wer sich mit dem Inhalte der vorliegenden Abhandlung vertraut gemacht hat. Wir empfehlen Ärzten und Laien dies je eher je lieber anzustreben. EITELBERG.

Schulen für nervenkranke Kinder. Die Frühbehandlung und Prophylaxe der Neurosen und Psychosen. Von **Dr. Heinrich Stadelmann,** Nervenarzt in Würzburg. (Sammlung von ZIEGLER und ZIEHEN, VI, 5.) Berlin, Reuther & Reichard.

Die pädagogische Fürsorge für nicht vollsinnige Individuen historisch verfolgend, fordert STADELMANN, daß sich an die Sorge für die Erziehung der Taubstummen, Blinden und Geistesschwachen die Errichtung besonderer Schulen für neuropathisch beanlagte Kinder reihe, bei denen die Entartung sich nicht in Schwachsinn äußert. Das Wesen des nervenkranken Kindes in seinen abnormen psychischen Äußerungen, sowie die Notwendigkeit der individuellen methodischen Behandlung des letzteren durch Arzt und Lehrer darzutun, insbesonders auch auf die große Bedeutung der Orthopädie im Sinne einer Prophylaxe und Frühbehandlung der Neurosen und Psychosen hinzuweisen, bezeichnet Verf. als die Aufgabe seiner Schrift. Diese sei Ärzten und Erziehern bestens empfohlen. I.

Feuilleton.

Pariser Briefe.

II.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Med. Presse".)

— April 1905.

(Ärzte auf der Regierungsbank. — Ärzte als Bürgermeister. — Tuberkulose. — TILLAUX und sein Nachfolger. — Vestiaire des hôpitaux. — Zwei Prozesse. — Auswärtige Konkurrenz. — Eine merkwürdige Sammlerin.)

Regierungen kommen und gehen hierzulande rascher als in den meisten anderen mitteleuropäischen Staaten. Doch wie immer die politischen Würfel fallen, ob nun das neue Ministerium mehr rechts oder mehr links seine Stütze hat, fast stets finden wir Vertreter unseres Standes unter den neuen Männern. Freilich ist deshalb auch Frankreich kein Dorado der Ärztewelt. Denn die Ärzte sind als Minister gewöhnlich in erster Linie Politiker und erst in zweiter Linie Jünger Äskulaps. Deshalb läßt die Gesetzgebung, soweit sie uns Ärzte betrifft, noch immer viel zu wünschen übrig. Aber immerhin erfüllt es uns mit einem gewissen Stolz — namentlich wenn wir die Verhältnisse in den Nachbarländern betrachten —, daß Angehörige unseres Standes an den höchsten Stellen, die das Land verleihen kann, Anteil haben. War der Chef des jüngst gestürzten Ministeriums ein Arzt, so zählt die neue Regierung nicht weniger denn drei Kollegen unter ihren Mitgliedern. Und auch der Präsident des Pariser Munizipalrates, den jüngst die Sozialisten einsetzten, ist ein Arzt. Unter diesen Verhältnissen darf es nicht wundernehmen, wenn die Lösung vieler medizinischer und insbesondere sozialhygienischer Aufgaben in höchst erfreulicher Weise von Amts wegen gefördert wird. So hat unter anderem die Regierung einen außerordentlichen Kredit von 160.000 Frcs. für den im Jahre 1905 in Paris stattfindenden internationalen Tuberkulosekongreß bewilligt.

Das Bureau des Kongresses wird aus dem ehemaligen Präsidenten der Republik CASIMIR PÉRIER, dem Parlamentarier LÉON BOURGEOIS und dem Sekretär der Akademie BERTHELOT bestehen. Der Kongreß wird gewiß einen glänzenden Verlauf nehmen, wofür die Namen der genannten Persönlichkeiten und die reiche Regierungssubvention bürgen. Sehen wir nun einerseits, wie die Regierung an rechter Stelle freigebig zu sein versteht, so muß auch rühmend hervorgehoben werden, daß die mit Glücksgütern reich gesegneten Ärzte fast ausnahmslos von ihrem Reichtum hochherzigen Gebrauch machen. Der jüngst verstorbene Chirurg TILLAUX hat nicht nur zu Lebzeiten sich stets als warmer Freund der Kranken und Armen erwiesen, sondern auch in seinem Testamente fast eine Million Francs für öffentliche Zwecke gestiftet. Die Widmung für die Arbeiteraltersversicherungskasse allein beträgt 500.000 Frcs. Auch verschiedenen ärztlichen Korporationen vermachte der große Gelehrte namhafte Summen.

Der Nachfolger TILLAUXs als Professor der Chirurgie ist RECLUS, der Generalsekretär der „Société de chirurgie", der bereits auf eine an Arbeit und Erfolgen reiche Tätigkeit zurückblicken kann. Ursprünglich Anatom, ist er noch heute ein eifriges Mitglied der „Société anatomique". Unter der Mitwirkung von KIRMISSON und DUPLAY hat er eine ganze Reihe von Lehrbüchern und Handbüchern herausgegeben. Er ist jedenfalls ein würdiger Nachfolger des verblichenen Meisters.

Auch die Damen unserer hervorragenden Ärzte sind in der öffentlichen Wohltätigkeit mit großem Eifer tätig. So haben unter anderem jüngst die Frauen der meisten Professoren unserer medi-

zinischen Fakultät sich zusammengetan, um den aus den Spitälern geheilt oder gebessert entlassenen Kranken im Falle ihrer Dürftigkeit Kleider zu verschaffen. Die neue Schöpfung heißt „Vestiaire des hôpitaux". Bezeichnenderweise richtet sich der Aufruf, der die Beschaffung der nötigen Geldmittel, Kleider etc. fördern soll, an die Spitalsärzte, indem er sie auffordert, den Armen, die sie geheilt haben, beim Wiedergewinnen ihrer Existenzmöglichkeit auch durch materielle Hilfe zur Seite zu stehen.

Zwei medizinische Rechtsfälle, die sich jüngst hier abspielten, mögen kurz erwähnt werden. Der Arzt Dr. KLEIN hatte dem Chemiker CROTTE 50.000 Frcs. zwecks Errichtung einer gemeinschaftlich zu verwaltenden Heilanstalt für Lungenkranke übergeben. Später aber verlangte er die Rückgabe dieser Summe, indem er erklärte, das Geld sei ihm unter Vorspiegelung falscher Tatsachen entlockt worden. Das Gericht entschied zugunsten des Dr. KLEIN mit der interessanten Begründung, daß der zwischen Kläger und Geklagtem geschlossene Vertrag ungültig sei. Denn der Vertrag, der die Ausübung der Heilkunde betreffe, könne nur zwischen Ärzten, nicht aber zwischen Arzt und Laien, geschlossen werden. Deshalb sei die zwischen Dr. KLEIN und dem Chemiker getroffene Abmachung ohne jegliche Rechtsgültigkeit und das Geld müsse seinem Eigentümer rückerstattet werden.

In dem zweiten Prozeß war DOYEN, der Vielgenannte, Kläger. Er klagte zwei Herren, die mit kinematographischen Aufnahmen seiner Operationen Vorstellungen in Deutschland und Italien gegeben hatten. Er verlangte 200.000 Frcs. Schadenersatz und Anzeigen in verschiedenen Tagesblättern. Die Beklagten wurden zu 8000 Frcs. Geldbuße und 15 Insertionen verurteilt. Zugleich wurde ausgesprochen, daß die Reproduktion das ausschließliche Eigentum des klägerischen Chirurgen sei.

Ein Konflikt zwischen belgischen und französischen Ärzten führte jüngst zu hitzigen Erörterungen in den Fachblättern. Seit langer Zeit herrschte der Brauch, daß französische Ärzte in den benachbarten Grenzorten Belgiens fallweise Praxis ausübten, während in Frankreich belgischen Kollegen gegenüber gleiche Duldung herrschte. Es scheint, daß bei diesem gegenseitigen Verhältnis die französischen Ärzte zu kurz kommen. Denn von dieser Seite ertönte der Ruf nach Abänderung des Status quo. Es gab bereits einige Klagen wegen unberechtigter Ausübung der Praxis. Zugleich wird auch darauf hingewiesen, daß selbst in Paris fremde Spezialisten, insbesondere Augen-, Ohren- und Kinderärzte, zeitweise Sprechstunden abhalten. Deshalb sei es an der Zeit, den Wahlspruch „Frankreich den Franzosen" nachdrücklich zu betonen.

Zum Schluß möge eine kuriose Beobachtung des Kollegen LEROY Erwähnung finden. Dieser bemerkte, daß eine seiner geisteskranken Patientinnen von einer Sammelwut ergriffen sei, die sich auf alle möglichen Gegenstände erstreckte. Sie sammelte Messer, Nägel, Kieselsteine, Kämme, Blechbüchsen, Haarbüschel, Briefmarken, Stecknadeln etc. Aber am sonderbarsten war der Ort, wo sie ihre ziemlich große und so verschiedenartige Sammlung unterbrachte. Es war ihr eigene Vagina, die sie als Versteck benutzte. J. ST.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Abteilungen
der
76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der deutschen med. Fachpresse".)

XXIII.

Abteilung für Kinderheilkunde.

ARTUR SCHLOSSMANN (Dresden), Referent: **Über Kindermilch.**

1. Die hohe Sterblichkeit der künstlich ernährten Säuglinge ist in erster Linie bedingt durch die in den Großstädten erschwerte Möglichkeit, reine, gute und frische Milch für die Ernährung derselben zu erhalten.

2. Milch, die als Kindermilch oder mit einem ähnlichen Namen bezeichnet wird, muß hygienisch einwandfrei sein, d. h. von gesunden Kühen stammen, sauber gewonnen sein und in frischem Zustande in die Hände der Konsumenten gelangen.

3. Kindermilch braucht nicht Milch von trocken gefütterten Kühen zu sein. Ob sich Stallfütterung, Trockenfütterung oder Weidengang mehr empfiehlt, hängt von den lokalen Verhältnissen ab. Im allgemeinen ist die Milch von trocken gefütterten Kühen für die Ernährung des Säuglings minderwertig gegenüber der von Kühen, die auf die Weide gehen.

4. Für die Ernährung der Kuh, die zur Kindermilchproduktion verwandt wird, gilt dasselbe Gesetz wie für die stillende Frau: was ihr bekommt, was sie verträgt, ist ihr erlaubt; verboten ist, was ihr Indigestionen bereitet.

5. Kindermilch ist ein Objekt, dessen Wert unter allen Umständen so hoch ist, daß der großen Menge des deutschen Volkes der Bezug derselben aus wirtschaftlichen Gründen unmöglich gemacht ist ohne besondere diesbezügliche Maßnahmen.

6. Wenn Staat und Kommune ernsthaft gesonnen sind, der übergroßen Säuglingssterblichkeit Einhalt zu tun, so muß der Bezug für die Ernährung der Säuglinge bestimmter Milch in geeigneter Weise organisiert werden.

7. Diese Organisation muß auf dem Prinzip der Gemeinnützigkeit, nicht auf dem der Wohltätigkeit aufgebaut werden.

8. Die Ausgabe der Kindermilch hat durch besondere Anstalten zu erfolgen, für die folgende Grundgesetze gelten: *a)* In gesonderten Sprechstunden ist durch geeignet vorgebildete Ärzte in öffentlichen Polikliniken und ähnlichen Anstalten in Säuglingsernährungsfragen unentgeltlich Rat zu erteilen und Menge und Mischung der Nahrung für jedes Kind individuell zu bestimmen. *b)* Die Abgabe der Säuglingsnahrung erfolgt in trinkfertigen Einzelportionsflaschen. *c)* Im allgemeinen ist die Nahrung ins Haus zu liefern. *d)* Die Bereitung der Mischungen erfolgt im allgemeinen in einer Zentrale.

9. Die Kosten derartiger Kindermilchverteilungsanstalten werden getragen durch die Gesamtheit, indem der Bemittelte mehr, der Unbemittelte weniger und für den Armen die Kommune zahlt. Abgesehen von der Ersparung an Menschenleben werden die Kosten reichlich aufgewogen durch das Heranziehen einer widerstandsfähigeren, der Gesamtheit weniger zur Last fallenden Generation.

10. Alle Dauerpräparate von Milch sind prinzipiell zu verwerfen. Die Kindermilch und die hieraus bereiteten Mischungen sollen spätestens 30 Stunden nach dem Melken verbraucht sein.

11. Als einzige Mittel der Milchkonservierung für die Dauer von 30 Stunden ist die Kälte und die Erwärmung — Kochen in Einzelportionsflaschen (Soxhletisierung) — zu betrachten. Je weniger Keime in die Milch hereinkommen, desto leichter ist die Konservierung für die genannte Dauer. Asepsis ist besser als Antisepsis. Die Verabreichung von roher Milch ist unter allen Umständen bei der Kindermilchverteilung mit ins Auge zu fassen.

12. Chemische Konservierungsmittel, die zuverlässig und unschädlich sind, gibt es nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht. Der theoretisch ausgedachte Vorschlag BEHRINGS, die Milch mit Formaldehyd zu versetzen, ist zu verwerfen und direkt schädlich.

13. Die Kindermilchfrage gehört in erster Linie in das Arbeitsgebiet des Pädiaters, da sie eine eminent praktische ist und praktische Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiete der Kinderheilkunde voraussetzt. Die Mitarbeit des Hygienikers ist erwünscht und dankenswert, wofern sie nicht dazu ausartet, sich über das gesicherte Gebiet der praktischen Erfahrung des Kinderarztes hinwegzusetzen.

SEIFFERT (Leipzig), Korreferent. (Ist in extenso in Nr. 44, Jgg. 1904 d. Blattes erschienen).

Petruschky (Danzig). Redner verwahrt sich gegen SCHLOSSMANNS Angriffe, der statt Experimenten ein pathetisches Wortgefüge gegeben hat, aber selbst durch Experimente und die sehr wünschenswerte Nachprüfung an andern Orten könnte nicht die Richtigkeit, sondern nur die Allgemeingültigkeit des mangelhaften Vorkommens der Streptokokken widerlegt werden. CZAPLEWSKI habe inzwischen nach persönlichen Mitteilungen in Köln die Rolle der Streptokokken im Sinne Redners bestätigt; was die Pathogenität angeht, so könne sie nicht ohne weiteres am Tier gemessen werden, da die Virulenzunterschiede für Tiere und Menschen sehr weitgehende seien. Für die Menschenpathogenität sprächen Beobachtungen, die Streptokokken im Magen der verstorbenen Säuglinge in Mengen und fast in Reinkultur nachgewiesen haben. Auch bei größeren Kindern beobachtete Redner intensive Streptokokkenenteritis nach Genuß von stark streptokokkenhaltiger Milch. In der Cholerazeit kamen Pseudocholerafälle vor, die nur auf Streptokokken beruhen (vgl. BECK, „Zeitschr. f. Hyg."). Man muß weitere einwandfreie Beobachtungen aus anderen Städten abwarten. Beistimmen muß P. den Ausführungen SEIFFERTS darin, daß die Milchproduzenten bakteriologisch besser zu unterrichten seien, um ihrerseits besser an der Beseitigung der Übelstände mitwirken zu können.

Schlossmann (Dresden): Herrn Petruschky möchte ich gleich einige Worte erwidern, damit er eventuell Gelegenheit hat zu einer Replik. Nicht ohne guten Grund und nicht ohne diesbezügliche Untersuchungen habe ich mich dagegen gewehrt, daß die Petruschkyschen Streptokokkenbefunde in der Milch verallgemeinert werden. Es sei hier ausdrücklich erwähnt, daß ich an dem gelegentlichen Vorkommen derselben niemals gezweifelt habe. Dagegen ist es nicht richtig, Befunde, wie sie Petruschky bringt, auch für andere als die Danziger Verhältnisse anzuerkennen. Vollkommen unrichtig ist es, von Eiter oder eiterähnlicher Beschaffenheit der Milch zu reden, Streptokokken und Eiter sind nicht identische Begriffe, das Wesentliche beim Eiter sind die Leukozyten. Endlich ist es bedauerlich, daß Herr Petruschky sich durch unrichtige Voraussetzung dazu bringen läßt, die kondensierte Schweizermilch und andere Konserven zu empfehlen, da die dazu verwendete Milch sehr häufig eine außerordentlich schlechte ist.

Petruschky: Solche Konserven, deren Herstellung aus verdorbenen Milchresten Schlossmann schilderte, meine ich natürlich nicht; ich habe ausdrücklich die kondensierte Schweizermilch und Biederts Ramogen empfohlen und auch diese nur für die relativ kurze Zeit des heißen Sommers und da, wo natürliche Ernährung ausgeschlossen. Ich kann auch hier nur von praktischer Nachprüfung eine ruhige und einwandfreie Beurteilung erwarten.

Czerny (Breslau) bedauert, daß die Frage der Kindermilch und die nach den Vorteilen der rohen Milch zusammengeworfen worden sind. Die behauptete Überlegenheit der rohen Milch über die gekochte Milch müßte erst durch ein enormes Material belegt werden, denn wir wissen, daß es mit gekochter Milch in unzählig vielen Fällen ausgezeichnet gut gegangen ist. Bisher haben die angestellten Versuche mit roher Milch gelehrt, daß man wohl auch so Kinder ernähren kann, daß aber ein Vorteil mit der Verwendung roher Milch nicht zu erreichen ist. Eine Verminderung der Säuglingssterblichkeit wird man mit roher Milch nicht erzielen, ebensowenig allerdings auch in der Verabreichung billiger einwandfreier Milch an das Proletariat, wenn nicht zugleich auch Stellen geschaffen werden, wo von gut vorgebildeten Ärzten eine Belehrung und Überwachung der künstlichen Ernährung der Säuglinge möglich ist.

Langstein (Berlin): Zu den theoretischen Ausführungen des Herrn Dr. Seiffert möchte ich bemerken, daß die von ihm angenommene toxische Wirkung der Albumosen und Peptone nicht diesen, sondern beigemengten resp. mitgerissenen Substanzen zuzuschreiben ist. Zur Frage der Assimilation sei bemerkt, daß wir außer den theoretischen Ausführungen Hamburgers und Wassermanns über den äußerst wichtigen Versuch Cohnheims verfügen, der zeigte, daß die Assimilation des Zelleiweißes zu Zellprotoplasma wohl nur in Form von Spaltungsprodukten erfolge.

Heubner (Berlin): Gegen die Autorität des Herrn Petruschky als Streptokokkenforscher habe ich gar keine Einwendung zu erheben, aber ich muß Herrn Petruschky doch auch bitten, unsere Erfahrungen anzuerkennen, die durchaus dahin gehen, die Benutzung von Konserven als Säuglingsernährung wenigstens auf irgend längere Dauer zu verwerfen. Ich habe vor 10 Jahren auf Rat von Robert Koch Versuche gemacht, mit Konserven auf meiner Abteilung zu ernähren, ohne die geringste Besserung der Resultate. Was die rohe Milch anlangt, so stimme ich mit Herrn Czerny nicht überein, daß wir den Gebrauch durch die Hirtsche Broschüre gelernt haben, das war vielmehr die Barlowsche Krankheit.

Frau Dr. Rabinowitsch (Berlin): Gestatten Sie mir, meinem hochverehrten Freunde Prof. Schlossmann bezüglich der Streptokokkenfrage nur einige Worte zu erwidern. Daß die Streptokokken in der Milch vorkommen, hat Herr Schlossmann zugestanden. Ich glaube aber auf Grund meiner langjährigen Milchuntersuchungen und Erfahrungen in großstädtischen Milchbetrieben ein häufigeres Vorkommen derselben festgestellt zu haben, als es der Herr Vortragende anzunehmen scheint. Die Streptokokken kommen wenigstens in Berlin sowohl in der gewöhnlichen Marktmilch wie in den verschiedenen Kindermilchsorten in ganz beträchtlicher Anzahl vor; daß es sich um pathogene Streptokokken handelte, wurde eben durch den Tierversuch festgestellt, wie überhaupt die Frage des Vorkommens der Streptokokken in der Milch nicht nur durch mikroskopische Präparate und durch Kulturverfahren, sondern auch durch den Impfversuch an Meerschweinchen beantwortet werden muß. Auf die Streptokokken in der Berliner Markt- und Kindermilch hat auch Beck hingewiesen, während über die Herkunft eine ganze Anzahl von Arbeiten aus der tierärztlichen Hochschule in Bern vorliegen. Jene Autoren wiesen nach, daß die Streptokokken nicht nur von euterkranken Kühen herrühren, sondern vornehmlich von dem Stallboden und Stalldünger. Woher die Streptokokken stammen mögen, sie sind meines Erachtens ebenso der Berücksichtigung wert, wie die anderen in der Milch vorkommenden pathogenen Mikroorganismen.

Brüning berichtet über Untersuchungen, die er an 37 Milchproben in Leipzig, 25mal Rohmilch, 12mal sterilisierte Milch nach der Methode von Petruschky, angestellt hat. Einmal erwies sich die sterilisierte Milch nicht bakterienfrei, enthielt aber nur Stäbchen. Unter 20 Kuhmilchproben waren 18mal Streptokokken vorhanden in Mengen von 100—10 Millionen, 2 Buttermilchproben enthielten 10.000—100.000 Streptokokken, 3 Proben frischer Ziegenmilch waren streptokokkenfrei. Die Streptokokken waren nicht pathogen.

Salge (Berlin): Herr Seiffert vergleicht die Assimilation der Nahrungsstoffe mit einer aktiven Immunisierung und glaubt, daß durch die Antikörper, die er in der Muttermilch voraussetzt, eine Grundimmunität geschaffen werden muß, um den Säugling vor einer chronischen Toxinvergiftung zu schützen; denn als solche faßt er, wie es scheint, die Atrophie etc. auf. Zugegeben, daß derartige Antikörper wirklich in der Milch vorhanden sind, so könnten doch nur die Antikörper der Frauenmilch für den menschlichen Säugling von Bedeutung sein, nicht auch die der Kuhmilch, was Herr Seiffert durcheinander zu werfen scheint. Auch die Untersuchungen Bungings an jungen Ziegen, auf die sich Herr Seiffert beruft, beweisen gar nichts, denn es fehlt der Vergleich mit dem Tier, das mit roher artfremder Milch, z. B. Kuhmilch, ernährt wäre. Herrn Petruschky gibt Redner zu denken, daß das Biedertsche Ramogen in manchen Fällen der Sommerdiarrhöe streng kontraindiziert ist. Bei den praktischen Ärzten erfreuen sich leider die Konserven noch viel zu großer Beliebtheit und es ist sehr bedauerlich, daß eine solche Nahrung von wissenschaftlicher Seite überhaupt noch empfohlen werden kann.

Toeplitz (Breslau): Vom Standpunkte des praktischen Arztes muß ich den allerenergischesten Protest dagegen einlegen, daß hier von autoritativer Seite den Milchkonserven, besonders der kondensierten Schweizermilch das Wort geredet wird. Ich verfüge über mehr als 100 derartige Fälle, welche darauf mit den schwersten Magendarmstörungen reagierten und mit Mühe gerettet wurden. Die hiesigen Hebammen haben leider eine besondere Vorliebe für die Schweizermilch, welche eine schwere Schädlichkeit für Leben und Gesundheit der Säuglinge darstellt.

Selter (Solingen) protestiert im Namen Biederts dagegen, daß dieser seine Rahmkonserve für den dauernden Gebrauch empfohlen habe. Nur für ganz bestimmte Fälle soll sie angewendet werden. Die Kindermilchfrage ist eine sehr praktische Frage. Er möchte Auskunft darüber haben, ob es notwendig ist, auf die Rasse der Kühe besonderes Gewicht zu legen. Die Notwendigkeit der Einrichtung von Beratungsanstalten in Verbindung mit der Lieferung guter Milch kann nicht genug betont werden. Die Leiter derartiger Anstalten müssen aber wirklich durchgebildete Kinderärzte sein.

Rommel (München): Den von Seiffert zitierten Tierversuchen Bünings möchte er Versuche aus der landwirtschaftlichen Literatur entgegenstellen, nach welchen zur Produktion von 1 *kg* Kalb von gekochter Milch 10·82 *kg* Milch, bei Zusatz von Kochsalz nur 10·45 *kg*, von roher Milch dagegen 11·11 *kg* benötigt wurden, was jedenfalls auffordert, die Frage noch weiter zu prüfen.

Er empfiehlt weiter, namentlich für die großstädtischen Betriebe, die Tiefkühlung der Milch nach dem Helmschen oder ähnlichen Verfahren und glaubt nicht, daß eine so sehr große Verteuerung der Milch notwendig ist. Er stimmt Herrn Schlossmann zu, daß Trockenfütterung nicht notwendig und nicht zu empfehlen sei. Er will in die nach der Großstadt radiär zulaufenden Züge Milchwagen eingestellt haben, in denen während des Transportes eine Untersuchung der Milch möglich ist. Auch er schließt sich der von den Vorrednern geäußerten Ablehnung der Milchkonserven durchaus an. Schließlich macht er noch den Vorschlag, aus der Gesellschaft der Kinderheilkunde heraus eine Kommission zu ernennen, der, wie es auch Pfaffenholz verlangt hat, außer den Kinderärzten Landwirte und Landwirtschaftschemiker angehören müssen, damit die ganze Frage der Kindermilch und der Milchversorgung großer Städte dauernd studiert werden kann. Schließlich will er auch noch eine reichsgesetzliche Regelung des Milchverkehrs haben.

Karstens (Leipzig): Die Hauptsache ist, daß die rohe Kindermilch gut in die Hände der Konsumenten gelangt. Rohe Milch läßt sich tagelang konservieren, wenn man sie 1. sauber gewinnt und 2. tief kühlt. Zur sauberen Gewinnung ist namentlich der von ihm angegebene Reform-Melkeimer sehr geeignet. Verbessert wurde dieser noch durch das Auflegen von einem Stück Barchentstoff auf den Melkeimer, das nach jedesmaligem Gebrauch vernichtet wird. Die Milch wird auf diese Weise gleichsam sofort geseiht, ohne daß die gefährlichen Nachteile des gewöhnlichen Seihens, die Redner früher nachgewiesen hat, zu befürchten wären. Nicht veröffentlichte Untersuchungen von Prof. Nowack in Dresden haben ergeben, daß sich in dieser Milch nur 6—8000 Keime befinden, während andere Milchsorten 2—300.000 und noch mehr Keime in 1 cm^3 aufwiesen. Auch er empfiehlt sehr warm das Helmsche Verfahren der Tiefkühlung und beschreibt es kurz. Eine diesem Verfahren entsprechende Tiefkühlung und Konservierung wird auf seine Veranlassung auf einem in der Nähe Leipzigs gelegenem Rittergute durchgeführt und er ist mit den gemachten Erfahrungen sehr zufrieden.

Neisser (Frankfurt a. M.) will auch dem Hygieniker die Rolle bei der Frage der Milchversorgung und der Kindermilch nicht verkümmern lassen. Eine reine und frische Milch wäre am leichtesten zu bekommen, wenn man die Tiere in der Behausung des Konsumenten melkt. Die Auffassung Seifferts, daß Antikörper gegen giftige Verdauungsprodukte in der Milch vorhanden sein sollen, kann Neisser nicht teilen, denn bisher ist es nie gelungen, gegen Peptone und Albumosen Antikörper zu erzielen.

Schaps (Dresden) berichtet kurz über einen mit Formalin (1 : 10.000) ernährten Säugling. Das Kind kam zur Sektion 5 Wochen nach dieser Ernährung, die 20 Tage gedauert hatte. Neben älterer rechtsseitiger Pleuritis, hämorrhagischem Hydrocephalus externus, Leptomeningitis chronica war der obere Dünndarm vom Pylorus abwärts in einer Länge von 70 *cm* mit follikulären, kraterförmigen Geschwüren belegt. Mit der Entfernung von Pylorus nahmen auch die Geschwüre an Häufigkeit ab. Der übrige Darm war im wesentlichen frei. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine oberflächliche Nekrose der Schleimhaut und eine entzündliche, bis an die Muskulatur reichende Infiltration; er glaubt, daß diese Geschwüre mit dem Formalinzusatz zur Milch in Verbindung zu bringen sind. Aus dem einen Fall kann man ja nicht allzu viel schließen, indessen dürften weitere Versuche mit Formalinmilch am Säugling nicht berechtigt sein.

Ibrahim (Heidelberg) betont, daß neben der Sorge für Kindermilch das Publikum auch zur richtigen Wertschätzung der guten Kindermilch erzogen werde. Gerade der Armenbevölkerung kann man die Milch nicht als solche, auch nicht in zurechtgemachten Einzelportionen zur Verfügung stellen; denn diese Nahrungen sind doch für gesunde Kinder berechnet und diese Kinder sind meistenteils krank. Er glaubt, daß Vorsorge getroffen werden muß, daß diese Kinder unter ärztlicher Leitung individuell ernährt werden.

Piorkowski (Berlin) hat bei Untersuchung der Milch der sogenannten Sanitätsmolkereien in Berlin nach der Petruschkyschen Methode in 70% der

Fälle Streptokokken gefunden. Er empfiehlt eine Methode, die darin besteht, daß er zu einem Reagenzglas frischer, gut durchgeschüttelter Milch etwa 10 Tropfen alkalischer Methylenblaulösung zugesetzt. Nach 1—2 Stunden kann man dann im hängenden Tropfen sehr oft (25% der Fälle) recht reichliche Mengen von Leukozyten nachweisen. Es ist demnach doch große Vorsicht geboten. In bezug auf den Übergang von Giften durch das Kuhfutter in die Milch teilt Pioskowski eine Erfahrung mit, die er vor kurzem machen konnte. Er fand Colchicin in einer Milch und konnte feststellen, daß auf der Weide der betreffenden Kuh reichlich Colchicum autumnale gewachsen war.

Schlossmann (Schlußwort): Den Nachweis von Colchicin in der Milch erlaube ich mir zu bezweifeln. Die Kühe fressen das frische Colchicum gar nicht. Was die Rasse der Tiere anbetrifft, so ist nur darauf zu sehen, daß solche eingestellt werden, die möglichst unempfindlich gegen Tuberkulose sind. Vor einem Reichsmilchgesetz warnt Schlossmann, denn das würde weiter nichts wie ein Produzentengesetz werden.

Rauchfuss (St. Petersburg) berichtet über ein Symptom bei Pleuritis, das in der Literatur jetzt eben beschrieben wurde, ihm aber schon seit einer Reihe von Jahren bekannt und eingehenden Studien unterzogen worden ist. Es handelt sich um eine dreieckige Dämpfung, die bei einem rechtsseitigen pleuritischen Exsudat links hinten neben der Wirbelsäule nachzuweisen ist. Die beiden Katheten des Dreiecks werden von der Wirbelsäule und der unteren Lungengrenze gebildet. Je stärker das Exsudat ist, desto länger wird die Hypotenuse des Dreiecks. Die Dämpfung ist zum Teil auf eine Verlagerung des Herzens, zum Teil aber darauf zurückzuführen, daß durch die Ansammlung von Wasser und die Kompression der Lunge andere Resonanzverhältnisse geschaffen werden als im normalen. Bei Pneumonie findet sich diese Dämpfung nicht, weil hierbei die Lunge doch stets noch zu weich bleibt, um einen so festen Resonanzboden zu geben. Sehr interessante Demonstrationen — auch an einem lebenden Kinde — erläutern die Ausführungen des Vortragenden, der auch noch geschickt angestellte Versuche an der Leiche, die diese Verhältnisse künstlich nachahmen, mitteilt.

Zappert (Wien): **Über paradoxes Schwitzen der Kinder.**

Die Affektion besteht darin, daß Schweißsekretion nur bei Kältewirkung auftritt, hingegen bei Erwärmung verschwindet. Auffallend war auch bei dem Fall des Redners der Umstand, daß das Schwitzen sich auf Hand, Rücken sowie die Dorsalfläche der Vorder- und Oberarme und schließlich auf Rücken und Brust erstreckte, hingegen die Handteller, Achseln, Stirne sowie die untere Körperhälfte frei ließ. Diese paradoxe Schweißbildung trat periodenweise im Winter auf und scheint sich nach 4jährigem Bestehen — das Kind war zu Beginn der Anfälle 2 Jahre alt — allmählich zu verlieren. Redner hält für diesen Fall, dem er nur einen ähnlichen von Kaposi zur Seite stellen kann, die Einreihung in eine Gruppe sudoraler Reflexneurosen für berechtigt, bei denen die abnorme Schweißbildung das einzige pathologische Symptom darstellt. Außer diesem paradoxen Schwitzen gibt es noch anderweitige ungewöhnliche Erscheinungen der Schweißproduktion, die in diese Gruppe einzureihen wären. Als Angriffsstelle des Reflexes wäre ein spinales Schweißzentrum anzusehen.

Pfaundler (Graz) demonstriert einen Apparat, der automatisch die Urinentleerung der Säuglinge anzeigt. Er besteht aus 2 je $^1/_4 m^2$ großen, sehr geschmeidigen Metallnetzen, die die Pole einer elektrischen Kette darstellen, in welche eine Klingel eingeschaltet ist. Zwischen die beiden Metallnetze kommt eine trockene Windel. Sobald diese feucht wird, schließt sich der Strom und es klingelt. Man kann statt des Läutewerks auch ein Induktorium in Betrieb setzen, das dem betreffenden Patienten dann faradische Schläge erteilt. Diese Anordnung hat dem Vortragenden verschiedentlich schon bei Enuresis nocturna auch therapeutisch gute Dienste geleistet, was sich ja auch leicht erklärt, wenn man mit Thiemich für viele Fälle der Enuresis nocturna eine hysterische Grundlage annimmt.

Aus Deutschen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.

Düms: Über Fußgeschwulst und Metatarsalbrüche.

Bei der Fußgeschwulst fanden sich in zirka 60% Veränderungen an den Metatarsen und in 16% ausgesprochene Brüche. Schon die Häufigkeit der Metatarsalbrüche in der Armee gegenüber der Tatsache, daß sonst solche Brüche sehr selten beobachtet werden, läßt darauf schließen, daß bei ihrem Zustandekommen besondere Umstände mitwirken müssen. Dazu kommt die auffällige Erscheinung, daß die größte Mehrzahl der Soldaten während des Marschierens in dem Moment, wo der Knochen bricht, keine besondere Schmerzempfindung haben, und endlich die typische Form der Bruchlinien (querer oder nur wenig schräger Verlauf), eine Erscheinung, die besonders auffällt, wenn man zum Vergleich die ihnen nahe stehenden Metatarsalfrakturen heranzieht, die allerdings meist durch direkte Gewalt zustande gekommen, doch in der Mehrzahl der Fälle wesentlich schrägere, Spiral- oder Splitterfrakturen darstellen. Düms hat die Festigkeit der Metatarsen durch Versuche an Leichen festgestellt und gefunden, daß ein Gewicht von 10 *kg* und eine Fallhöhe von 1 *m* notwendig ist, um einen Bruch der Metatarsen herbeizuführen. Am häufigsten brach auch bei den Versuchen der zweite Metatarsus. Biegungsversuche im Schraubstock führten bei frischen Metatarsen deshalb nicht zum Ziel, weil die weichen Epiphysen bei Schraubendruck ineinander gepreßt werden, so daß der Knochen nicht bricht, sondern ineinander geschoben und verkürzt wird. Aus den vielfach variierten Versuchen sei das eine zu schließen, daß ein gesunder Metatarsus trotz seiner grazilen Gestalt nicht so leicht bricht. Daß der im Röntgenbild sichtbare Schatten nicht unter allen Verhältnissen als Kallus aufzufassen sei, dürfe wohl als ausgemacht gelten. In Frage konnte hierbei nur eine periostitische Auflagerung als Produkt einer vorausgegangenen periostitischen Entzündung kommen. Eine solche Entzündung des Periosts durch Überanstrengung ist aber zweifellos. Sie findet ihr Analogon in der Überanstrengungsperiostitis der Tibia beim marschierenden Soldaten wie auch in den mannigfachen Knochenauflagerungen durch wiederholt wirkende mechanische Einwirkungen. Man könnte sich dann den Vorgang so denken, daß durch die mechanischen Reizungen des Marschierens zunächst eine Periostitis an dem einen oder anderen Metatarsus entstehe, und daß hierdurch die Festigkeit des Knochens, der in seiner Ernährung ja wesentlich vom Periost abhängig sei, leide. Aber die Annahme einer bloßen Periostitis als vorbereitendes Moment für den Knochenbruch genügt doch nicht. Neben der Periostitis leitet sich wahrscheinlich auch eine Ostitis durch die Anstrengungen des Marschierens ein. Dieselbe ist wie alle gutartigen Entzündungen einer Rückbildung fähig, und dazu genügt schon die Ruhe und Schonung des Fußes. Wiederholen sich aber die Schädigungen, so würden in demselben Maße auch die durch die Entzündung im Knochen gesetzten Veränderungen stabil, die dann in einer leichteren Brüchigkeit des Knochens ihren Ausdruck fänden, so daß schon ein leichtes Vertreten, ein dem marschierenden Soldaten später gar nicht mehr erinnerliches, ungeschicktes Auftreten des Fußes und anderes eine Kontinuitätstrennung des Knochens hervorruft. Daß eine solche Anstrengungsentzündung durch wiederholte übermäßige Inanspruchnahme eines Gewebsteils zustande kommt, hierfür liefert ein noch widerstandsfähigeres Gewebe als der Knochen den Beweis, nämlich die von Düms zuerst nachgewiesene Entzündung der Sehne des linken M. extensor pollicis longus und ihre Ruptur bei der Trommlerlähmung, an deren unrichtige Deutung als periphere Lähmung wohl jetzt niemand mehr glaubt. Die Prognose bei den Metatarsalbrüchen der Fußgeschwulst ist auch mit Rücksicht auf die Wiederherstellung der Dienstfähigkeit günstig. Die meisten Brüche bei der Fußgeschwulst sind subperiostal, auch eine Eigentümlichkeit, die ihnen eine Sonderstellung einräumt, und zwar einmal gegenüber den Brüchen, die durch direkte Gewalt, Auffallen eines schweren Gegenstandes auf den Fußrücken u. dgl. zustande kommen, dann aber auch gegenüber solchen, die durch eine einmalige Gewalteinwirkung, wie Abspringen vom Querbaum und anderem entstehen.

Skutsch: Die Diagnose in den frühen Monaten der Schwangerschaft.

Vortr. erörtert die Wichtigkeit der frühzeitigen Schwangerschaftsdiagnose. Man soll ausnahmslos bei jeder konsultierenden weiblichen Person im geschlechtsreifen Alter an Schwangerschaft denken. Den sogenannten subjektiven Schwangerschaftsempfindungen soll im allgemeinen nur dann einige Bedeutung beigemessen werden, wenn es sich um früher schon schwanger gewesene Frauen handelt und die Empfindungen die typisch gleichen wie bei früherer Schwangerschaft sind. Das Erbrechen hat nur einigen Wert bei im übrigen gesunden Frauen. Chloasma uterinum kommt auch ohne Schwangerschaft vor. Die Pigmentierung der Linea alba ist nur von Wert, wenn auch die Partie oberhalb des Nabels pigmentiert ist. Anschwellungen der Brüste kommen auch außerhalb der Schwangerschaft vor. Ausdrückbarkeit von Kolostrum kann nur dann positiv verwertet werden, wenn noch keine Schwangerschaft vorangegangen war. Von einiger Bedeutung ist es, wenn man die strangartigen, radiär zur Brustwarze laufenden, hypertrophischen Drüsenacini gut durchfühlen kann (Rissmann). Pigmentierung des Warzenhofes, auch die sogenannte sekundäre Areola und das Deutlicherwerden der Montgomeryschen Drüsen haben wesentlich auch nur Wert bei denen, die noch nicht geboren haben. Bei Blondinen mit zarter Haut ist stärkere Pigmentierung mehr von Bedeutung. Trotz eingetretener Schwangerschaft können die diesbezüg



lichen Erscheinungen an den Brüsten lange Zeit fehlen. Durch das Ausbleiben der Menstruation soll man nie zu sehr voreingenommen werden für die Diagnose. Man denke an andere Ursachen der Amenorrhöe und bei Frauen in vorgeschritteneren Alter an die beginnende Menopause; ferner beachte man, daß Amenorrhöe dem Eintritt der Schwangerschaft vorausgehen kann (Konzeption bei stillenden Frauen). Blutungen von menstrualem Charakter nach Eintritt der Schwangerschaft sind meist pathologischer Natur; es sind Fälle berichtet, wo solche Blutungen im Verlauf der ganzen Schwangerschaft auftraten. Livide Verfärbung des Introitus und der Scheide ist recht charakteristisch, zumal bei solchen, die noch nicht geboren haben, besonders wenn die Verfärbung in der Scheide von unten nach oben zunimmt. Ursachen für solche Verfärbung außerhalb der Schwangerschaft sind meist erkennbar. Von Interesse sind weiter die rötlichen Streifen auf mattlividem Grund in der Gegend der Urethra, die nach Entleerung des Uterus und auch nach Absterben der Frucht verschwinden sollen (Schaeffer). Erwähnt werden noch der vermehrte Schleimabgang nach erfolgter Konzeption, die im Scheidengewölbe deutlich fühlbare Pulsation und die tastbare Verdickung der Ureteren (Saenger). Ergibt nun vor allem die kombinierte Betastung des Uterus eine Vergrößerung und stimmt die Größe mit der vermuteten Zeit, ist auch die Konsistenz die charakteristische, so läßt sich aus der Kombination der Zeichen meist auch in frühen Monaten die Diagnose mit an volle Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit stellen. Nicht selten wird aber die endgültige Diagnose erst von wiederholten Untersuchungen und der in typischer Weise zunehmenden Vergrößerung des Uterus abhängig zu machen sein. In Betracht kommt ferner das Hegarsche Schwangerschaftszeichen, die auffallende Hochgradigkeit der Kompressibilität des unmittelbar über dem inneren Muttermund gelegenen Abschnittes des Uterus. Das von Hegar weiterhin angegebene Zeichen, daß vom 3. Monat ab an der vorderen Uteruswand eine Falte sich bilden lasse, wird besser nicht geprüft, da es Anlaß zur Ablösung des Eies geben kann; Hegar selbst warnt davor. Sowohl allgemeines Hartwerden des Uterus bei der Betastung, als auch partielle Kontraktionen sind nicht selten nachweisbar (Ahlfeld). Der Konsistenzwechsel ist ein besonders wichtiges Zeichen. Die geringere Konsistenz des Korpus gegenüber der Zervix ist schon früh feststellbar. Von besonderem Interesse ist es, daß am Korpus selbst oft härtere und weichere Partien unterschieden werden können. Der breitere obere Teil des Korpus kann gegen den weicheren unteren durch eine Querfurche abgegrenzt sein (Landau). Diese Befunde über Asymmetrien am schwangeren Uterus bestätigte und erweiterte Piskacek, der die sogenannten Ausladungen umschriebener Gebärmutterabschnitte im Anfange der Schwangerschaft beschreibt. Der Ausladung entspricht die Insertion des Eies. Gegen das Ende des 3. Monats pflegt die Asymmetrie ausgeglichen zu sein.

Notizen.

Wien, 15. April 1905.

(Wiener medizinische Fakultät.) In dem soeben ausgegebenen Lektionskatalog für das Sommersemester 1905 werden an der Wiener medizinischen Fakultät 361 Vorlesungen (gegen 334 im Sommersemester 1904) angekündigt, die von 31 (30) ordentlichen, 62 (55) außerordentlichen Professoren und 126 (117) Privatdozenten und Assistenten gehalten werden. Auf die einzelnen Disziplinen verteilen sich die angekündigten Kollegien wie folgt:

Disziplin	Vorlesungen	O. Prof.	A. o. Prof.	Privatdozenten u. Assist.
Geschichte d. Medizin . . .	3	—	2	—
Anatomie u. Histologie . . .	15	3	4	2
Physiologie	6	1	1	1
Allg. Pathol. u. path. Anatomie	28	3	6	6
Heilmittellehre	7	1	—	2
Interne Medizin	86	4	16	40
Kinderheilkunde	18	2	3	6
Chirurgie	46	2	5	21
Ohrenheilkunde	19	2	2	5
Augenheilkunde	32	2	6	8
Gynäkologie	29	2	7	15
Hautkrankheiten u. Syphilis .	31	4	4	9
Psychiatrie	16	2	2	6
Staatsarzneikunde u. Hygiene	12	1	3	2
Angewandte med. Chemie . .	12	2	—	3
Veterinärkunde	1	—	1	—
Summe . . .	361	31	62	126

Der summarischen Übersicht der im Wintersemester 1904/05 an der Wiener Universität Inskribierten entnehmen wir, daß die Zahl der Mediziner 1801 (1014 ordentliche Hörer, 32 ordentliche Hörerinnen, 97 außerordentliche Hörer, 3 außerordentliche Hörerinnen, 653 Frequentanten, 1 Frequentantin, 1 Hospitantin) betrug, was 21·8% (gegen 22·4% im Wintersemester des Vorjahres) aller an der Wiener Universität Inskribierten gleichkommt. — Diese Ziffern bedeuten eine geringe absolute Zunahme der Studierenden der Medizin gegenüber dem Wintersemester des Vorjahres, welche sich gleichmäßig auf alle Kategorien verteilt, dagegen eine relative Abnahme der Mediziner im Vergleiche mit den Frequentanten der beiden anderen weltlichen Fakultäten. Die Zahl der an der medizinischen Fakultät inskribierten Frauen ist gegenüber dem Vorjahre konstant geblieben.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Doz. Kienböck einen Fall von unter Röntgenbehandlung und Jodkur erheblich gebessertem Mediastinaltumor, wahrscheinlich Sarkom, bei einem luetischen Individuum. (Erscheint in extenso in unserem Blatte.) Dr. R. Porges, der den Fall gleichfalls behandelt hat, sprach sich für den luetischen Charakter des Tumors aus und Prof. Paltauf fragte an, ob der Blutbefund erhoben worden sei, was Kienböck bejahen konnte. — Hierauf führte Doktor v. Frisch aus der Klinik v. Eiselbergs einen Mann mit totalem Defekt des Penis und Skrotums vor; der Fall stellt insofern ein Unikum dar, als dem Pat. das Genitale in seiner Kindheit von einem Hunde abgebissen worden ist. — Dr. Silbermark zeigte aus der Abteilung v. Mosetigs den vor einigen Wochen demonstrierten Knaben mit narbiger Schürzenbildung in der Genitalgegend nach plastischer Behebung der Deformation. — Doz. Holzknecht erörterte an der Hand eines Falles von Drüsentumor die Wirkung der Röntgenstrahlen auf hyperplastisches Lymphgewebe. — Schließlich hielt Dr. Boxer den angekündigten Vortrag „Über das Verhalten von Streptokokken und Diplokokken auf Brutnährböden". Bei der Nachprüfung der Befunde Schottmüllers ergab die Züchtung von Streptokokken und Diplokokken der verschiedensten Provenienz auf Agar-Nährboden mit Menschenblut und Fodérsschen Nährböden (Agar mit Pferdeblut), daß beide Bakterienformen von einander unterschieden werden können, indem die Streptokokken eine Aufhellung des Nährbodens, die Diplokokken eine Gelbfärbung desselben bewirken. Daneben finden sich Zwischenformen, welche sich in ihren kulturellen Eigenschaften entweder mehr den Streptokokken oder den Staphylokokken nähern. Die Unterscheidung einzelner Streptokokkenarten, wie sie Schottmüller auf Grund seiner Versuche angab, ist Boxer nicht gelungen. In bluthaltiger Bouillon zeigen beide Bakterienarten Hämolyse, bei den Diplokokken erfolgt dieselbe rascher, zudem unter Bildung eines grünlichen Eiweißbelages an der Gefäßwand.

(Wiener medizinisches Doktorenkollegium.) Am 10. d. M. wurde der diesjährige Zyklus der wissenschaftlichen Versammlungen des Kollegiums durch einen Vortrag des Dr. Julius Sternberg „Über Operationen bei gleichzeitig bestehenden Infektions- und Stoffwechselkrankheiten" abgeschlossen. Der Vortrag wird in der „Wiener Med. Presse" zur Publikation gelangen.

(Universitätsnachrichten.) An der Charité in Berlin ist kürzlich eine zweite gynäkologische Universitäts-Poliklinik unter Leitung des Geh. Med.-Rates Prof. Dr. Bumm eröffnet worden. — Die medizinische Fakultät der Universität Münster wird so weit ausgebaut, daß die Studierenden daselbst ihre ersten fünf Semester durchmachen können. — Der Privatdozent für Augenheilkunde in Gießen Dr. Best und der Privatdozent für Chirurgie daselbst Dr. Boetticher sind zu a. o. Professoren ernannt worden. — Ein Gesetzentwurf der Skupschtina beschäftigt sich mit der Reorganisation der Hochschule in Belgrad, die nunmehr aus vier Fakultäten, der medizinischen, juridischen, philosophischen und technischen, bestehen soll.

(Personalien.) Die belgische Akademie der Medizin hat den Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Curschmann in Leipzig zum Ehrenmitgliede ernannt. — Der Verein für innere Medizin in Berlin hat den Professor der Geschichte der Medizin an der Wiener Universität Dr. Max Neuburger zum korrespondierenden Mitgliede gewählt. — Geh. San.-Rat Dr. Georg Mayer in Berlin hat am 9. d. M. seinen 80. Geburtstag gefeiert. — Dem Oberbezirksarzte in Tarnopol Dr. Emil Gladyszowski ist der Titel und Charakter eines Landes-Sanitätsinspektors

verliehen worden. — Der praktische Arzt Dr. AUGUST KORDINA in Böhm.-Skalitz hat den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten. — Die Stabsärzte Dr. KAYSER und Dr. GRAESENER sowie Prof. Dr. ASCHAFFENBURG und Dr. HUISMANS sind zu Dozenten der Akademie für praktische Medizin in Köln ernannt worden.

(Internationaler Medizinischer Unfall-Kongreß.) Wie in Frankreich, Italien und Holland, so hat sich auch in Deutschland auf Anregung des Generalsekretärs der Ausstellung, Dr. POËLS in Brüssel, ein Ausschuß gebildet, welcher die bei der Ausführung der Unfallgesetzgebung beteiligten deutschen Ärzte und Verwaltungsbeamten hiermit zur Teilnahme an dem in der Zeit vom 29. Mai bis 4. Juni d. J. in Lüttich stattfindenden Kongreß einladet. Die Herren, welche dort Vorträge zu halten beabsichtigen, werden ersucht, dieselben schleunigst bei Dr. POËLS (Brüssel), 2 Rue Marie-Thérèse anzumelden und ebenso wie die Teilnehmer 10 Frcs. an denselben einzusenden. Von deutschen Ärzten haben bis jetzt Vorträge in Aussicht gestellt die Herren: DÜMS (Leipzig), EULENBURG (Berlin), GEORGE MEYER (Berlin), HOFFA (Berlin), RIEDINGER (Würzburg) und THIEM (Cottbus). Der Austausch der eigenartigen, bei der Behandlung und Begutachtung Unfallverletzter gewonnenen Erfahrungen erscheint schon heute von großer Wichtigkeit, und es ist um so freudiger zu begrüßen, daß auf dem vorstehenden Kongreß in Lüttich hierzu Gelegenheit gegeben wird, als es bei der anderweitigen Sektionseinteilung der Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte leider nicht möglich gewesen ist, die bereits mit Erfolg dort eingerichteten Abteilungen für Unfallheilkunde beizubehalten.

(Der 15. Kongreß der Irrenärzte und Neurologen) findet vom 1.—7. August in Rennes statt. Auf der Tagesordnung stehen: Über Hypochondrie; Über Neuritis ascendens; Balneotherapie und Hydrotherapie bei der Behandlung der Geisteskrankheiten.

(Statistik.) Vom 2. bis inklusive 8. April 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8321 Personen behandelt. Hiervon wurden 1799 entlassen, 196 sind gestorben (9·8% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 94, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 101, Scharlach 69, Masern 268, Keuchhusten 34, Rotlauf 29, Wochenbettfieber 5, Röteln 29, Mumps 30, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 719 Personen gestorben (+ 14 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der bekannte Laryngologe Dr. EDUARD RONSBURGER, ein hochangesehener Kollege, im Alter von 64 Jahren; in Brünn Dr. J. MELION im hohen Alter von 92 Jahren; in Kiel der Gynäkologe Prof. Dr. GLAEVECKE; in Karlsruhe der Oberarzt am städtischen Krankenhause Dr. ADOLF KATZ, erst 32 Jahre alt; in Paris der Psychiater Dr. PAUL GARNIER.

Aus Badgastein wird uns geschrieben: Nun endlich ist auch bei uns der Winter vorüber und sind die ungeheueren Schneemassen verschwunden, so daß man allmählich an die Zurüstungen für die heurige Saison denken kann. Am 1. September 1905 wird die Strecke der Tauernbahn Schwarzach-**Badgastein** eröffnet, welche durch ihre landschaftlich hervorragende **Schönheit den Besuchern** unseres Kurortes eine höchst interessante **Fahrt bieten wird.**

Unseren zahlreichen Kurgästen können wir die **angenehme Mitteilung** machen, daß infolge der Vollendung der Bahnstrecke die **so ungemein beliebte** Erzherzog Johann-Promenade nunmehr in ihrer ganzen **Länge nebst dem am** Ende derselben befindlichen Café Stöckl in ihrer alten **Pracht und Herrlichkeit** dem P. T. Kurpublikum von anfangs Mai ab **immerwährend zur Verfügung** steht.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

H. Kehr, Technik der Gallensteinoperationen. München 1905, J. F. Lehmann. — M. 16·—.

J. Schwalbe, Vorträge über praktische Therapie. Leipzig 1905, G. Thieme. — M. —·80.

S. Beykovsky, Sehschärfe- und Refraktionsbestimmungen vom praktischen Standpunkte des Truppenarztes. Wien 1905, J. Šafář.

Sprachführer für den Verkehr des Arztes mit dem Kranken und dem Wärter. Wien 1905, J. Šafář. — K 2·50.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der heutigen Nummer liegen Prospekte bei von: **Chem. Fabrik Krewel & Co.**, G. m. b. H. in **Köln am Rhein** über **Dr. Jessners „Mitin"** und **„Sanguinalpräparate"**, **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Isopral"**, **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Albargin"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 23. April 1905. Nr. 17.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K: Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Entwicklung und heutiger Stand der Appendizitisfrage.

Von **Dr. Hans Haberer**, Assistent der I. chirurgischen Klinik in Wien.*)

M. H.! Es wurde in den letzten Jahren so viel über Appendizitis geschrieben und gesprochen, daß es für die verehrte Versammlung eine starke Zumutung bedeutet, wenn ich heute mir erlaube, in der gleichen Frage das Wort zu ergreifen. Ich verspreche aber, nicht in fanatischer Weise für die eine oder andere Richtung Stellung nehmen zu wollen, wie dies ja leider so vielfach geschehen ist, ein Vorgehen, das zur Klärung der Frage noch nie viel beigetragen hat, sondern nur immer dazu angetan war, mehr Verwirrung zu schaffen, und vor allem dem praktischen Arzte den Standpunkt zu erschweren, wiewohl gerade er in erster Linie berufen ist, die Entscheidung über die Art der Therapie im Einzelfall zu treffen. Ich möchte mir vielmehr erlauben, den Entwicklungsgang der Appendizitisfrage bis auf ihren heutigen Stand in groben Umrissen zu besprechen, wobei ich mich jeder Detailkritik enthalten werde.

Wenngleich bereits aus dem 18. Jahrhundert Krankheitsbeschreibungen stammen, welche offenbar der Beobachtung von Appendizitiden entsprungen sind, so wurden dieselben doch in der damaligen Zeit unrichtig gedeutet. Der Beginn der Erkenntnis der Erkrankung fällt in das zweite und dritte Dezennium des 19. Jahrhunderts. Von den Franzosen stammen die ersten brauchbaren Mitteilungen. In erster Linie ist hier Louyer-Villermay[1]) zu nennen, der 1824 zwei letal verlaufene Fälle von Wurmfortsatzentzündung mitteilte. Auf den Anschauungen ihres Lehrers Dupuytren[2]) fußend, lieferten alsbald Husson und Dance[3]) einen wertvollen Beitrag zur Frage. Sie bringen die häufigen Entzündungen in der rechten Fossa iliaca in Zusammenhang mit dem Cökum und finden die Ursache derselben in der durch die natürlichen, anatomischen Verhältnisse begünstigten Stase der Fäkalmassen in dieser Region. Die genannten Autoren entwickeln ein ganz klares Bild der Erkrankung und ihres Verlaufes, in der Therapie bewährt sich ihnen die Antiphlogose glänzend. Wie energisch von derselben Gebrauch gemacht wurde, dafür mag sprechen, daß in einem Falle bis zu 200 Blutegel auf die Bauchhaut appliziert wurden. Milde Abführmittel werden angewendet, Drastika aber sind zu meiden, da die dadurch bewirkten heftigen Darmbewegungen zu Zerreißung von Adhäsionen zwischen Darm und Herd führen können. Daraus erhellt, daß die Zweckmäßigkeit der Ruhestellung des Darms bereits erkannt war. Schon damals war auch die Beobachtung gemacht, daß das männliche Geschlecht häufiger von der Krankheit befallen werde als das weibliche.

Therapeutisch ergab sich alsbald ein wesentlicher Fortschritt. Mélier[4]) und Menière[5]) fordern nämlich bei aus-

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 16. Januar 1905.

[1]) Louyer-Villermay, Observations pour servir à l'histoire des inflammations de l'appendice du coecum. Arch. gén. de méd., Tom. V, pag. 246, 1824.

[2]) Dupuytren, Des abcès de la fosse iliaque droite. Leçons orales de clin. chir., Tom. III, Paris 1833.

[3]) Husson et Dance, Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires, qui se développent dans la fosse iliaque droite. Rep. gén. d'anat. et de la clin. chir., Tom. IV, 1827.

[4]) Mélier, Sur les maladies de l'appendice coecale. Arch. gén., Tom. XVII, 1828 und Journ. gén. de méd., 17. Sept. 1828.

[5]) Menière, Mémoire sur des tumeurs phlegmoneux, occupants la fosse iliaque droite. Arch. gén. de méd., Tom. XVII, 1828.

gesprochener, jeder konservativen Behandlung trotzender Eiterung baldige künstliche Eiterentleerung mittelst Troikart oder Bistouri, am besten von der Crista ossis ischii aus. Noch immer aber wurde das Cökum als Ausgangspunkt der Erkrankung in den Vordergrund gerückt. Diese Auffassung wurde noch weiter gefestigt durch den deutschen Kliniker Puchelt[6]), der unter Aufstellung eines festen Symptomenkomplexes den Namen Perityphlitis einführte. Im Sinne des Lehrers hören wir auch seine Schüler Spielmann[7]) und Goldbeck[8]) sprechen, welch letzterer die Koprostase nicht als Ursache, sondern als Folge der Entzündung des Cökums bezeichnet.

In diese Zeit fällt auch der Versuch von Albers[9]), die pathologische Anatomie der Entzündungsprozesse in der rechten Fossa iliaca klarzulegen. Er unterscheidet von der häufig mit Eiterung einhergehenden Perityphlitis die Typhlitis, welche akut oder chronisch verlaufen kann, zu ihr gesellt sich Eiterung selten. Der Eiter bei der Perityphlitis durchbricht nach der Anschauung des Autors oft den Proc. vermiformis oder das Cökum und gelangt so in den Darm.

In ein neues Stadium tritt die Frage mit der Erkenntnis der Darmperforationen im allgemeinen, namentlich aber mit der Erkenntnis von dem Vorkommen der Perforation des Proc. vermiformis. Ohne der einzelnen Bausteine, welche in fruchtbringender Weise diese Erkenntnis förderten, detailliert gedenken zu wollen, sei darauf hingewiesen, daß besonders der Engländer Burne[10]) auf Grund seiner Sektionsbefunde die Überzeugung aussprach, daß in den meisten Fällen von in vivo diagnostizierter Perityphlitis der Wurmfortsatz primär ulzeriert bzw. perforiert ist. Damit stellte er sich in Gegensatz zu der bisher herrschenden, auf Dupuytren zurückreichenden Anschauung von der primären Perityphlitis. Den Anschauungen betreffs der älteren Ätiologie tritt in einer ausführlichen Abhandlung ebenfalls Grisolle[11]) entgegen. Der genannte Autor stellt sich aber auch in teilweisen Gegensatz zu der in jener Zeit in England und Frankreich bereits eingebürgerten Opiumtherapie, insoferne er bei nachgewiesener Eiterung eifrig für die Inzision plädiert, die aber zielbewußt, Schicht für Schicht vorzunehmen sei und in zweckmäßiger Weise das schon vorher geübte blinde Stechen und Schneiden ersetzen solle. Ist eine operative Therapie nicht notwendig, so ist in allen Fällen das Opium anzuwenden, dem Grisolle große Erfolge verdankt.

In Deutschland wurde Volz[12]) zum Vorkämpfer für die hier bisher nur wenig gewürdigte Opiumtherapie, welcher in verdienstvollen Arbeiten sich auch namentlich mit der Ätiologie beschäftigte und sein Hauptaugenmerk dem Vorkommen von Fremdkörpern im Wurmfortsatz widmete. Die chemische Untersuchung der Fremdkörper ließ auf stufenweise Ablagerung von Fäkalbestandteilen und Darmschleim schließen, als Kristallisationspunkt sei, wenn auch nicht immer nachzuweisen, wohl ein von außen eingebrachter Fremdkörper, wie Samen oder Obstkern, anzunehmen. Schon vorher hatte Rokitansky[13]) die Beziehung der im Wurmfortsatze befindlichen Konkremente zu den anatomischen Veränderungen der Ulzeration und Perforation auseinandergesetzt, wodurch die Ansichten von Volz eine wesentliche Stütze erhielten. Damit war nun aber auch Klarheit über die Abszesse der rechten Unterbauchgegend erbracht.

Unter den Förderern des klinischen Verständnisses nimmt in der nächsten Zeit Bamberger[14]) die führende Rolle ein. Seinen anatomischen Vorstellungen, von welchen bloß das Fehlen eines peritonealen Überzuges an der Hinterfläche des Cökums hervorgehoben sei, gemäß, teilt er die Entzündungen im Bereiche der rechten Fossa iliaca in: 1. intraperitoneale Entzündungen, meist vom Cökum oder vom Proc. vermif. (Typhlitis) ausgehend, und 2. in extraperitoneale oder retroperitoneale Entzündungen, in dem der hinteren Cökalwand angelagerten Bindegewebe (Perityphlitis). Er schildert in klarer Weise die klinischen Symptome und empfiehlt therapeutisch für die leichten Fälle mild wirkende Abführmittel; bei dem Verdacht auf Geschwürsbildung und auf zirkumskripte Peritonitis Ruhe und Opium. Bei ausgesprochenen Abszessen ist die vorsichtige Inzision am Platze. Die Einteilung Bambergers in intra- und extraperitoneale Entzündungen entsprach der allgemein verbreiteten Anschauung von dem Fehlen eines peritonealen Überzuges an der Hinterfläche des Cökums. Nun wurde aber durch eine Reihe von anatomischen Untersuchungen, auf die ich gar nicht näher eingehen will, festgestellt, daß das Cökum in der Regel vom Bauchfell vollständig überzogen sei. Auf Grund dieser anatomischen Erkenntnis scheidet nun Oppolzer[15]) die Perityphlitis als Entzündung des serösen Überzuges der Darmgebilde von der Paratyphlitis, worunter er die Entzündungsprozesse im retrocökalen Bindegewebe verstanden wissen will.

Es folgt nun eine Reihe von Einzelbeobachtungen über Komplikationen, wie sie im Verlaufe der Entzündungen im Bereiche der rechten Fossa illiaca als Pleuritis, Empyem, Lungen- und Lebervereiterung beobachtet wurden. Gleichzeitig aber macht sich auch bereits das Streben geltend, die verschiedenen Formen der Entzündung differentialdiagnostisch festzustellen. So glaubte Oppolzer (l. c.), daß bei der zirkumskripten Peritonitis das Exsudat nahe der vorderen Bauchwand anliege, bei der Paratyphlitis aber von der Bauchwand entfernt sei, so daß es erst beim Niederdrücken der Bauchdecken zu fühlen sei. Henoch[16]) wollte Fluktuation als Charakteristikum der perityphlitischen Abszesse ansprechen, eine Anschauung, der Pfannkuch[17]) auf das entschiedenste widersprach. Daneben kommen auch Berichte von Heilerfolgen, die mit Elektrizität, hohen Alkoholgaben, mit Jodtinktur und gleichzeitiger Medikation von Rizinus usw. erzielt wurden, Mitteilungen, die ich füglich übergehen kann.

Die Opiumtherapie behauptete sich noch immer als souveräne Methode, so daß Bossard[18]) sie als einzig rationelles Verfahren bezeichnete, ja, daß Heilerfolge, welche eine andere Methode zeitigt, nicht durch, sondern trotz dieser Methode eintreten. Wenige Jahre später lesen wir in Bauers[19]) trefflicher Abhandlung: „Überläßt man jetzt noch den Exsudaten meist den spontanen Durchbruch, so ist es möglich, daß allmählich bei verbesserter antiseptischer Wundbehandlung dieser Grundsatz dem umgekehrten Platz macht." Und wieder 5 Jahre später rät Matterstock[20]), bei drohendem Durchbruch des Exsudats nach außen nicht mit der Inzision zögern zu

[6]) Puchelt, Das System der Medizin. II. Teil, Bd. 2, pag. 682, Heidelberg 1829, und Klin. Annalen, Bd. 8, 4. Heft, Heidelberg 1832.

[7]) Spielmann, Neue Jahrbücher der deutschen Medizin und Chirurgie, 1832.

[8]) Goldbeck, Über eigentümlich entzündliche Geschwülste in der rechten Hüftbeingegend. Inaug.-Diss., Gießen (Worms 1830).

[9]) Albers, Beobachtungen auf dem Gebiete der Pathologie und pathologischen Anatomie. II. Teil, 1838.

[10]) Burne, Upon inflammation and perforation of the coecum. Med. chir. transact. published by the Royal Medical and chirurgical Society of London for 1836, London 1837, Tom. XX; ibid. 1839, Tom. XXII.

[11]) Grisolle, Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. Arch. gén. de méd., III et nouv. Sér. Tom. IV, 1839.

[12]) Volz, Über die Verschwärung und Perforation des Proc. vermiform., bedingt durch Fremdkörper. Häsers Arch. f. d. ges. Med., Bd. 4, 1843, und Die durch Kotsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes etc. Karlsruhe 1846.

[13]) Rokitansky, Handbuch der pathologischen Anatomie, 3, 1842.

[14]) Bamberger, Die Entzündungen der rechten Fossa iliaca. „Wiener med. Wochenschr.", 1853. — Derselbe, Die Typhlitis, die Perityphlitis und die Entzündung des wurmförmigen Fortsatzes. Handb. d. spez. Pathol. u. Therap. von R. v. Virchow, Bd. 6, 1855. — Derselbe, Verhandlungen der phys.-med. Gesellschaft Würzburg, pag. 123. 1859.

[15]) Oppolzer, „Allg. Wiener med. Zeitschr.", 1858, 1862 u. 1864.

[16]) Henoch, Klinik der Unterleibskrankheiten, Bd. 3, 1858.

[17]) Pfannkuch, Über die Diagnose und Therapie der perityphlitischen Abszesse. Inaug.-Diss., Marburg 1859.

[18]) Bossard, Über die Verschwärung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Inaug.-Diss., Zürich 1869.

[19]) Bauer, Die Entzündungen in der rechten Fossa iliaca, Typhlitis und Perityphlitis. Ziemssens Handb. d. spez. Pathol. u. Therap., Bd. 8, 1875.

[20]) Matterstock, Perityphlitis. Gerhardts Handb. d. Kinderkrankheiten, Bd. 4, II. Abt., 1880.

wollen. Auch EICHHORST[21]) spricht sich bei zirkumskripter oder fluktuierender Geschwulst für Inzision aus. Und so zeigt es sich, daß die inneren Kliniker, wenn auch noch an der Opiumbehandlung festhaltend, doch zum Teil bereits die Erkenntnis gewonnen haben, daß das Messer des Chirurgen in der Therapie der Entzündungen im Bereiche der Fossa iliaca dextra ein Wort mitzureden habe. Eine neue Forderung lag darin ja nicht, wir haben ja im Laufe unserer Auseinandersetzung schon einige Male den Wunsch nach chirurgischem Eingreifen, oder besser gesagt, wenigstens das Zugeständnis der Möglichkeit einer chirurgischen Therapie gehört. Aber nur in vereinzelten Fällen wagte man sich an eine chirurgische Behandlung, und dieselbe hatte dann immer nur den Zweck, gefährliche Komplikationen der Krankheit zu bekämpfen. An den eigentlichen Krankheitsherd wagte man sich nicht heran.

Der Beginn einer erfolgreichen chirurgischen Therapie fällt mit der Einführung der Antisepsis zusammen. Gleichwohl beschränkte man sich noch immer auf Inzisionen bei nachgewiesener Eiterung. Selbst trotzdem WAGNER[22]) in seiner grundlegenden experimentellen Arbeit über die Peritonealhöhle es ausgesprochen hatte, daß die Scheu einer Verwundung des Peritoneums nicht gerechtfertigt sei, will KRAUSSOLD[23]), wenngleich ein energischer Vertreter des operativen Eingriffs, denselben nur als Inzision bei nachgewiesener Eiterung zugeben. Er spricht den Grundsatz aus, daß der Durchbruch eines eitrigen Exsudats in den Darm usw. ein Kunstfehler, nicht von der Natur, sondern von seiten der Behandlung ist, da der Kranke solange der Gefahr der Perforation in die freie Bauchhöhle ausgesetzt bleibt. KRÖNLEIN[24]) konnte als Erster von einer 55 Stunden nach erfolgter Perforation ausgeführten Laparotomie mit Appendixresektion berichten und v. MIKULICZ[25]) teilte glänzende Erfolge von Laparotomien bei jauchig-eitriger Peritonitis mit. Es folgte nun eine Reihe von einschlägigen Berichten, und wir hören bereits zu Ende der achtziger Jahre des 19. Jahrhunderts GASTON[26]) die Frage aufwerfen, ob man nicht den Wurmfortsatz, da doch ein Drittel aller Wurmfortsätze pathologisch verändert sei, ein- für allemal unterbinden und exstirpieren könne. War diese Frage, wenigstens für die damalige Zeit, entschieden zu kühn, so ist daraus doch zu ersehen, daß die Chirurgen in der Angelegenheit bereits eine Position beherrschten. Und in der Tat müssen wir von nun ab drei Richtungen in der Behandlung unterscheiden, nämlich: Die Verfechtung der rein internen Behandlung, die operative Richtung, welche einer inneren Therapie das Recht abspricht, und zwischen den beiden kontradiktorischen Gegensätzen endlich eine vermittelnde Richtung, welche neben der inneren Behandlung unter gewissen Umständen auch eine chirurgische zuläßt.

Aus der Reihe der konservativen Internisten seien namentlich HOLLÄNDER[27]), HEUBNER[28]), MONTI[29]), SMITH[30]) und LEYDEN[31]) genannt.

FÜRBRINGER erklärt die Erfolge der Internisten nicht für schlecht genug, die der Chirurgen nicht für gut genug, um die letzteren in dem von ihnen meist geforderten Umfange herbeizurufen.

Für ein absolut chirurgisches Vorgehen, wenn Eiter vorhanden ist, sprechen sich eine Reihe von Autoren aus: Glaubt TREVES[32]) bei den leichteren Formen erst abwarten zu dürfen, bei Verschlimmerung aber breit eröffnen zu müssen, so sieht GRASER[33]) in dem Ödem der Bauchdecken ein wichtiges Symptom bestehender Eiterung und damit die Indikation zur Operation. SONNENBURG[34]) plädiert für die zweizeitige Operation, namentlich bei tiefliegenden oder nicht genau nachweisbaren Abszessen. KUESTER[35]) hält die zweizeitige Operation für unnötig, da er den Abszeß durch Zurückschieben des Peritoneums stets gefahrlos erreichen konnte, gleichgültig ob es sich um extra- oder intraperitonealen Sitz desselben handelte. v. MIKULICZ[36]) unterscheidet die diffuse septische Peritonitis von der zirkumskripten, fibrinös-eitrigen, als deren Abart er die progrediente, fibrinös-eitrige Peritonitis auffaßt. Während im ersten Falle bei einer Operation die Bauchhöhle im ganzen Umfange eröffnet, reichlich desinfiziert und drainiert werden muß, kommt es bei der zweiten Form darauf an, die Verklebungen möglichst zu schonen. SCHUCHARDT[37]) rät zur Operation, sobald eine beträchtliche Geschwulst in der Blinddarmgegend nachweisbar ist und die örtliche Schmerzhaftigkeit sowie die Störung der Darmtätigkeit nicht rasch und entschieden nachlassen. WORCESTER[38]) stellt als einzig richtige die chirurgische Behandlung hin. Die beste Zeit für die Operation bestimme der Gang der Erkrankung. Ich habe hier nachzutragen, daß FITZ[39]) für alle spezifischen Erkrankungen des Processus vermiformis den Namen Appendizitis vorgeschlagen hatte. Ich übergehe alle die Einsprachen, die gegen diesen Namen und die Vorschläge, ihn durch andere Namen zu ersetzen, erhoben wurden, zumal die Einwände ja alle den sprachlichen Standpunkt und nicht die Sache betreffen. Das endgültige Resultat ist Ihnen, m. H., ja bekannt, insofern der Name „Appendizitis" wohl heute der gebräuchlichste für die in Rede stehende Krankheitsgruppe ist. Ich möchte gleich hier vorwegnehmen, daß NOTHNAGEL[40]) in seinem Handbuch den Namen durch „Skolikoiditis" ersetzen möchte. Wenn ich nach dieser Parenthese wieder zu den Vorkämpfern im chirurgischen Lager zurückkehre, so habe ich noch zu erwähnen, daß KRECKE[41]) unter allen Umständen zu operieren empfiehlt, selbst wenn sichere Symptome der Eiterung, vor allem Fluktuation, fehlen. Als die einzige Heilmethode der Abszesse sieht ROUX[42]) die chirurgische Behandlung an.

Einen vermittelnden Standpunkt zwischen rein innerer und rein chirurgischer Behandlung nimmt SAHLI[43]) ein. Indem er für die Ursache der häufigen Entzündungen in der rechten Fossa iliaca den Wurmfortsatz verantwortlich macht, läßt er die Entwicklung des Krankheitsprozesses einzig von dem Virulenzgrade der Entzündung und der Entzündungserreger abhängen. Therapeutisch kommt in erster Linie Opium in Betracht. Daneben ist die lokale Applikation von Wärme und Kälte nicht zu unterschätzen. Einen operativen Eingriff

21) EICHHORST, Handb. d. spez. Pathol. u. Therap., Bd. 1, und EULENBURGS Real-Enzyklopädie, Bd. 14, 1883.

22) WAGNER, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. V. Kongreß, 1876.

23) KRAUSSOLD, Über die Krankheiten des Cökums und des Processus vermiformis etc. VOLKMANNS Samml. klin. Vortr., Nr. 191, 1881.

24) KRÖNLEIN, Die operative Behandlung der akuten, diffusen, jauchig-eitrigen Peritonitis. LANGENBECKS Arch., Bd. 33, 1886.

25) v. MIKULICZ, Über Laparotomie bei Magen- und Darmperforation. VOLKMANNS Samml. klin. Vortr., Nr. 262, 1885.

26) GASTON, Med. Surg. Reporter. Philadelphia, 12. Mai 1888.

27) HOLLÄNDER, Über die Erkrankungen des Proc. vermiform. etc. Inaug.-Diss., Breslau 1886.

28) HEUBNER, Sitzungsber. d. med. Ges. zu Leipzig vom 21. Juli 1891.

29) MONTI, Arch. f. Kinderheilk., 1886.

30) SMITH, VIRCHOW-HIRSCHS Jahresber., 2, pag. 251, 1890.

31) LEYDEN, „Deutsche med. Wochenschr.", 1891.

32) TREVES, A discussion on the surg. treatement of typhl. „Brit. med. Journ.", Nr. 9, 1889.

33) GRASER, Über Perityphlitis und deren Behandlung. „Münchener med. Wochenschr.", Nr. 16 u. 17, 1892; LANGENBECKS Arch., Bd. 41.

34) SONNENBURG, Verhandlungen der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, 1892 u. 1893. Enzyklop. Jahrb., Bd. 2, 1893.

35) KUESTER, VIRCHOW-HIRSCHS Jahresb., 1889, 2, pag. 516.

36) v. MIKULICZ, Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung der Perforativperitonitiden. Verhandl. d. deutschen Ges. f. Chir., 1889.

37) SCHUCHARDT, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Typhlitis. Arch. f. klin. Med., Bd. 40.

38) WORCESTER, Eigth cases of appendicitis. „Bost. Journ.", 30. Jan. 1889.

39) FITZ, „Americ. Journ. of the med. Sciences", Oktober 1886.

40) NOTHNAGEL, Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneums. Spez. Pathol. u. Therap., 17, 1898.

41) KRECKE, Die chirurgische Behandlung der vom Wurmfortsatz ausgehenden zirkumskripten und allgemeinen Peritonitis. „Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 30, 1890.

42) ROUX, Traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée. „Revue méd. de la Suisse rom.", Nr. 1 u. 4, 1890 u. ibid. 1892.

43) SAHLI, Über das Wesen und die Behandlung der Perityphlitiden. Korrespondenzbl. f. d. Schweizer Ärzte, 1892.

empfiehlt SAHLI für sehr stürmisch verlaufende Fälle mit septischen Erscheinungen, ferner für Fälle, welche der internen Behandlung trotzen, endlich für Fälle, welche häufig und schwer rezidivieren. Wenn ein oberflächlicher Abszeß nachweisbar ist, muß selbstverständlich die Operation empfohlen werden. Ganz ähnliche Indikationen hören wir von chirurgischer Seite durch LENNANDER.[44]) Die Rezidive der Perityphlitis ist es, welche nunmehr überhaupt das ärztliche Behandeln beeinflußt, insofern als viele Autoren der Ansicht zuneigen, man solle im Falle gehäufter Rückfälle zur Operation schreiten und den Wurmfortsatz entfernen. Oft tastet man in der Gegend des Cökums eine deutlich begrenzte Geschwulst, die nicht den Rest eines schwindenden Exsudats vorstellt, sondern der stark verdickte Appendix ist. Häufig besteht dann an einer bestimmten Stelle, die meist zwei Zoll einwärts von der Spina ant. sup. oss. il. auf einer Linie von der Spina zum Nabel liegt, ein typischer Schmerzpunkt, der nach seinem um die Appendizitisfrage so sehr verdienten Entdecker benannte MAC BURNEY-Punkt.[45]) Unter solchen Umständen hat IVERSEN[46]) in zwei Fällen mit Glück den Appendix entfernt. Er hält am günstigsten für die Operation den Zeitpunkt, in dem die Krankheit ins Stadium der Ruhe getreten ist. Derselben Ansicht ist auch KÜMMEL[47]) und damit war der Begriff der sogenannten Intervalloperation geschaffen. Diese eben ausgesprochenen Grundsätze erfuhren auch Einsprüche. So hat sich unter anderen DENNIS[48]) entschieden gegen die Entfernung des Appendix bei rezidivierender Appendizitis im Intervall ausgesprochen, da selbst nach sehr zahlreichen Attacken längere Ruhe, ja selbst Heilung durch Verödung des Wurmfortsatzes eintreten könne. SONNENBURG[49]) stellt in seiner Monographie folgende Grundsätze auf: 1. Bei jeder Wurmfortsatzperforation entsteht ein eitriges Exsudat und damit ist diese Appendixperforation Gegenstand chirurgischer Behandlung. 2. Das Rezidiv ist in den meisten Fällen Folge mangelhafter Spontanheilung eines infolge Perforation aufgetretenen, eitrigen Exsudats. 3. Die definitive Heilung der Perityphlitis erfolgt erst nach vollständiger Beseitigung aller pathologischen Prozesse am Wurmfortsatz, der unter allen Umständen aufzusuchen und womöglich zu entfernen ist. In bezug auf die Krankheitsformen unterscheidet er: 1. Appendicitis catarrhalis acuta, 2. Appendicitis catarrhalis chronica, 3. Appendicitis ulcerosa seu gangraenosa perforativa mit *a)* zirkumskripter, *b)* diffuser Peritonitis. SONNENBURG ist von der zweizeitigen Methode abgekommen und führt fast nur mehr die einzeitige aus. Auf die in diese Zeit fallenden Meinungsdifferenzen, ob eitrige Exsudate resorbiert werden oder nicht, gehe ich nicht weiter ein.

Gestatten Sie mir, m. H., daß ich mit wenigen Worten des weiteren Aufbaues der Frage in ätiologischer Beziehung gedenke. SAHLI (l. c.) hat zuerst auf die Wichtigkeit der Virulenz der Infektionskeime bei der Perityphlitis, speziell bei den Perforationen hingewiesen. Es folgen eine Reihe von einschlägigen bakteriologischen Arbeiten, nach deren Ergebnis namentlich Bact. coli com., Streptokokken, Staphylokokken etc. für die Appendizitis eine ätiologische Bedeutung haben. Von all den einschlägigen Arbeiten möchte ich bloß die bekannte, ausführliche Publikation von TAVEL und LANZ[50]) besonders betonen.

Wenn ich nach dieser kurzen Abschweifung wieder zum therapeutischen Teile des Themas zurückkehre, so befinde ich mich im letzten Dezennium. SAHLI[51]) und HELFERICH[52]) haben durch treffliche Referate im Frühjahr 1895 eine Aussprache zwischen den Anhängern der internen und denen der operativen Therapie angebahnt. SAHLI wendet sich zunächst nochmals energisch gegen die sogenannte Typhlitis stercoralis, wodurch sich in seinen Augen von selbst die Abführtherapie, wie sie von einigen Autoren vertreten wurde, richtet. Im Gegensatz zu SAHLI wollen QUINCKE und RENVERS[53]) die Existenz einer Typhlitis stercoralis aufrecht halten. HELFERICH (l. c.) hält es für sicher, daß in der Mehrzahl der Fälle eine Appendizitis die Ursache aller sekundären Entzündungen abgibt. Er hält in manchen Fällen die Frühoperation für berechtigt, da es besser sei, in zweifelhaften Fällen sagen zu können: „vielleicht wäre der Patient auch ohne Operation gesund geworden", als: „durch Operation wäre der Kranke zu retten gewesen". Von einer Frühoperation will SONNENBURG[54]) im Grunde überhaupt nicht sprechen. Man soll eben den Eiter entleeren, sobald er diagnostiziert ist. CZERNY[55]) will die Forderung, daß die akut septischen Entzündungen am 2. oder 3. Tage dem Chirurgen überwiesen werden sollen, dahin erweitern, daß in solchen Fällen jeder praktische Arzt sofort selbst eingreifen soll, da es sich ja meist bloß um Inzision und Drainage handle. Für die möglichst frühzeitige Operation plädieren vor allem die Amerikaner, als deren Vertreter ich MAC BURNEY (l. c.) und MURPHY[56]) nennen will. Einen ähnlichen Standpunkt sehen wir auch mehrfach die Franzosen einnehmen. Demgegenüber muß der Standpunkt eines der ersten Operateure der Appendizitis, nämlich der KÜMMELS[57]) präzisiert werden, welcher leichte Fälle mit innerer Medikation behandelt, bei mittelschweren Fällen die Operation dann für indiziert hält, wenn nach einigen Tagen die Symptome nicht nachlassen und die Anfälle nach kurzen Remissionen wiederkehren. Schwere Fälle sind immer zu operieren, wenn ein operativer Eingriff überhaupt noch Aussicht auf Genesung bietet.

M. H.! Ich kann mich jetzt kürzer fassen, da ja die nächstfolgende Zeit wenig Neues bringt und der nunmehr einsetzende Kampf für und gegen die Frühoperation Ihnen allen bekannt ist. Wenngleich es befremden mußte, wenn ein so extremer Vorkämpfer für die Frühoperation wie SONNENBURG[58]) seinen Standpunkt in der Weise änderte, daß er die Operation im freien Intervall der Operation im Anfalle vorzieht, so muß man doch sagen, daß in diesem Kampfe die Verfechter der Frühoperation den Sieg davongetragen haben, insofern ihr bis auf den heutigen Tag immer mehr und mehr Chirurgen auf Grund eigener Erfahrung das Wort reden. Ich will Ihre Zeit damit nicht in Anspruch nehmen, alle mit diesem Kampfe eng verknüpften Namen zu nennen, zumal dieselben, entsprechend der Aktualität der Frage, sicher als bekannt vorausgesetzt werden dürfen. Daß sich die Frühoperation, ich meine die Radikaloperation im Laufe der ersten 48 Stunden der Erkrankung, behauptet hat, verdankt sie nicht so sehr der durch sie gewonnenen gründlicheren Erkenntnis der verschiedenen Appendizitisformen, als vielmehr ihren Erfolgen. Nahezu — wenn auch nicht ganz — so ungefährlich wie die Operation im Intervall, ist sie imstande, den Krankheitsprozeß zu einer Zeit, wo sich die weitere Entwicklung und der Ausgang noch nicht be-

---

[44]) LENNANDER, Über Appendizitis. Wien u. Leipzig 1895.

[45]) MAC BURNEY, „New York med. Journ.", 1888—1891; „New York med. Record", 1892; „Annals of Surgery", 1891 u. 1894.

[46]) IVERSEN, Einige Bemerkungen über Appendizitis und deren Behandlung. „Deutsche med. Wochenschr.", 1891.

[47]) KÜMMEL, Zur Radikalbehandlung der Perityphlitis etc. Ber. über d. Verh. d. deutschen Ges. f. Chir., 1890.

[48]) DENNIS, The propriety of the removal of the appendix vermif. „Med. News", 1890.

[49]) SONNENBURG, Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Leipzig 1894.

[50]) TAVEL und LANZ, Über die Ätiologie der Peritonitis. „Mitteil. aus d. klin. u. med. Inst. d. Schweiz", I. Reihe, 1. Heft, 1893.

[51]) SAHLI, Über die Pathologie und Therapie der Perityphlitiden. Verhdl. d. XIII. Kongr. f. innere Med., 1895.

[52]) HELFERICH, ebenda.

[53]) RENVERS, Über Blinddarmentzündung etc. Festschr. z. 100jähr. Stiftungsfeier des med.-chir. Friedrich-Wilhelm-Instituts, Berlin 1895.

[54]) SONNENBURG, Monographie, 2. Aufl., 1895.

[55]) CZERNY, Zur Behandlung der chronischen Entzündung des Wurmfortsatzes. Verhdl. d. deutschen Ges. f. Chir., XXIV. Kongr., 1895.

[56]) MURPHY, Appendizitis. „Med. News", 5. Januar 1895.

[57]) KÜMMEL, Über die verschiedenen Formen der Appendizitis. Verhdl. d. 67. Naturforschervers., 1895 und Perityphlitis. Aus dem ärztlichen Verein in Hamburg. „Münchener med. Wochenschr.", 10. Dezember 1895.

[58]) SONNENBURG, Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Appendizitis. Verhdl. d. deutschen Ges. f. Chir., 1899.

stimmen lassen, zu kupieren und den Kranken ein- für allemal von der Gefahr, die ihm von seinem Wurmfortsatze droht, zu befreien. Und somit hätte die Frage insofern einen befriedigenden Abschluß gefunden, als die Appendizitis als eine Erkrankung aufzufassen ist, deren Behandlung in erster Linie von chirurgischer Seite zu leiten ist. In den allerletzten Jahren aber kam es im chirurgischen Lager zu neuen Streitfragen, welche der Indikationsstellung zum Eingriffe entsprangen und die zu einer Zeit aktuell wurden, wo kaum die Frage nach der Zweckmäßigkeit der Frühoperation in befriedigender Weise gelöst war.

Auch hier kann ich mich auf Bekanntes beziehen. Sie wissen, m. H., daß sich MOSZKOWICZ[59]) im Vorjahre in der Gesellschaft der Ärzte in Wien als Anhänger eines Prinzipes aussprach, das bisher nur von einer kleinen Zahl Chirurgen, wie REHN und SPRENGEL, in Anwendung gebracht war. Das Prinzip besteht in der Operation zu jedweder Zeit eines Anfalles, in dem Momente, wo der Chirurg gerufen wird. Im Falle von Abszessen ist der Appendix unter allen Umständen zu entfesnen, Adhäsionen müssen gelöst werden, um ja keinen Abszeß zu übersehen. Den meisten von Ihnen, m. H., wird der Inhalt dieses Vortrages sowie die sich daran schließende Debatte bekannt sein. Dieses eben ausgesprochene Prinzip hat bisher wenig Anklang gefunden, da die meisten Chirurgen nach wie vor auf dem Standpunkte stehen, Adhäsionen als Schutzmittel der Natur aufzufassen, die man ungestört lassen muß, um eine weitere Infektion der Bauchhöhle zu verhüten. Ich erwähne hier den in besagter Debatte von v. EISELSBERG[60]), SCHNITZLER[61]) u. a. vertretenen Standpunkt, aus eben besagten Gründen den Appendix bei Abszessen nur dann zu entfernen, wenn er leicht und ohne Lösung von Adhäsionen zu entfernen ist. Dieser Standpunkt wird heute wohl von der weitaus größten Zahl der Chirurgen aufrecht erhalten. Ich will mich, meinem eingangs gegebenen Versprechen gemäß, jeder Polemik enthalten. Daß aber im allgemeinen Furcht vor dem Lösen von Adhäsionen in der Umgebung eines zirkumskripten Eiterherdes in der Bauchhöhle besteht, wird niemanden wundernehmen. Ob dieses neue Prinzip sich behaupten kann, muß mindestens fraglich erscheinen. Jedenfalls hat es zu weiteren Kontroversen in der Frage der Therapie der Appendizitis geführt.

Ich weiß, daß diese meine Darstellung der Entwicklung einer so aktuellen Frage, wie es die der Appendizitis ist, insofern eine lückenhafte genannt werden muß, als ich eine Reihe von mit derselben innig verknüpften Namen mit bestem Klang nicht ausgesprochen habe. Habe ich dies für die neuere Zeit deshalb getan, weil ich Ihre Aufmerksamkeit nicht länger in Anspruch nehmen wollte und den neuesten Entwicklungsgang der Frage als bekannt voraussetzen durfte, so muß ich es für die frühere Zeit damit entschuldigen, daß es den Rahmen der mir bemessenen Zeit weit überschreiten möchte, auch nur aller wichtigen, einschlägigen Arbeiten zu gedenken. Ein Literaturverzeichnis war ja auch nicht der Zweck meines Vortrages. Auch auf die verschiedenen Komplikationen der Appendizitis und ihre Bekämpfung bin ich nicht eingegangen.

Gestatten Sie mir nur noch, daß ich am Schlusse Ihnen den Standpunkt meines Chefs, Hofrates v. EISELSBERG, als dessen Schüler ich heute die Ehre hatte, in Ihrer Versammlung zu sprechen, kurz skizziere. Ich kann mich in wenige Sätze fassen, zumal die Grundsätze, welche in der Behandlung der Appendizitis an der ersten chirurgischen Klinik in Wien gelten, bereits anderwärtig ausgesprochen sind. Ich will es aber nicht unterlassen, dieselben nochmals kurz vorzubringen, weil sie der Ausfluß der an einem ganz ansehnlichen Material gewonnenen Erfahrungen sind und weil dabei alle von chirurgischer Seite empfohlenen Ratschläge Berücksichtigung gefunden haben. Das endgültige Urteil gründet sich dabei nicht bloß auf die momentanen operativen, sondern ebenso auf die durch Nachuntersuchung gewonnenen Dauerresultate. Die durch diese Erfahrungen gewonnenen Grundsätze der Therapie lassen sich dahin zusammenfassen, daß die Frühoperation in allen rechtzeitig in chirurgische Behandlung gebrachten Fällen auszuführen ist. Hat der Anfall die ersten 48 Stunden überschritten, so warte man die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes mit dem Messer in der Hand ab. Kommt es zur Abszeßbildung, so ist der Indicatio, ubi pus, ibi evacua zu genügen und der Abszeß zu spalten. Eine gleichzeitige Appendixresektion darf nur dann ausgeführt werden, wenn es keiner Lösung von gröberen Adhäsionen bedarf. Peritonitis wird unter allen Umständen operativ behandelt. Klingt ein Anfall während der ärztlichen Beobachtung ab, so wird die Operation im Intervalle ausgeführt, um den Kranken dauernd zu heilen, zumal sich diese Operation als nahezu gefahrlos erwiesen hat. Bemerken möchte ich noch, daß die Nachuntersuchung von Fällen, bei denen ein Anfall klinisch beobachtet wurde, nach dessen Abklingen die Patienten einen operativen Eingriff ablehnten, im allgemeinen günstige Resultate ergeben hat.

---

[59]) MOSZKOWICZ, Die Operation der eitrigen Perityphlitis. „Wiener klin. Wochenschr.", Nr. 4, 1904.

[60]) v. EISELSBERG, Diskussion über obigen Vortrag. „Wiener klin. Wochenschrift", Nr. 5, 1904.

[61]) SCHNITZLER, Diskussion über obigen Vortrag. „Wiener klin. Wochenschrift", Nr. 6, 1904.

Bemerkungen über Obstipatio alvi habitualis.

Von **Dr. Sigismund Wierzbicki**, Krakau.

Das Verdauungsorgan — das Verpflegsmagazin des menschlichen Körpers — wird unter ungünstigen Verhältnissen, unter träger und nicht geeigneter Administration zu einer wahren Gifthöhle.

Im gesunden Zustande arbeiten alle am Verdauungsgeschäft mitwirkenden Faktoren flink und pünktlich. Die Nahrungsmittel werden aufgenommen, entsprechend verarbeitet, gelöst, das Notwendige behalten, das Überflüssige abgeschoben, entfernt. Kommt es aber in irgend einem Zweige dieser Fabrik zur Störung, verrichten die einzelnen Arbeiter ihre Pflicht nicht exakt genug, so resultieren mannigfache pathologische Zustände. Besprechen wir die Erscheinungen und Folgen des gestörten Mechanismus des Dickdarms.

Die Lebensart des zivilisierten Menschen ist derartig kompliziert, so viele ganz abstrakte Begriffe spielen in seinem Leben eine große Rolle, daß der volle Genuß des Daseins eigentlich nur dem Gehirn zuteil wird, während alle andern Lebensfunktionen nur stiefmütterlich behandelt werden. Im allgemeinen führen diese verschiedenen vernachlässigten Departements des Organismus ihr kümmerliches Dasein noch genügend gut, um das Wohl der ganzen Körperrepublik nicht zu gefährden. Leider kommt es aber oft zu einer Kollision zwischen einzelnen Funktionen. Das übermäßig entwickelte Gehirnleben wirkt direkt hemmend auf den Mechanismus der Verdauungsorgane, insbesondere der Gedärme; ihre Arbeit und Postulate werden oft nicht berücksichtigt, und die Folge davon ist, daß bei vielen Menschen, hauptsächlich Städtebewohnern, sich mit der Zeit ein Zustand der Trägheit, der Atonie der Gedärme entwickelt, zumal unsere Väter und Großväter unter ähnlichen Verhältnissen gelebt haben und uns eine gewisse Disposition zu den erwähnten Folgezuständen erben ließen.

Zur ärztlichen Behandlung gelangen fast ausschließlich die Krankheitsfälle, deren Symptome schon sehr stark ausgesprochen erscheinen; die ungleich zahlreicheren Patienten mit weniger ausgeprägtem Krankheitsbild leiden im Stillen, ohne den Arzt zu Rate zu ziehen, da die Krankheit sich schleichend einstellt und dem Behafteten genug Zeit läßt, sich an seine „Verstopfung" zu gewöhnen.

Der Kranke entschließt sich in diesem Stadium noch nicht dazu, zum Arzte zu gehen, wohl aber beginnen ihn die in allen Zeitungen stark reklamierten „Pillen“ gegen „chronische Verstopfung“, deren Name Legion ist, zu interessieren; er findet in ihnen für einige Jahre wirkliche Hilfe, da er ihren ungünstigen Einfluß auf die Verdauungsfunktion bei länger dauerndem Gebrauch nicht kennt und ihren rein symptomatischen Wert zu beurteilen nicht imstande ist.

Ich habe Gelegenheit gehabt, drei typische Fälle zu beobachten, deren Krankheitsgeschichte ich im kurzen zitieren werde:

I. Z., Ingenieur, 30 Jahre alt, aus gesunder Familie, blutarm. Der Patient hat schon als Kind immer harten Stuhl gehabt, oft an Darmkatarrh gelitten. Diese „Verstopfung“ war ihm bis zu seinem ungefähr 25. Lebensjahre gleichgültig, mit der Zeit jedoch gesellten sich dazu oft vorkommende Kopfschmerzen und ein gewisser Zwang, immer an die Stuhlentleerung zu denken. Die Pillen gegen chronische Verstopfung, die der Patient aus einer Zeitung kennen gelernt hatte, haben eine Zeitlang gute Wirkung ausgeübt, später jedoch kamen die früheren Symptome wiederum zum Vorschein. Der Patient hatte Bedenken, ob er seine Pillen, ohne seine Gesundheit zu schädigen, weiter einnehmen darf.

II. W., Beamter, 27 Jahre alt. Im allgemeinen gesund, leidet nur an Kopfschmerzen, die gewissermaßen periodisch vorkommen. Der Patient hatte das Gefühl, daß dieselben durch die Verdauungsstörungen verursacht werden. Leidet an Verstopfung und hat öfters verschiedene purgierende Mittel eingenommen.

III. S., Beamter, 22 Jahre alt. Der Patient leidet an Verstopfung, Kopfschmerzen, Flatulismus. Der Stuhl immer hart und blutig, da er auch die Hämorrhoiden hat. Das Leiden datiert sich seit der Maturitätsprüfung. Die Vorbereitung zu derselben hat den Patienten monatelang stark in Anspruch genommen. Der Flatulismus sei ihm infolge übelriechender Gase lästig.

Die Untersuchung ergab, daß die Magenfunktion in allen drei Fällen nichts zu wünschen übrig läßt — ebenso der Verdauungschemismus der Gedärme. Als einzige Ursache war die Trägheit des treibenden Apparates des Dickdarms anzunehmen. Ich berücksichtigte jedoch einen Umstand, den ich therapeutisch mit Erfolg ausgenutzt habe — nämlich die schlechte Gewohnheit mancher Patienten, den Moment der Entleerung, trotz erfolgter Signalisation seitens der dazu berufenen Organe, aus verschiedensten Gründen zu verschieben.

Auf diesbezügliche Fragen gaben die Patienten die Antwort, daß sie ziemlich oft, sei es infolge ihrer berufsmäßigen Beschäftigung, verhindert waren, dem Signal Folge zu leisten, sei es infolge einer gewissen Bequemlichkeit, die Entleerung absichtlich verschoben haben. Anfangs verblieb die Gewohnheit ohne Folgen, mit der Zeit jedoch bemerkten sie, daß der günstige Moment nur sehr kurze Zeit dauerte und nicht mehr wiederkam, an seiner Stelle aber sich Kopfschmerzen, Flatulismus und ein eigenartiges Gefühl des Vollseins einstellten.

Um sich diese Erscheinung zu erklären, erscheint die Annahme berechtigt, daß die allererste Wirkung der Intoxikation des Körpers mit Fäulnisprodukten aus den in Fäulnis übergehenden Kotmassen im Dickdarm gerade die motorische Lähmung des Dickdarms ist, die dann die Fortschreitung der Fäulnisprozesse ermöglicht.

Es ist also ein wahrer „Circulus vitiosus“ zwischen der Atonie des Darms, welche die Fäulnisprozesse verursacht, einerseits und der Vergiftung des Körpers mit Fäulnisprodukten, welche die treibenden Kräfte des Dickdarms lähmt, andrerseits. Der günstige Moment zur Entleerung ist vorüber — der vernachlässigte Impuls kommt nicht mehr, und der Patient wird gezwungen, mittelst eines immer stärkeren Purgans die Defäkation herbeizuführen, welche ihn unter solchen Umständen schwächt und den Verdauungsapparat immer mehr den natürlichen zentralen Impulsen entfremdet.

Die **Therapie**, die ich in den zitierten Fällen angewendet habe, beruhte erstens auf gänzlicher Abschaffung der purgierenden Mittel — einer gewagten Verordnung, welche natürlich eine einige Tage dauernde Verstopfung zur Folge hatte. Um die Fäulnisprozesse der im Dickdarm befindlichen Kotmassen hintanzuhalten, nahmen die Patienten abwechselnd große Dosen von Bismuthum subnitricum, Resorcin und Naphthalin ein. Jeden Abend vor dem Schlafengehen hatten sie Automassage des Bauches (Dickdarm) zu machen. Sodann ist ihnen eingeschärft worden, dem ersten Impuls zur Entleerung unter jeder Bedingung sofort zu gehorchen.

Die Diät ist nur insofern abgeändert worden, daß die Patienten in den ersten Wochen der Kur größere Quantitäten von Gewürzen (Paprika) bei ihren Mahlzeiten genießen sollten.

Diese Therapie ist in zwei Fällen mit vollständigem Erfolg gekrönt worden. Nach einem Monat konnten die Patienten, ohne zu purgierenden Mitteln Zuflucht zu nehmen, ruhig ihre Entleerung abwarten; sie haben die Überzeugung, daß diese ohne künstliche Hilfe möglich ist, zurückgewonnen. Der Stuhl war zwar noch immer hart, aber die Erscheinungen der Vergiftung des Körpers mit Fäulnisprodukten traten, abgesehen von den ersten Tagen der Kur, nicht in solcher Intensität auf, daß die berufsmäßige Beschäftigung gestört wurde. Nach zwei Monaten sind die Dosen der Darmantiseptika zur Hälfte reduziert worden, da die Funktion der Gedärme sich immer mehr besserte. Vom 3. Monate an hatten die Patienten nur noch 0·25 Bismuthum subnitricum alle zwei Tage einzunehmen; die Krankheitserscheinungen sind fast gänzlich beseitigt worden.

Beim dritten Patienten scheiterte der therapeutische Erfolg an den Erscheinungen seitens der Hämorrhoiden, welche auf den Gebrauch der purgierenden Mittel nicht verzichten ließen, solange das Leiden durch einen operativen Eingriff nicht dauernd geheilt werden konnte.

Referate.

H. OPPENHEIM (Berlin): **Zur myasthenischen Paralyse.**

Bei einem kräftigen Manne von 47 Jahren ließen sich zunächst nur merkwürdige Störungen am Augenmuskelapparate nachweisen. Zu einer Internuslähmung war innerhalb weniger Tage eine Ptosis, zumal auf dem rechten Auge, hinzugetreten. Besonders bemerkenswert war der Charakter der Funktionsstörung; die Intensität der Ptosis ist nämlich großen Schwankungen unterworfen. Bald ist sie nur angedeutet, bald so stark ausgesprochen, daß die Pupille von dem oberen Lide fast verdeckt wird. Dabei ist der Levator palpebrae superioris überaus leicht erschöpfbar. Schließlich fällt es auf, daß zeitweilig für Momente die Ptosis links stärker ausgesprochen ist und daß ferner der Lidschlag ungewöhnlich häufig erfolgt. Die Annahme einer myasthenischen Paralyse wird gestützt: 1. durch die Mitteilung des Patienten, daß er morgens nach dem Erwachen eine Stunde lang von seinem Doppelsehen und der Lidlähmung befreit sei, 2. durch den Nachweis der sogenannten myasthenischen Reaktion im linken Musculus deltoideus. Der Muskel zeigt sich zwar nicht völlig erschöpfbar durch den wiederholten oder kontinuierlichen elektrischen Reiz, aber die Zuckung ward doch mit jedem Reiz schwächer und ging schließlich in ein Flimmern über („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 29). Im übrigen führt die Untersuchung des Nervenapparates und der inneren Organe zu einem völlig negativen Ergebnis: Motilität, Sensibilität, Reflexe etc. normal (das Kniephänomen vielleicht durch wiederholte Auslösung etwas erschöpfbar). Nur eine Erscheinung ist noch vorhanden, die zunächst ganz außer Zusammenhang mit dem Leiden zu stehen scheint: eine Entwicklungsanomalie an der großen Zehe des rechten Fußes; dieselbe ist fast aufs Doppelte verbreitert und sehr eigentümlich gestaltet; der Verdacht, daß es sich um die verkümmerte Anlage einer sechsten Zehe, um eine Verdopplung der großen Zehe handle, hat sich als richtig erwiesen. Die Tatsache, daß sich die myasthenische Paralyse mit einer gewissen Vorliebe bei Individuen entwickelt, die mit Entwicklungsanomalien behaftet sind, kann auch für den vorliegenden Fall (Polydaktylie) als Erklärung herangezogen werden.

OPPENHEIM hat z. B. bei myasthenischer Paralyse schon gesehen Spaltung des Gaumensegels, Mikrognathie, Polydaktylie; dazu kommen Entwicklungsanomalien, die erst post mortem, u. zw. am Nervenapparat selbst festgestellt werden konnten: kongenitale Hypoplasie der Hirnnervenwurzeln (EISENLOHR, OPPENHEIM), Verdopplung des Zentralkanals (SENATOR), Verdopplung des Aquaeductus Sylvii (OPPENHEIM). Die myasthenische Paralyse wurzelt wahrscheinlich in dem Boden der kongenitalen Anlage. BR.

P. RAVAUT (Paris): **Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire.**

Die zytologischen Befunde in der Spinalflüssigkeit von Syphilitikern gewinnen immer mehr an Interesse und Bedeutung, wenn auch bis nun diese Untersuchungen in ihren Resultaten noch lange nicht als abgeschlossen betrachtet werden können. Am ehesten ließen sich nach dem gewonnenen Untersuchungsresultat bei solchen Syphilitikern voraussichtlich positive Resultate erwarten, die durch irgend ein Symptom auf eine wenn auch noch so leichte Affektion des Nervensystems hinweisen, also insbesondere bei jenen Sekundärsyphilitischen, die an Kopfschmerzen leiden. Diese Voraussetzung erfüllte sich aber nicht, das Untersuchungsresultat steht zur Intensität oder zum Bestehen des Kopfschmerzes in gar keiner Relation; Kranke mit heftigen und andauernden Kopfschmerzen zeigen einen negativen Befund, während umgekehrt bei Fehlen des Kopfschmerzes gar nicht selten starke Reaktion (der Autor unterscheidet den Befund in vier Stufen: 1. starke Reaktion, 20 bis 150 Leukozyten im Gesichtsfeld; 2. mittlere 7—20, 3. schwache, 4—6; 4. negative 0 bis höchstens 3 Leukozyten) auftrat. Dagegen fiel dem Autor („Annal. de Dermat. et de Syph.", Tom. IV, Nr. 7) bei seinen Untersuchungen bald ein anderer Umstand auf, d. i. das fixe Verhältnis zwischen Schwere der Hauterscheinungen und Ausfall der Reaktion; während unter 34 Fällen von leichter Roseola oder Schleimhautplaques bloß 3 positiven Ausfall der Reaktion gaben, zeigten von 36 Fällen mit papulösem Syphilid 26 ein positives Verhalten. Ja, der Autor glaubt so weit gehen zu können, daß er annimmt: Fälle mit leichten Hauterscheinungen und starker Reaktion lassen erwarten, daß schwerere Manifestationen im Anzuge sind und umgekehrt Fälle mit schweren Hauterscheinungen und negativer Reaktion zeigen, daß die Erscheinungen abklingen. Leider konnte er diese an sich interessante und vielleicht auch in bezug auf die Therapie verwertbare Annahme nicht verifizieren, da es in der Regel nicht möglich war, an dem Kranken eine zweite Lumbalpunktion zu machen. Die wenigen Fälle, wo zwei oder mehrere solcher Untersuchungen doch stattfinden konnten, sind in ihren Resultaten oft nicht eindeutig, manchmal sogar widersprechend. Wohl zeigte ein Fall von starken Hauterscheinungen mit Schwinden derselben auch Abnahme in der Stärke der Reaktion, umgekehrt ein Fall mit schwachen Hauterscheinungen bei neuerlicher Eruption auch eine starke Reaktion, aber ein dritter Fall hielt sich in seiner Reaktion auf gleicher Stärke, obwohl die Hauterscheinungen vollständig schwanden. Die Vornahme der Punktion verläuft nicht immer reaktionslos; einzelne der Kranken klagten nachträglich über Kopfschmerz, bei anderen kam es sogar zu Erbrechen; merkwürdigerweise betrafen diese Folgen immer Kranke, bei denen die Untersuchung der Spinalflüssigkeit ein positives Ergebnis hatte, ein Umstand, der sich vorderhand der Deutung entzieht. Als Fazit der Untersuchungen läßt sich mit Sicherheit behaupten, daß schwerere und persistentere Hautaffektionen mit einer gewissen Alteration des Nervensystems einhergehen — denn darauf weist ja die positive Reaktion. Wir gewinnen damit ein Symptom für die klinisch ohne irgend ein Merkzeichen verlaufende Änderung in der Zusammensetzung der Spinalflüssigkeit. Ob und welche Bedeutung diesem Befund insbesondere in bezug auf die Prognose einer später auftretenden Affektion des Nervensystems zukommt, läßt sich derzeit noch nicht ermessen. Jedenfalls plädiert der Autor für die energische Merkurbehandlung bei positivem Ausfall der Reaktion; da die sichere Einwirkung des Quecksilbers in dieser Beziehung auch dem Autor selbst noch keineswegs sichergestellt erscheint, muß auch diese Frage der Zukunft vorbehalten bleiben. DEUTSCH.

TURNER (St. Petersburg): **Über einen Versuch zur Vereinfachung der Etappenbehandlung des Genu valgum adolescentium.**

Die Schwierigkeiten bei der Vornahme der unblutigen Korrektur des Genu valgum bei jungen Individuen liegen darin, daß es schwer fällt, im Moment der gewaltsamen Geraderichtung die Extremität in die gewünschte Lage zu bringen und den Oberschenkel zu fixieren. Sehr häufig wird das erzielte Resultat dadurch illusorisch, daß das Divergieren der Oberschenkel im Hüftgelenk auf Kosten der Verlängerung des Ligamentum teres und der Kapsel die vollzogene Annäherung der unteren Enden der Unterschenkel kompensiert. Verf. empfiehlt („Zeitschr. f. orthopäd. Chir.", Bd. 13, H. 1) zur Vermeidung dieses Übelstandes vor Beginn der Korrektur das Becken des Patienten mittels eines einfachen Apparates zu fixieren, dessen konkave Pelotten die Trochanteren fest umschließen. Die beiden Extremitäten werden gleichzeitig eingegipst. Im Momente, in dem der Gips erstarrt, wird zwischen die inneren Oberflächen der beiden Knie ein festes zylindrisches Kissen gesteckt, das mit Haar oder Sand gefüllt ist, während durch die Hände des Operateurs die unteren Enden der Unterschenkel einander genähert werden. Die ganze Prozedur der Geraderichtung geschieht dabei höchst milde und methodisch, das erzielte Resultat ist ein sehr genaues, die Operationstechnik außerordentlich einfach und kurz. Besondere Vorteile bietet dieses Verfahren bei beiderseitigen Verkrümmungen. GRÜNBAUM.

DJATSCHKOW (St. Petersburg): **2 Fälle von multiplen weichen Schankern.**

In dem einen Falle hat Verf. („Russki Journal Koschnich i Veneritscheskich Bolesnej", Januar 1905) neben einem durchbrochenen Leistenbubo 58 stark eiternde weiche Schanker gezählt; sie waren an verschiedenen Stellen des Penis, am Hodensack, in den Leistenfalten, um den Anus, sowie an der Symphyse lokalisiert. Sämtliche Geschwüre wurden ohne Ausnahme mit dem scharfen Löffel in zwei Sitzungen ausgekratzt, und zwar an dem einen Tage sämtliche Geschwüre in der Nähe der Genitalorgane, am folgenden Tage die Geschwüre an den Genitalorganen selbst. Die Geschwüre am Penis mußten nach 3 Tagen wieder ausgekratzt werden. Sämtliche Geschwüre heilten unter Jodoformpulver in einigen Tagen. — Im zweiten Falle zählte Verf. an den Geschlechtsorganen und in deren Nachbarschaft 75 weiche Schanker von verschiedener Größe und zwar von Erbsen- bis Einmarkstückgröße. Auf der inneren Oberfläche des rechten Oberschenkels befanden sich 23, auf der inneren Oberfläche des linken Oberschenkels 3, in der linken Leistenfalte 2, links oberhalb der Symphyse gleichfalls 2, links am Abdomen, der Crista ossis ilei entsprechend, 1, an der Glans und am Frenulum je 1, am Ende des Präputiums 5, am Hodensack 35, zusammen also 75 weiche Schanker. Behandlung: Zunächst Jodoform als Streupulver, dann Jodoformsalbe auf die inzwischen zum Durchbruch gelangten Bubonen. In 32 Tagen vollständige Heilung. L—y.

HIRSCH (Berlin): **Zur Statistik der Psoriasis vulgaris.**

Unter 27.678 Hautkranken in einem Zeitraume von 15 Jahren hatte JOSEPH in seiner Poliklinik 1836 Psoriatiker, also ungefähr 6·60%. Auf die einzelnen Jahre verteilt findet HIRSCH („Dermatologisches Zentralblatt", 1904, Nr. 12) keine nennenswerte Schwankung in der Prozentzahl. Auffällig ist die Divergenz seiner Statistik von der anderer bezüglich des Geschlechtes, da bei ihm die Männer ein sechsmal größeres Kontingent stellen als die Frauen, während in Wien die Zahl der männlichen Psoriatiker höchstens doppelt so groß ist als die der weiblichen, in England und Amerika gleich ist oder sogar die Frauen überwiegen. Gegenüber GROSZ und JARISCH findet Verfasser keine Steigerung der Fälle im Frühjahr und Herbst, sondern er hat eine ziemlich gleichbleibende Jahreskurve. Wie schon bekannt, fand auch HIRSCH meist nur kräftige Menschen befallen; was Altersgrenze und Verschiebungen bezüglich des Alters anbelangt, konnte auch er den geringen Prozentsatz der Kinder unter 6 Jahren 0·49% feststellen sowie die von GERSTLE, LANG und NIELSEN betonte Tatsache neuerdings bestätigen, daß die weiblichen Patienten



für jugendliche Jahre, Höhepunkt zwischen 16 und 20 Jahren, die männlichen für die späteren Jahre (26—30) die größere Zahl stellen. Sein ältester Psoriatiker war 72 Jahre alt. Die Verteilung auf die Gewerbe fand der Autor ziemlich gleichmäßig, ein geringes Überwiegen zeigten die Schlächter. Verf. kann daher aus seiner Statistik keine Schlüsse auf die Ätiologie ziehen. SCH.

A. ELLINGER und A. SEELIG (Königsberg in Preußen): Der Einfluß von Fieber, Infektion und Nierenschädigungen auf die Suprareninglykosurie.

Der Einfluß des Wärmestichs auf die Suprareninglykosurie ist ein wechselnder und nach dem bisher vorliegenden Versuchsmaterial auch nicht zu übersehender. Bakterielle Infektion führt nur dann zu einer deutlichen Verminderung der Glykosurie, wenn die Suprarenininjektion erst kurz vor dem Tode erfolgt, wobei vielleicht eine Störung der Nierenfunktion von Einfluß ist, wie man wenigstens sie regelmäßig mehr minder ausgesprochen sah („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 11). Regelmäßig wird die Glykosurie herabgesetzt oder zum Schwinden gebracht, wenn die Nierenfunktion beeinträchtigt ist, wie es z. B. durch temporäre Unterbindung beider Nierenarterien bewirkt werden kann. Verf. halten sich nach ihren Tierversuchen noch weniger als nach denen am pankreasdiabetischen Hunde für berechtigt, die Ergebnisse ohne weiteres auf die menschliche Pathologie zu übertragen. Aber sie möchten wenigstens neuerlich darauf hinweisen, daß es dringend erforderlich ist, der Frage der Zuckerretention beim Diabetiker mit kranken Nieren mehr Aufmerksamkeit zu schenken und sie richten daher von neuem an die Kliniker die Aufforderung, durch Blutzuckerbestimmungen in geeigneten Fällen zur Klärung dieser für die Pathologie wie für die Behandlung des komplizierten Diabetes gleich wichtigen Frage beizutragen. B.

M. JOSEPH (Berlin): Über ungewöhnliche Entstehung eines Quecksilberexanthems.

Bei einem 36jährigen Manne trat ohne jegliche Ursache ein teils papulöses, teils vesikulöses Ekzem auf der rechten Gesichtshälfte auf, welches, vom Mundwinkel ausgehend, sich auf Brust und Oberarme und sprungweise auf die Genitalgegend ausbreitete. Da Patient darauf aufmerksam machte, daß er einen ähnlichen Ausschlag vor Jahren nach Anwendung von grauer Salbe gehabt habe, bezog Verf. („Dermatologisches Zentralblatt", 1904, Nr. 1) die Entstehung dieses Ekzems auf vor kurzer Zeit eingesetzte Amalgamplomben. Erst nach Entfernung sämtlicher Plomben ging das Exanthem in kürzester Zeit zurück. Daß die Quecksilberplomben tatsächlich die Ursache waren, schließt Verf. daraus, daß das Ekzem so lange stationär blieb, bis eben die letzte Plombe entfernt worden war, worauf dann rasch von selbst Heilung eintrat. SCH.

Aus der k. k. deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag (Prof. Dr. Pick).

EMIL SCHINDLER: Erfahrungen mit einem neuen Jodpräparat „Jothion".

Das Präparat ist ein Jodwasserstoffsäureester, der in Wasser unlöslich ist, dagegen löslich in Ölen, Alkohol und den üblichen organischen Lösungsmitteln; er stellt eine Flüssigkeit von öliger Konsistenz und nicht unangenehmem Geruche dar. Der Jodgehalt des reinen Mittels beträgt 80% („Prager med. Wochenschr.", Bd. 29, Nr. 39). Seine ganz ausgezeichnete Resorption durch die intakte Haut macht das Jothion für die Inunktionskuren sehr geeignet. Es wurden zunächst Versuche mit dem reinen Jothion in der Weise angestellt, daß man die Patienten z. B. beide Unterschenkel mit je 5 *g* je eine Viertelstunde lang einreiben ließ. Dieser Modus der Applikation mußte jedoch verlassen werden, da einige Patienten über Reizerscheinungen von Seite der Nasenschleimhaut und Konjunktiva, besonders aber über heftiges Brennen auf der Haut klagten. Jetzt benutzt Verf. eine Salbe aus Jothion und Lanolin anhydr. zu gleichen Teilen, und in der letzten Zeit ist es gelungen, durch folgende Verschreibung die Erscheinung des Brennens fast vollständig zu eliminieren: Rp. Jothion 2·0, Cerae alb., Lanolin anhydr. aa. 0·5. Das Jothion war nach durchschnittlich einer Stunde im Speichel, nach 1½ bis 2 Stunden im Harn erschienen. Nach Aussetzen der Behandlung ließ sich durch mehrere Tage bis zu einer Woche und darüber Jod im Harn und Speichel nachweisen. Im ganzen ist das Mittel bei 18 Fällen in Anwendung gekommen, u. zw. litten von diesen 14 an gummöser, 2 an maligner, 2 an hereditärer Lues. Die Beobachtungen entsprechen der Annahme, daß wir in dem Jothion ein gutes Ersatzmittel des Jodkaliums gefunden haben. Übrigens wiesen auch bis dahin gegen jede Behandlung sehr refraktäre Veränderungen bald nach der Einleitung der Jothioninunktionen eine deutliche Heilungstendenz auf. In einigen Fällen war die an den betroffenen Partien resultierende Narbenbildung durch die Schnelligkeit ihres Eintretens direkt überraschend. Niemals waren Zeichen von Jodismus zu beobachten; ebenso fehlten lokale Reizerscheinungen von Seite der Haut. L.

VINCENT (Val-de-Grâce): Contribution à l'étude du tétanos dit médical ou spontané; influence de la chaleur.

Die Beobachtung eines Falles von sogenanntem spontanen Tetanus, der 6 oder 7 Tage nach einem Marsch bei starker Hitze im Sonnenlicht ausgebrochen war, regte den Verf. dazu an, experimentell zu untersuchen, ob Wärmeeinwirkung und Ansteigen der Körpertemperatur die Tetanusinfektion begünstigen. Er experimentierte an Meerschweinchen, Kaninchen, weißen Ratten und Mäusen; am geeignetsten erwies sich das Meerschweinchen. Es wurde dem Versuchstiere eine sporenhaltige Tetanuskultur, die durch Erwärmen auf 85° durch 3 Stunden ihres Toxins beraubt wurde, subkutan injiziert und das Tier sodann in den Thermostaten bei 40° gebracht, während ein Kontrolltier, das die gleiche Menge Kultur erhalten hatte, in seinem Käfig belassen wurde. Als die Temperatur des Versuchstieres 42—42·5° erreicht hatte, wurde es aus dem Thermostaten herausgenommen. Die in dieser Weise behandelten Tiere erkrankten nach 2 oder 3 Tagen an foudroyantem Tetanus, während die Kontrolltiere gesund blieben. Weitere Untersuchungen ergaben, daß bei den überhitzten Tieren eine Leukolyse bestand, die besonders die Phagozyten betraf; Verf. glaubt daher, daß dieser Umstand die Erklärung dafür abgibt, daß der Organismus sich der Infektion nicht erwehren kann, sondern derselben erliegt. Aus seinen Versuchen schließt Verf. des weiteren („Annales de l'Institut PASTEUR", Bd. 18, pag. 450), daß der Einfluß länger dauernder Hitze, Bestrahlung durch die Sonne etc. auch beim Menschen die Tetanusinfektion begünstigen kann, und empfiehlt daher, Leuten, die der Insolation ausgesetzt sind, falls sie Wunden oder Verletzungen haben, die möglicherweise mit Tetanusbazillen infiziert sind, präventiv Tetanusserum zu injizieren. Es gilt das besonders für die warmen Länder, in welchen der Tetanus vorliegenden Mitteilungen zufolge besonders häufig und besonders heftig auftreten soll. Dr. S.

OTTO WILLE (Braunschweig): Antiseptische Kleinigkeiten.

Als Flüssigkeit, in welcher die Instrumente dauernd liegen können, empfiehlt sich eine Lösung von 1½% Borax, 3% Karbolsäure und 2% Formalin in Wasser. Der Borax verhindert das Rosten der Instrumente, die Karbolsäure desinfiziert, desgleichen das Formalin, welches zugleich den Karbolgeruch deckt. In der Flüssigkeit liegen 1. die in der Sprechstunde gebrauchten Instrumente, 2. die Instrumente der eventuellen Nachbehandlung, 3. die für die Operation bestimmten Messer, 4. Nagelscheren und Nagelreiniger, 5. die Bürsten. Um sterile Instrumente vorrätig zu halten, benutzt WILLE („Zentralbl. f. Gynäk.", 1904, Nr. 51) ½ Boraxlösung, kocht darin die in ein Tuch gut verpackten Instrumente, ergreift dann das Paket mit einer Hakenzange und hängt es mittelst derselben an einem weit aus der Wand hervorstehenden Nagel frei auf, um es trocken werden zu lassen. Dann wird das Paket zum Transport in Pergamentpapier verpackt. Sterile Waschbecken werden in einem hölzernen Bottich mit Sublimatlösung aufbewahrt, in welchem sich das Sublimat so gut wie gar nicht zersetzt. Zum Schlüpfrigmachen von Fingern und Instrumenten wird eine aus MUNDischem Moos hergestellte breiartige Gallerte

(Linimentum Carrageni) verwendet, welche in Wasser löslich ist, in welcher die Antiseptika ihre Wirksamkeit behalten und welche dann im Wasserstrahl wieder ohne Rest verschwindet.

FISCHER.

PETROW (St. Petersburg): **Gelenktuberkulose und Trauma.**

Da die Frage des Zusammenhanges von Trauma und Tuberkulose noch immer nicht ganz geklärt ist und in den letzten Jahren auf Grund von Experimenten allgemein angenommen wurde, daß ein Trauma nur insofern den Ausbruch einer tuberkulösen Arthritis begünstigen kann, als es ein bereits früher von Tuberkelbazillen bewohntes und nur klinisch gesund scheinendes Gelenk trifft, hat Verf. seine vor $3^1/_2$ Jahren ausgeführten experimentellen Studien mitgeteilt („Zentralbl. f. Chir.", 1904, Nr. 47), welche beweisen, daß sich chronische Tuberkulose in vorher tuberkulosefreien Gelenken im Anschluß an ein heftiges Trauma lokalisieren kann. Eine direkte Übertragung dieser Ergebnisse auf die Menschenpathologie ist zwar nicht statthaft, jedoch wird man dieselben im Auge behalten müssen. Verf. konnte weiters nachweisen, daß Tuberkelbazillen lange Zeit im Knochenmarke latent — ohne eine bemerkbare Reaktion hervorzurufen — bleiben können. ERDHEIM.

PALIMPSESTOW (St. Petersburg): **Über die therapeutische Wirkung des Albargins (Gelatosesilber) bei einigen Erkrankungen der Augenkonjunktiva.**

Das Albargin ist eine homogene komplizierte chemische Substanz, welche 15·7% Silber enthält. Albarginlösungen von $^1/_2$—3% wirken schwach ätzend, so daß es nach deren Applikation nicht notwendig ist, die Lösung zu neutralisieren bzw. den Überschuß derselben durch Spülung zu entfernen. Diese Albarginlösungen besitzen eine hochgradige antivegetative Wirkung, die jedoch schwächer ist als die Wirkung des Argentum nitricum in derselben Konzentration. Bei Blennorrhöe der Neugebornen sowie bei phlyktänösen Konjunktivitiden wirkt das Albargin schwächer als das Argent. nitr. Das Albargin kann bei einfachen und akuten Konjunktivitiden, bei chronischen Formen der letzteren, bei akutem und chronischem Trachom angewendet werden, wo eine starke Ätzung der Schleimhaut nicht erforderlich ist und eine subjektive wie objektive Reizung vermieden werden muß. (Diss. St. Petersburg; „Wratschebn. Gazetta", 1904, Nr. 30.) L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Für die **operative Behandlung der primären einseitigen Nierentuberkulose** stellt WILDBOLZ („Korr.-Bl. f. Schw. Ärzte", 1905, Nr. 6) folgende Indikationen auf: Ist die einseitige primäre Nierentuberkulose bereits kombiniert mit einer deszendierenden Tuberkulose der unteren Harnorgane, so muß die Niere als primärer Herd, welcher stets zur Reinfektion der unteren Harnorgane führt, entfernt werden. Ist die Tuberkulose einzig und allein auf die eine Niere beschränkt, so soll dieses Organ nur exstirpiert werden, wenn seine Funktion durch die Erkrankung bereits erheblich gelitten hat. Ist aber die Schädigung des Parenchyms noch geringgradig, dann darf der Kranke konservativ behandelt werden, bis deutlich ein stetes Fortschreiten des infektiösen Prozesses erkennbar ist. Besonders ein Übergreifen der Tuberkulose von der Niere längs dem Ureter auf die Blasenschleimhaut gibt eine dringende Indikation zur sofortigen Entfernung der tuberkulösen Niere.

— Bei einer Reihe von **Erysipelaffektionen** hat LOTSCH statt Chinin Aristochin, Dichininkohlensäureester erprobt (Inaug.-Diss., 1904, Charlottenburg). Bei mehr kontinuierlichem Fiebertypus auf der Höhe des Erysipels ist natürlich ein bestimmter Zeitpunkt für die Darreichung des Medikamentes nicht gegeben. Die Dosen werden deshalb auf den ganzen Tag in gleicher Weise verteilt, ohne jedoch durch allzu kleine Dosen den Erfolg zu verhindern. Die täglichen Dosen schwanken zwischen 0·5 und 2·0 *g* Chininum sulfuricum und wurde die Minimaldosis in leichten Fällen, zudem bei jungen, schwächlichen, meist weiblichen Patienten gegeben. Bei Männern kamen in starkem Fieber die größten Dosen in 4 Teilen zur Verordnung, um bei eintretender Lysis des Fiebers allmählich herabgemindert zu werden. Das Aristochin wurde im Durchschnitt um die Hälfte höher dosiert. In einigen Fällen fanden beide Präparate nebeneinander mit gutem Erfolge Anwendung. In einigen Fällen wurde die Beobachtung gemacht, daß die beim Chiningebrauch eintretenden Nebenwirkungen, wie Ohrensausen, Brechneigung etc., nach dem Gebrauch von Aristochin aufhörten.

— Das beste **Mittel gegen Schlingschmerzen bei Kehlkopftuberkulose** nennt NIKITIN („St. Petersburger med. Wochenschr.", 1905, Nr. 14) die pulverförmige Verbindung von Kokain mit Morphium und Glyzerin in folgender Form:

Rp. Cocaini muriat.,	
Morphini muriat.	aa. 0·25
Glycerini	4·0
Aq. destill.	160·0

ferner die Einspritzung $^1/_2$%iger Nirvaninlösung mit nachfolgender Einblasung von Orthoform, oder noch besser von Dijodoform. Nach dieser Manipulation hört der Schlingschmerz bei den tuberkulösen Kranken mitunter für 12—24 Stunden auf.

— Die Darreichung der **Teerpräparate** hat nach den Erfahrungen von MAYER („Deutsche Praxis", 1904, Nr. 17) eine wesentliche Verbesserung erfahren durch die Einführung des Anthrasol. Nachdem NEISSER, VEREL, NEUMANN, HERXHEIMER u. a. den farblosen Teer Anthrasol als sehr wirksam bezeichnet haben, hat MEYER Anthrasol in seiner allgemeinen Praxis versucht. Bei 45 Hautkranken, die er behandelte, traten nur zweimal Irritationserscheinungen auf. Sehr ausgesprochen war die Anthrasolwirkung bei 12 Fällen von Eczema marginatum (Anthrasol-Wilkinsonsalbe: Anthrasol, Lanolin, Sulf. praecip., Sapon. domest. pulv. aa. 20·0) und bei 11 Fällen von Pruritus cutaneus (10%ige Anthrasolglyzerinsalbe: Anthrasol, Lanolin aa. 5·0, Ung. glycerin. ad 50·0). Auch bei Trichophytie und Lichen planus leistet diese Anthrasol-Zinksalbe gute Dienste. Bei Skabies allerdings schien die parasiticide Wirkung des Anthrasols anderen bewährten Mitteln, wie z. B. Peruol, nicht überlegen. Psoriasis im initialen Stadium wurde von Antrasolspiritus (10—20%ig) günstig beeinflußt, bei älteren Fällen erwiesen sich Pinselungen mit Eugallol nach KROMAYER notwendig. Erfolge sah MAYER häufig bei Sykosis vulgaris von einer Kombination von Anthrasol mit Sulfur und Sapo viridis — selbstverständlich nach sorgfältiger Depilation und nach Beseitigung der akuten Entzündungserscheinungen durch eine mehr indifferente Behandlung. Anthrasol stellt kein neues Präparat oder Ersatzmittel des Teers dar, es ist vielmehr eine zweckentsprechende Modifikation unseres altbewährten Teeres unter Erhaltung seiner wirksamen Bestandteile.

— Zur **Behandlung veralteter Fußgeschwüre** gebraucht PETRETTO („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 52) die nachstehende Salbe mit Erfolg:

Rp. Argenti nitrici	0·3
Balsami peruviani	6·0
Ungt. simpl.	90·0
M. f. Ungt.	

Die Salbe wird, in Ausdehnung des Fußgeschwürs auf Gaze oder Leinwand gestrichen, aufgelegt.

— Aus den klinischen Notizen von BECO und GILKINET über **Diuretika** geht folgendes hervor („Ann. d. l. Soc. méd.-chir. d. Liége", 1905): Das Agurin wurde vorzugsweise in Tablettenform gegeben, die vorher in einen Fenchelaufguß aufgelöst wurden. Aus ihrer ungefähr 70 Fälle umfassenden Kasuistik teilen Verff. 21 Fälle mit, die sie in drei Unterabteilungen zergliedern: 1. Ödematöse Affektionen, 2. Fälle von Insuffizienz des Herzens ohne Ödeme, 3. Pleuritiden. Aus der Beobachtung dieser Fälle ergab sich, daß das Agurin ein direktes aktives Diuretikum ist. Das Präparat entfaltet seine Wirkung hauptsächlich beim Vorhandensein von Ödemen und Exsudaten. Indiziert ist es besonders bei Stauungserscheinungen infolge inkompensierter Herzklappenfehler und bei kardialer Pleuritis. Bei seiner Anwendung treten unangenehme Nebenerscheinungen nicht auf. Die Wirkung des Theocins wurde in 33 Fällen beobachtet; es übertrifft hinsichtlich seines diuretischen Effektes alle anderen Diuretika, doch ist die Diurese keine nachhaltige. Die besten Resul-



tate ergab das Theocin bei Stauungserscheinungen und Hydropsien kardialen Ursprungs. Ziemlich häufig traten allerdings bei Theocinordination gastrische Störungen auf. Diese Nebenerscheinungen sind jedoch im Verhältnis zur Wirkung des Präparates als minimal anzusehen und beeinträchtigen seinen Wert nicht.

— Über **Gefrierbehandlung bei Hautkrankheiten** berichtet JULIUSBERG („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 16). Verf. hat zu seinen Versuchen die Kohlensäure verwendet. Die gefrierende Wirkung auf die Haut ist eine enorm starke, so daß die Dosierung genau geregelt werden muß. JULIUSBERG ließ die CO_2 nur 30 bis 60 Sekunden einwirken und wiederholte dies nach Ablauf der Reaktion, welche 5—10 Tage beanspruchte. Er versuchte die Gefrierbehandlung bei Akne, Psoriasis, sykotischen Prozessen, Ulcus cruris, Röntgenulzerationen, dann bei Kankroid, Lupus und Lupus erythematodes. Bei Psoriasis und Lupus trat eher eine Verschlechterung ein, die günstigsten Erfolge wurden bei Fällen von Lupus erythematodes erhalten. Von 9 behandelten Fällen des letzteren wurden alle bis auf einen sehr günstig beeinflußt. Eine tiefer wirkende Nekrotisierung des Gewebes läßt sich erreichen, wenn die Gefrierung mit einer nachfolgenden Ätzung mittelst Salzsäure verbunden wird. Die Resultate waren hier auch bei Lupusfällen recht günstige, weniger bei einigen Psoriasisfällen. Am meisten eignen sich für diese mit der DREUWschen Ätzung kombinierte Gefrierbehandlung die tuberkulösen Hautaffektionen.

— Das **Sorisin** ist nach den Erfahrungen von BUCHSBAUM („Ärztliche Zentr.-Ztg.", 1905, Nr. 6) ein wertvolles Adjuvans der hygienisch-diätetischen Therapie der tuberkulösen Lungenerkrankungen im Kindesalter, da es der Forderung, welche wir an ein solches Mittel stellen müssen, nämlich die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen die Krankheit möglichst zu erhöhen und der Ausbreitung der Erkrankung entgegenzuwirken, wirklich zu entsprechen scheint. Seine günstige Wirkung auf den Krankheitsverlauf bei Erkrankungen der Respirationsorgane sowohl tuberkulösen als nicht spezifischen Charakters, sein angenehmer Geschmack und nicht zuletzt sein billiger Preis, welcher ihm den praktischen Vorzug gegenüber ähnlichen Thiocolpräparaten verleihen, sichern dem Sorisin eine hervorragende Rolle im Arzneischatze.

— Die **Nitroglyzerintherapie** bespricht BINZ („Therap. d. Gegenw.", 1905, Nr. 2). Nach seiner Erfahrung liegen die Gründe für die verhältnismäßig geringe therapeutische Anwendung des Nitroglyzerins in Deutschland im Gegensatze zu England und Nordamerika in der Besorgnis vor der Giftigkeit des Präparates und in der ungeeigneten Form, in der es besonders in Deutschland zur Anwendung kommt. Versuche im Laboratorium haben BINZ gelehrt, daß das Nitroglyzerin kein so starkes Gift ist, wie allgemein angenommen wird. In bezug auf die Form ist zu bemerken, daß die bisher gebrauchten Pastillen entweder zuviel oder gar kein Nitroglyzerin enthalten. Am besten eignet sich zur Anwendung eine Lösung in Alkohol nach folgender Formel:

Rp.	Nitroglyzerin	0·5
	Alcohol. absolut.	12·0
	Solve. D. in vitro patent. fusco.	
	S. Täglich 1 Tropfen auf Zucker zu nehmen.	

1 Tropfen enthält 1 *mg* Nitroglyzerin. Wem auch diese Gabe zu hoch ist, der läßt sich eine 1%ige statt 4%ige Nitroglyzerinlösung, also etwa 0·2 auf 19·8 Alkohol, bereiten. Der Tropfen enthält dann nur $^1/_4$ *mg* Nitroglyzerin. Diese Lösung bleibt, vor Licht geschützt, selbst zwölf Monate lang unzersetzt. Die Zersetzung erkennt man durch Prüfung mit blauem Lackmuspapier. Eine solche Alkohollösung ist nicht explodierbar. Die Wirkung des Nitroglyzerins ist, ähnlich wie die des Amylnitrits und des Natriumnitrits, eine arterienerweiternde, das Nitroglyzerin vermag also die beiden genannten Nitrite vorteilhaft zu ersetzen, wenn die Therapie eine länger dauernde Wirkung erzielen will. Die Wirkung des sehr flüchtigen Amylnitrits verschwindet ebenso schnell, wie sie gekommen ist. Das Natriumnitrit belästigt den Magen, wenn dessen freie Säure das Salz zersetzt und salpetrige Säure frei macht. Das Nitroglyzerin wird von 0·1%iger Salzsäure und auch von stärkeren Lösungen nicht verändert.

— Die Fälle, in denen der Gebrauch von **Validol** angezeigt ist, faßt BARBERI („Rev. Valenc. de Cienc. Med.", 1904, Nr. 70) in folgender Weise zusammen: Validol ist ein gutes Excitans, um den Appetit zu heben und die Verdauung zu fördern, namentlich bei den Zuständen von Atonie und Schwäche des Magens, die so häufig eine Folge von Infektionskrankheiten und höheren Alters oder schwerer Magen- und Darmstörungen sind. In Gestalt von Validol. camphoratum ist es von großem Nutzen bei Hysterie, bei Reflex-Neurosen, bei den verschiedenen Arten der Migräne und örtlich angewendet bei schmerzhafter Zahnkaries. Sehr gerühmt wird auch die Wirkung des Validols zur Bekämpfung der Seekrankheit (WOLF, „Medico", 1904, Nr. 49). Lokal appliziert wirkt es sehr günstig bei Prurigo und Ekzemen der Haut. Man wendet zu diesem Zweck eine 10%ige Salbe an. Nach den Beobachtungen SCHWERSENSKIS soll es bei akuter Alkoholvergiftung sehr gute Dienste leisten. Günstige Resultate liefert es ferner bei allen Schwächezuständen, welche die Rekonvaleszenz zu begleiten pflegen, wobei es darauf ankommt, den Tonus des Gefäßsystems und die Widerstandskraft des Organismus zu heben. Schließlich empfiehlt BARBERI den Gebrauch dieses Analeptikums allen Personen, die einer Anregung ihrer Magen- und Darmfunktionen bedürfen. Das Präparat kommt als reines flüssiges Validol in den Handel, ferner in Form von Brausesalz. Auch gibt es Schokolade-Pralinés mit je 5 Tropfen Validol, schließlich Perlen mit einer Dosis von genau 0·2 *g* reinen Validols.

— Über **Protargolanwendung** und deren günstige Wirkung berichten übereinstimmend ADOLPHI („St. Petersburger med. Wochenschrift", 1904, Nr. 33), RUDSKI („Archiv f. Derm. u. Syph.", Bd. 72) und HOFMANN („Berliner klin. Wochenschr.", 1904, Nr. 45). Die beiden ersteren Autoren haben dieses Mittel zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe vielfach glücklich verwendet, während der dritte, HOFMANN, die Verwendung in Salbenform bei Wunden und Hautaffektionen in Erwägung zieht. — Eine gute Vorschrift zur Herstellung einer Protargolsalbe nennt er die folgende:

Rp.	Protargol	1·5—3·0
	Solv. in Aq. frig.	5·0
	Tere cum Lanol. anhydr.	12·0
	Adde Vasel. flav. am. ad	30·0
	M. f. ung.	

Es empfiehlt sich, die Salbenmasse auf Verbandgaze aufgestrichen zu applizieren. Diese Salbe hat sich Verf. als reizlose, antiseptisch wirkende, die Epidermisierung mächtig anregende und austrocknende Salbe bei der Behandlung größerer Wundflächen, bei Ekzem der Augenlider u. a. a. O. trefflich bewährt.

— Über seine Erfahrungen in der **Eisentherapie** berichtet BUSDRAGHI („Deutsche Med.-Ztg.", 1905, Nr. 15). Er fand bezüglich des **Sanguinal**, daß wir es mit einem ganz vorzüglichen Bluteisenpräparat zu tun haben, dessen Verwendung allseitig zu empfehlen ist. Vor allen Dingen bewirkt das Sanguinal eine Verbesserung der blutbildenden Organe, ferner rasche Vermehrung des Körpergewichtes und Hebung des Allgemeinbefindens. Vor anderen Eisenpräparaten zeichnet es sich durch seine leichte Bekömmlichkeit und durch die Nachhaltigkeit seiner Wirkung aus, während bei vielen anderen in gleicher Richtung wirkenden Mitteln der Effekt sehr häufig nur vorübergehender Natur ist. Dabei ist die Sanguinalmedikation billig.

— Zur **Behandlung der Phlebitis** berichtet MARCHAIS („Gaz. des hôp.", 1905, Nr. 13). Das Hauptprinzip der Behandlung ist, so lange zu immobilisieren, als die Gefahr einer Embolie besteht und zu massieren usw., sobald diese nicht mehr zu befürchten ist. Jeder Beginn einer Phlebitis kündigt sich durch Temperatursteigerung, welche regelmäßig sich auch bei jedem Nachschube einstellt, an. Für MARCHAIS ist es strikte Regel, bei Phlebitis keinerlei Massage oder Bewegungstherapie zu machen, bevor 14 Tage seit der letzten Temperaturerhöhung verstrichen sind, weshalb häufige Temperaturmessungen hier sehr wichtig sind; nach 5—6 Tagen fieberloser Zeit erlebt man zuweilen plötzlich wieder Ansteigen der Temperatur und dann muß man eben wieder auf 14 Tage Ruhe verordnen. Ähnlich wie bei den puerperalen Infektionen sind die Verhältnisse bei Phlebitis nach Typhus, Erysipel, Tuberkulose und anderen Infektionen. Bei Phlebitis suppurativa, welche nichts anderes als eine Periphlebitis ist, gelten dieselben therapeutischen Vorschriften. Die Fälle von subakuter, rezidivierender Phlebitis, wie sie bei Varizen, bei Gicht, Rheumatismus vorkommen, sind viel langwieriger und bezüglich des Zeitpunktes der Massage noch sorgfältiger zu beobachten. Bezüglich der Bewegungs-

therapie gibt er den Rat, an den ersten 4 Tagen passive Bewegungen mit den Zehen und im Fußgelenk und ganz leichte Streichungen zu machen, ohne das Bein von der Unterlage zu heben; am 5. Tage macht der Kranke selbst diese Bewegungen und am Ende der ersten Woche läßt man Bewegungen im Knie vornehmen und massiert die Muskulatur. Nach 8—10 Tagen kommt das Hüftgelenk an die Reihe und schon nach zirka 14 Tagen kann der Patient einige Schritte gehen.

— Seine **Erfahrungen über Subkonjunktivaltherapie** publiziert SENN („Archiv f. Augenheilk.", Bd. 50, H. 3). Er verwendet Chlornatrium bei Herpes corneae, hartnäckigem Ulcus corneae, Netzhautblutungen, dagegen Hydrarg. oxycyan. bei Chorioiditis und Retinitis verschiedenster Art, traumatischer Iridozyklitis, Ulcus serpens mit Hypopyon und Glaskörpertrübungen. Mit Ausnahme der Fälle, in denen eine Druckerhöhung im Auge schon besteht oder droht, setzt er der Injektionsflüssigkeit $^1/_4$—$^1/_3$—$^1/_2$ ihres Volumens 1$^0/_0$ige Akoinlösung zu und erzielt dadurch eine 1—3stündige Schmerzlosigkeit. Nur in verschwindenden Ausnahmefällen, bei entzündetem Auge, Iridozyklitis etc. war es nötig, zum Morphium überzugehen, um die Schmerzen erträglich zu machen. Er verwendet eine bis zu 2 cm^3 graduierte, ca. 4 cm^3 haltende Spritze und fängt gewöhnlich an mit 1 cm^3 Hydrarg. oxycyan.-Lösung nebst entsprechender Akoinlösung und steigt bei günstigen Konjunktivalverhältnissen und relativer Angewöhnung bis zu 3 cm^3 Hydrarg. oxycyan.-Lösung plus 1 cm^3 Akoinlösung. Die Schmerzhaftigkeit der Injektionen vermindert sich nach der ersten ganz bedeutend und wird häufig bei weiterer Fortsetzung ganz unbedeutend.

Literarische Anzeigen.

Atlas und Grundriß der chirurgischen Operationslehre. Von **Dr. Otto Zuckerkandl**, Wien. Mit 46 farbigen Tafeln und 309 Abbildungen im Texte. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. München 1905, J. F. Lehmann.

Anläßlich der Besprechung der zweiten Auflage dieses Buches haben wir die Vorzüge desselben genügend hervorgehoben und es erübrigt uns daher nur, zu konstatieren, daß nunmehr auch die Beschreibung schwieriger und komplizierter Eingriffe am Schädel, Darmtrakt und an den Harnwegen in die neue Auflage aufgenommen wurde. Der Vermehrung des Textes entsprechend ist auch die Zahl der farbigen Tafeln und der schwarzen Illustrationen vermehrt worden. S. E.

IMM. MUNKs Lehrbuch der Physiologie des Menschen und der Säugetiere für Studierende und Ärzte. Bearbeitet von **Prof. Dr. P. Schultz.** 7. Auflage. Berlin 1905, Hirschwald. 700 S.

Prof. SCHULTZ, Abteilungsvorstand am Berliner physiologischen Institut, hat das altbewährte Lehrbuch MUNKS durch organische Einverleibung des neuen Materials auf seiner Höhe zu halten verstanden. Die Umgestaltung betrifft vornehmlich die Sinnesphysiologie; einer späteren Auflage sind weitere Änderungen vorbehalten. J.

Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde. Von **Sanitätsrat Dr. Louis Blau**, Spezialarzt für Ohrenkrankheiten in Berlin. Sechster Bericht (1901 und 1902). Leipzig 1904, S. Hirzel.

Seit längerer Zeit bereits gibt B. in zweijährigen Intervallen Sammelberichte über die otiatrischen Publikationen heraus, die sich mit Recht großer Beliebtheit erfreuen; und dies nicht allein bei den Fachkollegen, sondern bei den Ärzten überhaupt. Denn sie bieten in konziser Form ein klares und objektives Bild der im betreffenden Zeitabschnitte gemachten neuen Errungenschaften. Und eben wegen ihrer gedrängten, aber trotzdem erschöpfenden Darstellungsweise, werden diese Berichte gerade von den praktischen Ärzten, welche weder Lust, noch die Muße zu eingehenden Spezialstudien haben, jedesmal willkommen geheißen werden. Doch kommt auch der Fachmann auf seine Rechnung, da er hier alles gesichtet und geordnet vorfindet, was er sich erst mit Mühe hätte zusammenklauben müssen. So bringt die zweijährige, mit besonderer Sorgfalt gezogene Frucht eines unermüdlichen Fleißes jedesmal jedem vieles. EITELBERG.

Feuilleton.

Über die Haftpflicht der Ärzte.

Von **Dr. Max Ellmann**, Wien.*)

Bis vor kurzer Zeit hat die Frage der Haftpflicht die Ärzte wenig beschäftigt. Seit aber speziell in Deutschland die Prozesse gegen Ärzte aus dem Titel der Haftpflicht häufiger wurden, einige der Prozesse haben ja großes Aufsehen erregt, sahen sich die Ärzte in Deutschland genötigt, dieser Frage ihre Aufmerksamkeit zu schenken. Der rührige Leipziger Verband hat veranlaßt, daß der Leipziger Dozent der Rechte Dr. RABEL [1]) eine eingehende Arbeit über diese Rechtsfrage verfasse, eine Arbeit, die mir bei meinem Vortrage gewissermaßen als Leitfaden dienen wird.

In Österreich haben in letzter Zeit ebenfalls Haftpflichtprozesse die Ärzte aus ihrer Ruhe gescheucht. Die traurigen und beschämenden Vorfälle im niederösterreichischen Landtag haben es den Ärzten zum Bewußtsein gebracht, daß nicht nur ihre wirtschaftliche Lage auf unsicherer Basis beruhe, sondern auch mit dem Glauben unter den Ärzten aufgeräumt, daß ihr Ansehen und ihre gesellschaftliche Stellung bei der Bevölkerung noch so gesichert sei wie früher.

Verschiedene Debatten in den ärztlichen Korporationen, Arbeiten österreichischer Ärzte, z. B. von CHROBAK, zuletzt der Vortrag LORENZ', haben endlich bewirkt, daß alle Ärzte sich mit dieser Frage zu beschäftigen beginnen.

Wenn ich mich an dieses Thema heranwage, so geschieht es in dem Bewußtsein, daß ich keineswegs gerüstet bin, das ganze juristische Material pro und contra zu erschöpfen. Ich beschäftige mich aber seit einem Jahre mit den ärztlichen Rechtsfragen ganz intensiv, habe eine große Reihe von juristischen Werken und Zeitschriften durchgearbeitet, um wenigstens einigermaßen in den Geist der Gesetze und der Gesetzesauslegung einzudringen, so daß ich wagen kann, ein wenig mitzusprechen.

Nun kommt noch eines hinzu. Die ärztlichen Rechtsfragen werden von den Ärzten allein nicht gelöst werden. Noch weniger aber von den Juristen, denen ja jede Kenntnis der einschlägigen Verhältnisse naturgemäß abgeht. Kennen ja selbst ärztliche Sachverständige oft genug nicht die Verhältnisse, unter welchen der praktische Arzt arbeiten muß, obwohl bei Beurteilung eines Verschuldens oft genug die äußerlichen Verhältnisse ausschlaggebend sein müßten. Eine gegenseitige Aussprache allein kann zur Lösung dieser Frage führen.

Werden meine Ausführungen bei den Juristen ein Lächeln hervorrufen, so werde ich mich zu trösten wissen. Lächeln wir ja auch über Ansichten, die Rechtslehrer und praktische Juristen in ärztlichen Rechtsfragen laut werden lassen. Und schließlich sind ja auch Juristen ebensowenig unfehlbar als Ärzte. Habe ich ja über eine einzige Frage, und zwar über die Frage, ob chirurgische Eingriffe Körperverletzungen im rechtlichen Sinne sind, und wenn ja, warum diese Eingriffe straffrei sind, neun verschiedene Ansichten bei Juristen gefunden, neun verschiedene aber wahrscheinlich nur deshalb, weil ich nicht mehr Bücher und Entscheidungen auf diesen Punkt hin durchzuforschen noch Zeit hatte.

Was versteht man nun unter Haftpflicht? Haftpflicht ist die Verpflichtung zum Ersatze des Schadens, den man verschuldet hat.

Das österreichische Gesetz über diese Frage ist außerordentlich übersichtlich abgefaßt, so daß man sich leicht orientieren kann.

§ 1293 definiert den Schaden als den Nachteil, der jemandem an Vermögen, Rechten oder seiner Person zugefügt worden ist, und unterscheidet den Schaden vom Gewinnentgang, den jemand nach dem gewöhnlichen Laufe der Dinge zu erwarten hat.

*) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein der südwestlichen Bezirke Wiens (20. März 1905).

[1]) Dr. ERNST RABEL, Die Haftpflicht des Arztes. Leipzig 1904, Veit & Ko.

§ 1294 bespricht die Quellen der Beschädigung und unterscheidet:

a) widerrechtliche Handlung oder Unterlassung;

b) den Zufall.

a) Die widerrechtliche Handlung ist α) willkürlich oder β) unwillkürlich.

α) Die willkürliche Absicht kann sich gründen;

αα) in böser Absicht (dolus);

ββ) in einem Versehen, aus schuldbarer Unwissenheit (culpa, Verschulden),

γγ) oder in Mangel der gehörigen Aufmerksamkeit oder des gehörigen Fleißes (culpa, Verschulden).

§ 1295 berechtigt jedermann, von dem Beschädiger den Ersatz des Schadens, welchen dieser ihm aus Verschulden zugefügt hat, zu fordern; der Schade mag durch Übertretung einer Vertragspflicht oder ohne Beziehung auf einen Vertrag verursacht worden sein. Diese im Gesetzbuch gegebene Übersicht schließt tatsächlich fast alle Haftungsgründe ein, die wir jetzt im einzelnen besprechen werden.

Die Besprechung der Beschädigung aus Zufall und aus böser Absicht können wir vorläufig übergehen.

Wir wollen zuerst die Haftpflicht aus dem Vertrag besprechen. Wenn der Arzt die Behandlung eines Kranken übernimmt oder irgend eine ärztliche Verrichtung, z. B. eine Konsultation vornimmt, schließt er einen Vertrag, der nach österreichischem Gesetze ein Dienstvertrag ist (§ 1163 a. b. G. B.). Der Arzt verpflichtet sich durch diesen Vertrag zu einer Dienstleistung, das ist zur ärztlichen Behandlung. Durch diesen Vertrag allein verpflichtet er sich aber nicht, einen bestimmten Erfolg herbeizuführen. Durch den Vertrag ist er verpflichtet (§ 1297), jenen Grad des Fleißes und der Aufmerksamkeit anzuwenden, welcher bei gewöhnlichen Fähigkeiten angewendet werden kann. Unterläßt der Arzt diesen Grad des Fleißes oder der Aufmerksamkeit, so macht er sich eines Versehens schuldig und haftet demnach für den Schaden, den er hierdurch verursacht hat.

Bei Sachverständigen geht das Gesetz sogar noch weiter und bestimmen §§ 1299 und 1300, daß, wer zu einem Amte, zu einer Kunst etc. sich öffentlich bekennt; oder wer ohne Not freiwillig ein Geschäft übernimmt, dessen Ausführung eigene Kunstkenntnisse oder einen nicht gewöhnlichen Fleiß erfordert, gibt dadurch zu erkennen, daß er sich den notwendigen Fleiß und die erforderlichen, nicht gewöhnlichen Kenntnisse zutraue; er muß daher den Mangel derselben vertreten. Ferner: Ein Sachverständiger ist auch dann verantwortlich, wenn er gegen Belohnung in Angelegenheit seiner Kunst oder Wissenschaft aus Versehen einen nachteiligen Rat erteilt.

Diesen Bestimmungen, die sich zum Teil mit den Bestimmungen des Strafgesetzes decken, umschreiben einen großen Teil der Rechtspflichten des Arztes und werden dann im Zusammenhange besprochen werden.

Erwähnt soll nur vorläufig werden, daß der Arzt den Vertrag oft genug nicht mit dem Kranken, sondern mit den Angehörigen desselben schließt, z. B. mit den Eltern, Vormündern, ferner mit Krankenanstalten, Krankenkassen etc.

Eine Verletzung der Vertragspflicht, die der Arzt eingegangen ist, begründet die Haftpflicht, wenn hierdurch ein Schaden verursacht worden ist.

Der ärztliche Vertrag kann aber gegebenenfalls ein Werkvertrag sein, das heißt der Arzt verpflichtet sich nur zur tadellosen Verrichtung einer bestimmten Aufgabe. Wenn Sie einen Chirurgen zu einer Operation heranziehen, die weitere Behandlung aber selbst leiten, dann hat der Chirurg nur ein Werk zu verrichten.

Der Arzt ist aber verpflichtet, auch ohne Vertrag zu handeln. Nach mehreren Verordnungen muß der Arzt „bei Unglücksfällen schnell Hilfe leisten“ [2]), ferner ist gegen Ärzte, welche sich weigern, sich überall, wo es die Not erfordert, verwenden zu lassen, die Amtshandlung nach den bestehenden Vorschriften einzuleiten. [3])

Der Arzt ist demnach verpflichtet, auch ohne Vertrag mit dem Kranken oder dessen Angehörigen Hilfe zu leisten. In Deutschland ist durch § 680 B. G. B. die Haftpflicht des Arztes bei dringender Gefahr gemildert, da wer in der Not Hilfe leistet, nur für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit haftbar ist.

Auch das österreichische Gesetz kennt die Milderung der Haftpflicht bei Gefahr. § 1312 ö. a. b. G. B. bestimmt, wer in einem Notfall jemandem einen Dienst geleistet hat, dem wird der Schade, welchen er nicht verhütet hat, nicht zugerechnet. Das bezieht sich aber offenbar nur auf Personen, welche zur Hilfeleistung nicht verpflichtet sind. Ärzte sind nach den oben angeführten Dekreten zur Hilfeleistung im Notfall verpflichtet, sie handeln gleichsam in öffentlichem Auftrag, sie müssen daher einen Schaden nach Möglichkeit zu verhüten trachten. Auch die Hilfe im Notfall würde eine Fahrlässigkeit oder einen Fehler des Arztes nicht straflos machen und ihn nicht von der Haftung befreien.

Kommt der Arzt z. B. zufällig zu einer Blutung und stillt dieselbe nicht, wenn eine Stillung mit den vorhandenen Hilfsmitteln möglich gewesen wäre, so würde das nach deutschem Gesetze als grobe Fahrlässigkeit, nach österreichischem Gesetze gewiß je nach Umständen als Kunstfehler oder Vergehen gegen die Sicherheit des Lebens (§ 335 St. G. B.) gelten und die Haftpflicht des Arztes begründen.

In solchen Fällen muß aber an das Verschulden des Arztes ein anderer Maßstab gelegt werden als gewöhnlich.

Vor allem werden die Umstände, unter welchen die Hilfeleistung vor sich gegangen ist, berücksichtigt werden müssen. Wenn jemand einen Messerstich in die Arteria femoralis erhalten hat und ich unterbinde die Arterie ohne antiseptische Kautelen, dann habe ich meine Pflicht voll getan und kann mir eine auftretende Pyämie z. B. nicht als Schuld angerechnet werden. Die Umstände erlaubten eben nicht die Anwendung der Antisepsis. Ebenso müssen die Fähigkeiten des Arztes hierbei berücksichtigt werden. § 1299 a. b. G. B. sagt ausdrücklich: wer ohne Not freiwillig ein Geschäft übernimmt, gibt dadurch zu erkennen, daß er sich die erforderlichen Kenntnisse zutraue. Wo Not ist, kann der Arzt, ja muß der Arzt helfen. Man kann aber z. B. von einem Dermatologen oder Laryngologen, der Jahrzehnte hindurch mit Geburtshilfe nichts zu tun hatte, nicht fordern, daß er bei einer Entbindung, bei der er im Falle der Gefahr Hilfe leisten muß, so zielbewußt und kunstgerecht vorgehe wie der geübte Geburtshelfer.

Der Arzt ist aber oft genötigt, nicht nur bei solchen plötzlichen Unfällen ohne Auftrag zu handeln. Ein Beispiel aus dem Leben: Bei einem Pflegling einer Irrenanstalt stellt sich die Notwendigkeit heraus, ein Bein zu amputieren. Der Leiter der Anstalt telegraphiert an den Kurator des Kranken. Man wartet 24 Stunden auf die Antwort, und da diese nicht anlangt, wird die dringende Amputation ausgeführt. Der Kurator konnte nicht antworten, da er auf Reisen war.

Oder: Ein junger Mensch wird in das Spital aufgenommen. Er ist bewußtlos. Aufenthalt der Angehörigen unbekannt. Operation dringend. In solchen Fällen wird der Arzt ohne Auftrag eingreifen dürfen, ja müssen, er handelt hierbei dem vermutlichen Willen des Kranken oder seiner Angehörigen entsprechend. Bemerkenswert hierbei ist das eine, daß unser Gesetz eine derartige Handlung, wenn auch nicht ausdrücklich, erlaubt und sogar eine Entschädigung desjenigen, der ohne Auftrag handelt, festsetzt. § 1036 besagt nämlich: Wer, obgleich unberufen, ein fremdes Geschäft zur Abwendung eines bevorstehenden Schadens besorgt, dem ist derjenige, dessen Geschäft er besorgt hat, den notwendigen und zweckmäßig gemachten Aufwand zu ersetzen schuldig, wenngleich die Bemühung ohne Verschulden fruchtlos geblieben ist. Es dürfte unter Aufwand wohl auch die Entschädigung für die Mühe und Zeit verstanden sein, denn auch ein Zeitaufwand ist Aufwand.

Widerrechtliche Handlungen bedingen, selbst wenn sie nicht strafbar sein sollten, selbstverständlich die Haftpflicht.

Verletzung einer Rechtsnorm macht haftbar. Aber nur diejenige Verletzung einer Rechtsnorm macht den Arzt haftbar, welche durch sein Verschulden hervorgerufen wird. Das Verschulden kann nach unserem Gesetze, wie wir früher gesehen haben, sich gründen: 1. in böser Absicht, 2. in einem Versehen aus schuldbarer

[2]) Hofkanzleidekret vom 4. Februar 1791.

[3]) Hofkanzleidekret vom 24. Januar 1832.

Unwissenheit, 3. in Mangel der gehörigen Aufmerksamkeit oder des gehörigen Fleißes.

1. Unter böser Absicht versteht das Gesetz durchaus nicht immer eine unmoralische Absicht. Wenn jemand absichtlich in die Rechtssphäre eines anderen eingreift, das heißt mit vollem Bewußtsein eine rechtswidrige Handlung begeht, so ist die „böse Absicht" im Sinne des Gesetzes vorhanden. Wenn jemand gegen den Willen des zurechnungsfähigen Kranken — zurechnungsfähig nicht nur im psychiatrischen Sinne gemeint, sondern auch im juristischen Sinne als eigenberechtigt — an demselben einen Eingriff vornimmt, so ist der Eingriff rechtswidrig, die „böse Absicht" des Operierenden klar, selbst wenn der Arzt durch diesen Eingriff das Leben des Kranken retten wollte und auch tatsächlich rettete. Die Endabsicht, mag sie auch eine edle sein, hebt die „böse Absicht" nicht auf.

Wichtig ist dieser Umstand auch aus folgendem Grunde. § 1324 a. b. G. B. bestimmt: In dem Falle eines aus böser Absicht oder einer auffallenden Sorglosigkeit verursachten Schadens ist der Beschädigte volle Genugtuung; in den übrigen Fällen aber nur die eigentliche Schadloshaltung zu fordern berechtigt.

Unter voller Genugtuung versteht aber § 1325: die Heilungskosten des Verletzten, den entgangenen, oder wenn der Beschädigte zum Erwerb unfähig wird, auch den künftig entgehenden Verdienst und ein den erhobenen Umständen angemessenes Schmerzensgeld. Erfolgt aber aus einer körperlichen Verletzung der Tod, so bestimmt § 1327, daß nicht nur alle Kosten, sondern auch der hinterlassenen Frau und den Kindern das, was ihnen dadurch entgangen ist, zu ersetzen sei. In prozessualer Hinsicht ist zu bemerken, daß in dem angegebenen Falle das Strafgericht den Schadenersatz zu bestimmen hat, falls der Schaden sich unmittelbar bestimmen läßt.

Wir werden über die Einwilligung des Kranken zu Eingriffen noch sprechen.

2. Versehen aus schuldbarer Unwissenheit.

§ 356 des österreichischen Strafgesetzes besagt:

Ein Heilarzt, der bei der Behandlung eines Kranken solche Fehler begangen hat, aus welchen die Unwissenheit am Tage liegt, macht sich, insofern daraus eine schwere körperliche Beschädigung entstanden ist, einer Übertretung, wenn der Tod des Kranken erfolgte, eines Vergehens schuldig und es ist ihm deshalb die Ausübung der Heilkunde so lange zu untersagen, bis er in einer neuen Prüfung die Nachholung der mangelnden Kenntnisse dargetan hat.

§ 357. Dieselbe Bestrafung soll auch gegen einen Wundarzt Anwendung finden, der die im vorhergehenden Paragraphen erwähnten Folgen durch ungeschickte Operationen eines Kranken herbeigeführt hat.

Das sind die berühmten Kunstfehlerparagraphen.

Bemerkenswert hierbei ist, daß das österreichische Gesetz den Arzt nur mit der Praxisentziehung bis zur Ablegung einer neuen Prüfung bestraft, während das deutsche Gesetz nicht „Kunstfehler", sondern nur Fahrlässigkeit kennt und jeden, der durch Fahrlässigkeit eine Körperverletzung oder den Tod eines Menschen verursacht, mit Gefängnis bestraft und für den Täter, der zur Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, die Gefängnisstrafe noch erhöht.

3. Auch der Mangel des gehörigen Fleißes und der gehörigen Aufmerksamkeit wird strafrechtlich geahndet nach § 358 St. G. B.

Wenn ein Heil- oder Wundarzt einen Kranken übernommen hat und nach der Hand denselben zum wirklichen Nachteile seiner Gesundheit wesentlich vernachlässigt zu haben überführt werden kann, so ist ihm für diese Übertretung eine Geldstrafe von 50 bis 200 Gulden aufzuerlegen. Ist daraus eine schwere Verletzung oder gar der Tod des Kranken erfolgt, so ist die Vorschrift des § 335 in Anwendung zu bringen.

Auf andere Voraussetzungen für die Haftpflicht aus widerrechtlichen Handlungen entspringend, werden wir dann im Zusammenhang noch zurückkommen.

Eine weitere Voraussetzung für Haftpflicht wie auch für die strafrechtliche Verfolgung ist der Zusammenhang zwischen Verschulden des Arztes und dem erlittenen Schaden. Das Verschulden muß durchaus nicht die einzige Ursache des Schadens sein, es genügt, wenn der Fehler des Arztes zum Teil den Schaden verursacht hat. § 1304 a. b. G. B. sagt diesbezüglich: Wenn bei einer Beschädigung zugleich ein Verschulden von Seite des Beschädigten eintritt, so trägt er mit dem Beschädiger den Schaden gleichmäßig.

Wenn aber der Schaden nicht durch Verschulden des Kranken vergrößert wurde, sondern durch zufällig hinzugetretene Momente, so trägt der Arzt den vollen Schaden; z. B. Sie vollführen an einem Kranken gegen seinen Willen eine schwere Operation. Er erkrankt an Pneumonie und stirbt daran, so haben Sie den ganzen Schaden zu tragen. Denn die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, daß der schwere Eingriff die Kräfte des Kranken so hergenommen hat, daß er der folgenden Pneumonie leicht erliegen konnte.

Endlich muß ein materieller Schaden vorhanden sein, das heißt ein Schaden an Geld und Verdienst. Die Höhe des Schadens hat der Beschädigte nachzuweisen und obliegt es dem Richter, über die Forderung zu entscheiden. Der Schaden wird daher verschieden sein je nach der Stellung und dem Einkommen des Beschädigten, aber auch je nach den Verhältnissen des Falles. Ein Bankdirektor wird auf einen höheren Ersatz Anspruch erheben können als ein Taglöhner. Da auch der in Zukunft entgehende Verdienst zu ersetzen ist, so wird es von dem Falle abhängen, wie die Höhe und die Zeit der Entschädigung zu bemessen ist. Sie operieren palliativ einen Krebskranken, er stirbt durch Ihr Verschulden z. B. an Peritonitis. Der Krebs war nicht radikal operabel, der Tod des Kranken war in absehbarer Zeit sicher. Sie können daher nur verpflichtet werden, den Schaden zu ersetzen, der durch den vorzeitigen Tod verursacht wurde, also nur für die Zeit, die der Kranke voraussichtlich noch hätte leben können. (Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

22. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

I.

H. E. Ziegler (Jena): **Über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie.**

Die großen Fortschritte, welche die biologische Vererbungslehre in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, beruhen zum Teil darauf, daß der Begriff der Vererbung unter dem Einflusse der Theorien von Weissmann genauer bestimmt und schärfer begrenzt worden ist, andrerseits darauf, daß man zu einer besseren Kenntnis der Vorgänge bei der Reifung der Eizellen und Samenzellen gelangt ist und infolgedessen die biologische Bedeutung des Befruchtungsvorgangs bestimmter erkennen konnte.

Jedenfalls müssen zwei Vorgänge von der echten Vererbung getrennt werden, welche früher oft damit vermengt wurden, nämlich erstens der Übergang von Krankheitserregern, z. B. Bakterien aus dem elterlichen Individuum in die Keimzellen oder in den Embryo, und zweitens die Schädigung der Keimzellen durch Gifte oder anormale Stoffwechselprodukte, wenn der elterliche Organismus mit solchen belastet ist. — Ferner ist die Vererbung bei den niedersten Organismen (Protisten) ein anderer Prozeß als bei den höheren Organismen (Tieren und Pflanzen); denn bei den ersteren beruht die Fortpflanzung wesentlich auf der einfachen Zellteilung, während bei den höheren Organismen besondere Zellen, die Eizellen und Samenzellen zur Bildung der neuen Individuen bestimmt sind, so daß also die Vererbung nur durch diese Zellen geschieht. Die wesentlichen Eigenschaften dieser Zellen sind bei Tieren und Pflanzen merkwürdig ähnlich, und das Folgende gilt für Tiere und Pflanzen und offenbar auch für den Menschen. Die Kerne dieser Zellen enthalten wie alle Zellkerne sogenannte Chromosomen, d. h. es treten bei der Kernteilung färbbare Gebilde in bestimmter Form und in bestimmter Zahl auf, welche für die Vererbung von der größten Wichtigkeit sind. Die reife Eizelle besitzt ebensoviele Chromosomen wie die Samenzelle, und daraus erklärt sich, daß die Mutter denselben Einfluß in der Vererbung hat wie der Vater. Die Zelle, aus welcher der entstehende Organismus hervorgeht (die befruchtete Eizelle), hat also die Hälfte ihrer Chromosomen vom Vater erhalten, die Hälfte von der Mutter, und diese Eigenschaft überträgt sich bei der Zellteilung auf die weiterhin entstehenden Zellen, so daß für alle Zellen des Organismus in dieser Hinsicht dasselbe gilt wie für die befruchtete Eizelle. Die Zusammenmischung der väterlichen und mütterlichen Chromosomen

übt also ihre Wirkung auf den ganzen entstehenden Organismus aus und damit hängt die Mischung der Eigenschaften zusammen, welche von väterlicher und mütterlicher Seite auf den Organismus übergehen. Die Wirkung dieser Mischung (Amphimixis) läßt sich am genauesten dann beobachten, wenn zwei verschiedene Tierarten oder verschiedene Varietäten derselben Art gekreuzt werden. Die Nachkommen zeigen meistens eine Mischung der Eigenschaften der Eltern, allein zuweilen beobachtet man einen Rückschlag auf einen Großvater oder eine Großmutter (Atavismus) oder sogar einen Rückschlag auf eine ältere Stammform. Besondere Wichtigkeit wird neuerdings dem MENDELschen Gesetz beigelegt, welches eine bestimmte Art des Rückschlags betrifft. Wenn man nach einer Erklärung dieser Vererbungsvorgänge sucht, muß man zunächst auf das Verhalten der Chromosomen genauer achten und die eigentümlichen Vorgänge bei der Reifung der Eizellen und Samenzellen in Betracht ziehen. Wie die Eizelle bei ihrer Reifung die sogenannten Richtungskörperchen oder Polzellen bildet und so gewissermaßen vier Zellen (drei ganz kleine und eine große) aus der Eizelle hervorgehen, so werden aus jeder Samenmutterzelle vier Samenzellen gebildet. Das Verhalten der Chromosomen ist in beiden Fällen dasselbe: Es werden sogenannte Vierergruppen gebildet, welche aus vier kugelförmigen oder bandförmigen Stücken bestehen. Von diesen vier Stücken stammen zwei von väterlicher Seite her, zwei von mütterlicher. In die reife Eizelle oder in eine Samenzelle gelangt jeweils ein Stück, ein Viertel aus jeder Vierergruppe (Reduktionsvorgang). Es ist bei jeder Vierergruppe eine Sache des Zufalls, welches Viertel dazu gewählt wird. Die Keimzellen (Eizellen oder Samenzellen) eines Individuums können also verschiedenartig sein, indem die eine mehr väterliche, die andere mehr mütterliche Chromosomen enthalten kann (wobei die Gesamtzahl der Chromosomen in allen dieselbe ist wie schon oben gesagt wurde). Da nun bei der Erzeugung jedes neuen Individuums jedesmal eine andere Kombination zur Verwendung kommt, so erklärt sich die Verschiedenartigkeit der Kinder derselben Eltern. Sind in einer der Keimzellen die väterlichen oder mütterlichen Chromosomen stark vorherrschend gewesen, so wird daraus der Rückschlag auf den Großvater oder die Großmutter begreiflich. Die Konstitution eines Menschen und die damit zusammenhängende Disposition zu irgend einer Krankheit ist von den Vorfahren ererbt. Auch hier spielt die Vermischung der väterlichen und mütterlichen Anlagen die größte Rolle und kommt oft ein Rückschlag auf Großeltern vor. Alle Anlagen des Körpers und des Geistes sind von der Vererbung abhängig, welche die Macht eines Naturgesetzes hat.

MARTIUS (Rostock): **Über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose.**

Einleitend weist Vortr. auf die zahlreichen Widersprüche hin, welche in der Literatur über den Begriff der Vererbung und die Bewertung desselben für die Pathogenese herrscht. Insbesondere werden die Begriffe Disposition und Vererbung noch immer häufig verwechselt. Das macht sich zumal in der Lehre von der Übertragung der Tuberkulose geltend, in der die kongenitalen Fälle der extrauterinen Infektion gegenübergestellt zu werden pflegen. In seinem soeben erschienenen Buche „Die Anlage zur Tuberkulose" hat R. SCHLÜTER — sagt Vortr. — auf meine Veranlassung alles zusammengestellt und kritisch verarbeitet, was sowohl aus der menschlichen Pathologie wie vom Tierexperiment her über die plazentare Übertragung einerseits, über die primäre, tuberkulöse Infektion des Ovulums und die germinative Übertragung des Bazillus von seiten des Vaters andrerseits, an brauchbaren Beobachtungen und Tatsachen bekannt ist. Die Ausbeute ist recht dürftig. Alles in allem fanden sich etwa 12 sicher konstatierte Fälle von angeborner Tuberkulose beim Menschen, etwa 70 beim Tier. Dabei erweist sich die Plazenta als der fast allein vorkommende Weg der prägenitalen Übertragung. Die primäre Infektion des Ovulums und die germinative Übertragung des Bazillus vom Vater her sind große Seltenheiten. Die fötale tuberkulöse Infektion kommt vor. Aber sie kommt doch nicht so oft vor, daß sie etwa als ein ausschlaggebendes ätiologisches Moment für diese so kolossal verbreitete Krankheit angesehen werden könnte. Praktisch, d. h. für die Bekämpfung der Tuberkulose und die Maßregeln zur Verhütung dieser schlimmen Seuche, kommt sie kaum in Betracht.

Als ererbt versteht die Biologie nur solche Eigenschaften, die als Anlagen im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten waren. Angeboren ist dagegen alles, was zur Zeit der Geburt im Individuum vorhanden ist. Intrauterine Erwerbungen sind post partum als angeboren zu bezeichnen, nicht als ererbt. Demgemäß kann man wohl von kongenitaler, aber nicht von hereditärer Syphilis sprechen, weil der Keim von der Mutter auf den Embryo durch das Plazentarblut übertragen wird. Die Erbmasse eines Individuums setzt sich zu gleichen Teilen aus den „Determinanten" (WEISMANN) der beiden Geschlechtszellen zusammen, die zu einem festen Kern verschmelzen. Angeerbt ist nur das, was aus diesen Determinanten stammt. Deshalb kann es überhaupt keine hereditären Krankheiten geben. Auch die Hämophilie, deren Beispiel man gegen eine solche Behauptung geltend machen könnte, ist keine hereditäre Krankheit, sondern nur eine Krankheitsanlage, die erst durch eine Causa externa zur Krankheit wird. Krankheitsanlagen können durch die Determinanten in den Keimzellen erblich übertragen werden. So sehr diese Tatsache sichergestellt wird, so wird andrerseits noch lebhaft um die Frage gestritten, ob individuell erworbene Krankheitsanlagen erblich auf die Deszendenz weiter übertragen werden können. Hier stehen sich die Gegensätze zwischen WEISMANN, der die Kontinuität des Keimplasmas betont, und die Anhänger des Lamarckismus unvermittelt gegenüber. Das liegt größtenteils daran, daß fortwährend phylogenetische mit ontogenetischen Gründen verwechselt werden. Ohne auf die Entwicklungsfrage im allgemeinen einzugehen, muß jedenfalls für die Krankheitsentstehung bei dem artfest gewordenen Menschen die Vererbbarkeit erworbener krankhafter Eigenschaften unbedingt verneint werden. Vortr. beweist das an drei Tatsachenreihen aus der experimentellen Pathologie: 1. Die Vererbung von äußerlichen Verletzungen, Verstümmelungen, Defekten u. dgl., z. B. die hereditäre Schwanzlosigkeit von Hunden und Katzen. 2. Die direkte erbliche Übertragung experimentell beim Tier erzeugter Nervenkrankheiten, z. B. BROWN-SÉQUARD-WESTPHAL-OBERSTEINsche Meerschweinchenepilepsie. 3. Die erbliche Übertragung individuell erworbener Immunität gegen Krankheiten und Gifte auf die Nachkommenschaft in den bekannten Rizin- und Abrinversuchen EHRLICHS. Gerade die dritte Reihe erwies sich, obwohl sie anfangs gegen die WEISMANNsche Theorie zu sprechen schien, als treffendes Argument gegen den Neolamarckismus, indem sich herausstellte, daß es sich stets um eine intrauterine passive Immunisierung handelte. Es ist bisher also in keiner Weise erwiesen, daß die Körperzellen, das Soma der Biologen, durch äußere Einflüsse vererbbaren Veränderungen unterworfen werden können. Wohl aber kann das Keimplasma direkt geschädigt werden durch gewisse exogene Schädlichkeiten, wozu in erster Reihe der Alkohol gehört, der nach längst festgestellter Erfahrung rasseverschlechternd auf die Nachkommenschaft wirkt (DEMME, FORD u. a.). Aber die direkte toxische Keimschädigung hat ebensowenig wie die intrauterine Infektion mit dem eigentlichen Vererbungsakte im biologischen Sinne etwas zu tun. Nichtsdestoweniger bietet sie für die Bestrebungen der Rassenhygiene einen sehr wichtigen Anhaltspunkt dar. Das Standesamt der Zukunft, das die Ehekandidaten nicht nur juristisch oder sozial, sondern auch biologisch und ärztlich auf ihre Zulässigkeit zum legitimen Zeugungsgeschäft zu prüfen hat, wird gar keine Schwierigkeit darin finden, ungeheilten Syphilitikern und unheilbaren Säufern, vielleicht auch manifest Tuberkulösen den Konsens zu verweigern.

In diesem Punkte können wir den immer lauter und wirkungsvoller sich erhebenden Forderungen der modernen Rassenhygiene wie sie in dem vortrefflichen, von PLOETZ herausgegebenen Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie zu Worte kommen, unsere freudige Zustimmung nicht versagen, wenigstens dann nicht mehr, wenn uns das echt biologische „Verantwortungsgefühl vor der Heiligkeit der kommenden Generationen" erst einmal aufgegangen und zum lebendigen Faktor unseres ethischen Empfindens geworden ist.

Die Krankheitsdeterminanten, die jeder Einzelne von uns in wechselnder Zahl, Art und Kombination aufweist, stammen, wie alle unsere Determinanten überhaupt, aus einer ihm individuell zugehörigen Ahnenmasse. Was in dieser nicht vorgebildet ist, das bringt kein äußerer Einfluß mehr in das nach der Kernverschmelzung gegebene und festumgrenzte individuelle Keimplasma hinein. Wie erfahren wir nun aber im Einzelfalle, aus welcher Kombination von Determinanten ein krankhaftes Individuum entstanden ist? Die latente Vererbung spielt in der Pathologie eine viel größere Rolle, als gewöhnlich angenommen wird. Wenn jemand rot-grünblind geboren ist, so fehlt die entsprechende Determinante in seinem Ahnenkeimplasma sicher nicht, auch wenn die Eltern von diesen Anomalien frei sind. Nur ist es bei der Unsicherheit unserer genealogischen Familienkenntnisse auch nur über die nächsten Generationen hinaus meist sehr schwer, im Einzelfalle den Nachweis zu führen, bei welchem der zahllosen Ahnen die entsprechende Determinante zur Entwicklung gekommen ist. Nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit können wir sagen, daß jemand, der selbst Bluter, aus einer ausgesprochenen Bluterfamilie stammt, sehr große Chancen hat, hämophile Kinder zu erzeugen, aber im voraus nie wissen kann, wie viele und welche seiner Kinder bzw. Enkel Bluter sein werden. Und umgekehrt wird die Wahrscheinlichkeit, seine Kinder mit dem komplizierten Determinantenkomplex auszustatten, den wir „ausgesprochene phthisische Anlage" nennen, für ein Elternpaar um so geringer, je weniger Phthise in der beiderseitigen Ahnenmasse aufzufinden ist. Dabei

ist aber keineswegs gesagt, daß aus einer tuberkulös stark belasteten Ahnenmasse im Einzelfalle nicht durch zufällig besonders glückliche Reduktionsteilung und Amphimixis ein besonders widerstandsfähiges Individuum hervorgehen kann und umgekehrt. Wer Pech hat, erwischte bei der Kernverschmelzung, aus der er hervorging, selbst die einzige schwarze Kugel (d. h. Krankheitsdeterminante), die in seiner Ahnenmasse steckte, während ein andrer, ein bene natus, fast nur aus weißen Kugeln entstand, obgleich es an massenhaften schwarzen in seiner Ahnenmasse keineswegs fehlte.

Die modernen Rasseverbesserer berufen sich immer auf die Erfolge der Tierzüchter. Das sind aber meist nur einseitige Eigentümlichkeiten der Variation, die keine Verbesserung der Rasse darstellen, vielleicht sogar zuweilen eher das Gegenteil. Nach der Analogie des Tierexperimentes könnte man auch beim Menschen bei geschicktester Auswahl der Ehekandidaten immer nur einige besondere individuelle Eigenschaften generell züchten. Aber die Rasseverbesserer denken ja auch weniger an die künstliche Züchtung solcher einseitigen Anlagen als an die Verhütung der Vererbung krankhafter Anlagen. In dieser Hinsicht aber besorgt die Natur die Auslese viel sorgfältiger und erfolgreicher, als es je der hygienische Standesbeamte der Zukunft vermöchte: im Kampfe ums Dasein gehen ganze Familien zugrunde, sterben aus, wenn die vererbte Gesamtkonstitution durch Kumulation der Krankheitsanlagen, durch Inzucht u. dgl. immer mehr heruntergeht, gegen die Schädlichkeiten des Außenlebens sich nicht mehr genügend widerstandsfähig erweist. Will jemand als Ehestifter Vorsehung spielen, so sorge er dafür, daß möglichst gute Gesamtkonstitutionen sich paaren. Das ist das oberste Gesetz. Zweitens aber ist darauf zu sehen, daß spezifische Krankheitsdeterminanten, wenn sie in der Ahnenmasse des anderen Teiles gehäuft sind, wenn nun doch einmal geheiratet werden soll, fehlen. Dabei ist noch einmal zu betonen, daß es biologisch keinen Sinn hat, wenn man jemandem rät, er solle nicht in eine Schwindsuchtsfamilie hineingeraten. Wenn er selbst über das gewöhnliche Maß hinaus mit dem komplizierten Determinantenkomplex erblich belastet ist, den wir Schwindsuchtsanlage nennen, so soll er sich eine Gefährtin suchen, in deren Ahnenmasse genealogisch nachweisbar möglichst wenig Phthise vorkommt.

Zum Schluß weist Vortr. auf eine Anzahl individuell gegebener Gewebsschwäche einzelner Organe hin, die sich unter gewissen ungünstigen Lebensbedingungen zur Gewebsdegeneration entwickelt, die als Krankheit sui generis in die Erscheinung tritt. Beispiele dafür sind die physiologische (konstitutionelle) Albuminurie, die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems (Edinger), die Achylia gastrica simplex u. s. m., schließlich Diabetes, Gicht und Fettsucht, die schon Ebstein als „vererbbare zellulare Stoffwechselkrankheiten" zusammengestellt hat.

Die Rassenhygiene kann nur ankämpfen gegen Krankheitsursachen exogenen Ursprungs. Sie ist dagegen ohnmächtig gegen die Kombination der Vererbungselemente. Wenn auch der einzelne, schwächlich veranlagte Trieb zugrunde geht — es ist um ihn nicht schade —, so flutet doch ein großer, gewaltiger Strom kräftigen Lebens durch die Menschheit.

Notizen.

Wien, 21. April 1905.

(Universitätsnachrichten.) Die a. o. Professoren für Kinderheilkunde an der deutschen Universität in Prag Dr. Friedrich Ganghofner und Dr. Alois Epstein haben Titel und Charakter eines ordentlichen Universitätsprofessors erhalten. — Professor Dr. Caspary in Königsberg i. P. ist zum Geheimen Med.-Rate ernannt worden. — An der Wiener Universität haben sich Dr. Robert Breuer für innere Medizin und Dr. Emil Raimann für Psychiatrie und Nervenheilkunde habilitiert.

(Militärärztliches.) Die Ob.-St.-AAe. II. Kl. Dr. Hermann Reiss und Dr. Georg Weeber haben das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, die Reg.-AAe. I. Kl. Dr. Alois Heiss, Dr. Wilhelm Zeliska, Dr. Josef Löwenthal, Dr. Emanuel Friedlieber, Dr. Maximilian Gross, Dr. Karl Wolfgang und Dr. Josef Hörmann haben das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten, den Reg.-Ärzten DDr. Eugen v. Karchesy, Josaphat Janowski und Gustav Weissenstein ist der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben worden.

(Der Krankenverein der Ärzte Wiens), der soeben seinen 12. Jahresbericht versendet, hält am 26. d. M. seine 12. allgemeine Mitgliederversammlung ab. Der Verein umfaßt derzeit 471 Mitglieder und besitzt ein Vermögen von K 124.484·23; der Wert der Einzahlungen der Mitglieder beträgt K 328.656·91, der Wert der bisherigen Auszahlungen an Krankengeldern K 391.987·26, an Sterbefallkapital K 69.332·31. Ein Verein, wie der Krankenverein der Ärzte Wiens, der berufen ist, dem durch Erkrankung erwerbslos gewordenen Kollegen seinen Schutz, eine durch eigene Leistungen gesicherte Hilfe, angedeihen zu lassen, sollte sich wohl allgemeinerer Beteiligung erfreuen, als dies bisher der Fall ist. Ist doch kaum ein Viertteil der Wiener Ärzteschaft heute unter seinen Mitgliedern zu finden! Je stärker aber die Beteiligung, je höher der Gesamtwert der Einzahlungen, desto größer wird auch die Leistung, die der Krankenverein seinem einzelnen Mitgliede im Falle der Erkrankung desselben zu bieten vermag.

(Postalische Versendung von Sekreten und Exkreten.) Laut Erlaß des Handelsministeriums ist die Versendung von Urin und anderen animalischen Ausscheidungen nur in Paketsendungen und nur in der Art zulässig, daß diese Stoffe in dickwandigen Gefäßen mit festschließendem Stöpsel, welcher mit feuchter Tierblase oder Kautschukstoff zu überbinden ist, verwahrt sind und das betreffende Gefäß überdies in einem festen, undurchlässigen, mit Watte, Holzwolle, Papierstücken, Häcksel, Stroh, Werg u. dgl. angefüllten Behälter bruchsicher verpackt ist. Diese Sendungen müssen ferner bei der Aufgabe so deklariert werden, daß die Postämter die richtige Kenntnis des Inhaltes erlangen, und müssen stets als sperriges Gut bezeichnet bzw. in auffälliger Weise mit dem Sperrgut- (Flaschen-) Zeichen versehen sein.

(Stempelpflicht ärztlicher Rechnungen.) Ärztliche Rechnungen sind stempelfrei; wird aber darauf die Zahlung in irgend einer Weise bestätigt, so ist diese Bestätigung nach Skala II stempelpflichtig. Wird eine solche Rechnung bei Nachlaßverhandlungen vom Arzt direkt bei Gericht überreicht, so ist die Eingabe mit K 1, die Rechnung als Beilage mit 30 h zu stempeln, wenn der Betrag K 100 und darüber ist; sonst mit 24 resp. 20 h; es kann aber der Rückersatz dieser Stempelgebühren aus der Verlassenschaft verlangt werden.

(Generalstreik der Kassenärzte zum Zweck der freien Ärztewahl.) In der steiermärkischen Ärztekammer ist kürzlich die Frage eines Generalstreiks der Kassenärzte zum Zweck der Erlangung der freien Ärztewahl eingehend diskutiert worden. Die Kammer gelangte zu dem Schlusse, daß es unmöglich sei, sämtliche Kassenärzte der Monarchie oder auch nur eines Kronlandes zur Niederlegung ihrer Stelle zu verhalten; keine Kammer habe das Recht, von ihren Angehörigen derartiges zu verlangen, und die Macht, Verweigerungen zu verhindern; man könne ferner verschiedener Meinung darüber sein, ob das Pointsystem ein gerechtes und daher empfehlenswertes sei, und schließlich nehmen in bezug auf kassenärztliche Verhältnisse verschiedene Länder und Städte eine verschiedene Stellung ein. Es müsse daher die Inszenierung eines Generalstreiks als undurchführbar bezeichnet werden.

(Die Kurpfuscherei im Deutschen Reiche.) Den Umfang der Kurpfuscherei in Deutschland illustrieren folgende Zahlen: In Preußen beträgt die Gesamtzahl derjenigen Personen, welche, ohne approbiert zu sein, die Heilkunde gewerbsmäßig ausüben, 4104, so daß auf 100 Ärzte 22·8 Pfuscher kommen und von 1897—1902 die Zunahme der Bevölkerung in Berlin 30, die der Kurpfuscher 57% betrug. In Deutschland bestehen nicht weniger als 835 Naturheilvereine mit 111.887 Mitgliedern; im Verlauf von drei Jahren wurden nicht weniger als 392.000 Naturheilflugblätter verteilt, im Jahre 1902 wurden 3056 öffentliche Vorträge über den Wert der sogenannten Naturheilkunde abgehalten. Eine der Naturheilkunde dienende Zeitschrift hat eine Auflage von 112.000 Exemplaren. Das Lehrbuch des Naturheilgeschäftsmannes Bilz ist in einer Auflage von 1,000.000 Exemplaren auf den deutschen Büchermarkt geworfen worden, dasjenige seines ehemaligen Kommis und Geschäftsfreundes Platen in einer Auflage von 250.000 Exemplaren.

(Zur Frage der Anpreisung von Geheimmitteln.) Die deutsche Sektion der Ärztekammer in Prag hat vor einigen Tagen in einer Sitzung, zu der die Vertreter der deutschen Blätter Prags geladen worden und erschienen waren, über Maßnahmen zur Bekämpfung der Kurpfuscher-Inserate und der Anpreisung von Geheimmitteln beraten. — Wenn es auch vorläufig zu keinem endgültigen Beschluß gekommen ist und eine neuerliche Beratung mit den Vertretern der Presse in

Aussicht genommen wurde, so ist doch der von der genannten Kammer betretene Weg der einzig richtige, um durch Selbsthilfe die mannigfachen Schäden zu beseitigen, welche das Kurpfuschertreiben und die Geheimmittelreklame der ärztlichen Praxis zufügen.

(Das Einkommen der Ärzte Berlins.) Die „Allg. Med. Zentral-Ztg." meldet: Unter den 2060 Ärzten Berlins haben 54 ein Einkommen von nur 900—1050 Mk., 261 ein solches von nur 1050 bis 2100 Mk. und 206 von 2100—3000 Mk. Eine zweite Kategorie mit einem Einkommen von 3000—5000 Mk. weist in Berlin 286 Ärzte auf. Von dieser zweiten Kategorie hat aber der größere Teil bis zwei Drittel nur ein Einkommen bis 4200 Mk. Ein Einkommen von über 5000 Mk. haben im ganzen Kammerbezirk 49·52%, in Berlin 48·25% oder 994. Unter diesen befinden sich Autoritäten mit Einkommen bis zu 330.000 Mk. Ärzte mit einem Einkommen von über 120.000 Mk. hat nur Berlin, u. zw. zwei mit einem Einkommen von 140.000—160.000 Mk., drei von 160.000—180.000 Mk., einen bis 220.000 Mk., einen bis 240.000 Mk. und den bereits angeführten 1/2 Millionen-Einnehmer. 150 Ärzte im Kammerbezirk (davon in Berlin 101) sind steuerfrei.

(Forensisches.) Der wurmkrankverdächtige Bergmann S. wurde vor einiger Zeit in das E. Krankenhaus zu B. aufgenommen und erhielt daselbst — wie die „Ärztl. Sachverst.-Ztg." meldet — unter anderen Medikamenten auch Extractum filicis. Nachdem er das letztere Mittel genommen, verfiel er in einen tiefen Schlaf von zweitägiger Dauer; nach dem Erwachen stellte es sich heraus, daß er fast völlig erblindet war. Seine Sehschärfe hat sich ein wenig gebessert, ist aber dauernd herabgesetzt geblieben, er kann nicht mehr lesen und muß beim Gehen geführt werden. Er hat nun für den ihm erwachsenen Schaden den behandelnden Arzt verantwortlich gemacht, ist jedoch mit der Begründung abgewiesen worden, daß die Fälle der ausnahmsweisen Schädigung durch das genannte Wurmmittel sich auch in Zukunft kaum werden vermeiden lassen, eine Fahrlässigkeit von seiten des Beklagten daher nicht vorhanden war. Derselbe sei auch nicht verpflichtet gewesen, den Kläger auf die eventuellen Folgen des Arzneimittels aufmerksam zu machen.

(Statistik.) Vom 9. bis inklusive 15. April 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8275 Personen behandelt. Hiervon wurden 1738 entlassen, 249 sind gestorben (12·5% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 84, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 86, Scharlach 52, Masern 372, Keuchhusten 33, Rotlauf 42, Wochenbettfieber 2, Röteln 61, Mumps 30, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 2, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 730 Personen gestorben (+ 11 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Kiew der Ordinarius für Ophthalmologie Prof. Dr. CHODIN, 57 Jahre alt, und der hervorragende Chirurg Prof. Dr. BORNHAUPT, im Alter von 62 Jahren; in Dessau der herzogliche Leibarzt Dr. BÖTTGER; in Chicago der Professor der Kinderheilkunde am College of physicians ad surgeons daselbst Dr. CHRISTOPHER; in Saragossa der Professor der Therapeutik Dr. M. PASTOR Y PELLICER.

Prof. Dr. Hermann Schlesinger beginnt seinen **Fortbildungskurs für praktische Ärzte** über ausgewählte Kapitel aus der Diagnostik und Therapie innerer Krankheiten am 26. April d. J. Ort: Kaiser Franz Josef-Spital; Zeit: Mittwoch und Freitag von 8—9 Uhr früh. Der Kurs ist für in Wien domizilierende Ärzte unentgeltlich, auswärtige Ärzte zahlen ein zweistündiges Kollegiengeld.

Moorankauf bei Franzensbad. Unter Bezugnahme auf die in letzter Zeit von verschiedenen Zeitungen des In- und Auslandes gebrachte irrige Nachricht über den Ankauf von Moorgrundstücken im beiläufigen Ausmaße von 30 Hektar bei Franzensbad durch den sächsischen Staat für das königlich sächsische Bad Elster muß konstatiert werden, daß die erwähnte Notiz insofern keinen Anspruch auf Wahrheit erheben kann, als nicht Elster, sondern die Kurstadt Franzensbad den in Rede stehenden Grundkomplex käuflich erworben hat und sich bereits im faktischen und grundbücherlichen Besitze desselben befindet.

Was ist Hopogan? Hopogan ist das Markenschutzwort für ein sauerstoffhaltiges Präparat, das **Magnesium-Superoxyd Mg O_2**, welches vermöge seines hohen Sauerstoffgehaltes nicht nur zu inneren Behandlungen bei Blähungen, übelriechendem oder geruchlosem Aufstoßen, Erbrechen, Migräne etc. auf den Kliniken in Paris und Berlin erprobt wurde, sondern als ein Antiseptikum in der Zahnpflege zur Bereitung von Zahnpasten und Zahnpulvern Anwendung findet.

Die erste pharmazeutische Produktiv-Genossenschaft, r. G. m. b. H. in Wien XVII/3, Hernalser Hauptstraße 130, hat das General-Depot der medizinischen Superoxyde übernommen und erzeugt aus denselben mehrere Präparate wie: Hopoganpastillen, Hopoganzahnpasta und Zahnpulver, Ektogangaze-Pflaster und Cremes.

Die medizinische Zeitschrift „Fortschritt der Medizin" in Berlin bringt in Nr. 31 (1904) einen Artikel über die therapeutische Wirkung der sauerstoffhaltigen Präparate, insbesondere **Hopogan MgO_2 und Ektogan Zn O_2**. In demselben schreibt Dr. ISAKSON in Moskau unter anderem: „In 2 Fällen nahm ich mehr aufs Geratewohl wie auf sicheres Überlegen hin die Behandlung von Sommersprossen und Leberflecken mit Ektogan vor und hatte Erfolg. Die überraschende Wirkung ist vielleicht so zu erklären, daß der aus Zn O_2 entstehende aktive Sauerstoff die Fähigkeit besitzt, tief durch die Poren der Epidermis hindurch in das Unterhautzellgewebe einzudringen und dort durch energische Oxydation eine molekulare Umsetzung im Pigment hervorzurufen.

Im weiteren Verlaufe der Abhandlung über die therapeutische Wirkung des Präparates Ektogan Zn O_2, welches naszierenden Sauerstoff entwickelt, kommt der Verfasser auch zu dem Schlusse, daß in der zahnärztlichen Praxis das Ektogan sicher das Wasserstoffsuperoxyd verdrängen wird, da es mit derselben Kraft, aber viel anhaltender und allmählicher wie das letztere desinfiziert.

Die aus dem Ektogan zubereitete Gesichts-Creme bewirkt bei vollständig unschädlichem Gebrauche, daß Sommersprossen, Pusteln und Gesichtsröte vollständig verschwinden."

Das Laboratorium der Ersten pharmazeutischen Produktiv-Genossenschaft in Wien, XVII/3, bringt eine äußerst elegant ausgestattete Ektogangesichts-Creme, ferner Ektogan-Lanolin-Creme, Ektogangaze und Ektoganpflaster in den Handel, welche Ektogan Zn O_2 als Grundlage haben und empfehlenswerte Handverkaufsartikel in Apotheken bilden.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Tuberkulosearbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. H. 3. Berlin 1905, Julius Springer. — M. 11·—.

O. Marburg, Die physikalischen Heilmethoden in Einzeldarstellungen. Leipzig und Wien 1905, F. Deuticke. — K. 7·20.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Pyramidon"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 30. April 1905. Nr. 18.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Syphilidologie und Dermatologie in Wien (Vorstand Prof. Dr. Ernst Finger).

Die Hautblastomykose.

(Dermatitis blastomycetica.)

Von **Dr. Moriz Oppenheim**, Assistent der Klinik.

Die Tatsache, daß Sproßpilze (Blastomyzeten, Hefepilze) pathogen sein können, ist noch nicht lange bekannt. Zuerst wurde deren Pathogenität für Tiere einwandfrei bewiesen; einerseits durch Tierkrankheiten, bei denen als Erreger Sproßpilze gefunden wurden, andrerseits durch das Experiment, indem es gelang, durch Injektion verschiedener Hefearten Krankheiten bei Tieren zu erzeugen. So hat Metschnikoff im Jahre 1884 bei erkrankten Daphnien einen Blastomyzeten beschrieben, den er Monospora bicuspidata nannte, deren Sporen die Darmwand durchbohren, ins Blut gelangen und durch Allgemeininfektion das Tier töten; Kultur gelang nicht.

Rivolta fand bei einer rotzähnlichen endemischen Krankheit der Pferde, bei der sogenannten Lymphangitis epizootica (1883) stark lichtbrechende Körperchen im Eiter, die er „Cryptococcus farcinimosus Rivoltae" nannte, dessen Kultur erst 1895 Fermi und Aruch gelang, die auch die Hefennatur des Mikroorganismus feststellen konnten.

Bei einer ähnlichen Krankheit der Pferde und Rinder in Japan konnte Tokishige eine Hefen- resp. Oidienart nachweisen, deren Kulturen für Pferde pathogen waren; in Rußland war es Tartakowsky, der bei dem „afrikanischen Rotz" der Pferde ähnliche Mikroorganismen auffand.

Ferran, Memmo, Sirleo und Maffucci, Corselli und Frisco etc. fanden bei verschiedenen Tieren in den verschiedensten Organen Blastomyzeten. Sanfelice stellte die Taubenpocken als Resultat einer Blastomyzeteninfektion hin.

Der Erste, der experimentell Hefen Tieren injizierte, war Claude Bernard. Er spritzte (1848) Hunden Bierhefe in die Venen bei Gelegenheit seiner Zuckeruntersuchungen; die Hunde gingen ein. Er meinte auch, daß Hefen in die Gallenblase gelangen können. Diese Tatsache ist uns historisch interessant, steht aber mit unserer Frage in keinem direkten Zusammenhang. Grohe (1869). Popoff (1872) verwendeten zu ihren Impfungen unreines Material, so daß ihre Resultate nicht einwandfrei sind. Neumayer (1891) und Mosler, Raum (1891) und Hueppe (1892) injizierten Hefen mit positivem Erfolg. Das größte Verdienst in bezug auf die experimentelle Tierblastomykose haben Sanfelice, der aus Fruchtsäften seinen Saccharomyces neoformans züchtete (1895), und Lydia Rabinowitsch, die unter 40 Hefestämmen verschiedenster Herkunft acht tierpathogene fand. Weitere Versuche in dieser Hinsicht stellten an Casagrandi, Nesczadimenko, Klein, Busse und in letzter Zeit Cohn, Buschke und Sternberg. Aus allen diesen Untersuchungen geht zur Gewißheit hervor, daß die Hefen für Tiere insoweit pathogen sind, als sie Entzündung, Eiterung und pyämische Infektion hervorrufen können.

Wie verhält es sich nun mit der Pathogenität der Sproßpilze beim Menschen? Wir können der Literatur nach vier Arten des Vorkommens von Sproßpilzen beim Menschen unterscheiden:

1. Hefepilze kommen als unschädliche Schmarotzer auf der Haut und auf Schleimhäuten vor.

2. Hefepilze erzeugen Oberflächenerkrankungen der Haut und Schleimhäute.

3. Sproßpilze sind die Ursache maligner Neubildungen.

4. Sproßpilze wandern von der Oberfläche ins Gewebe ein, erzeugen hier einerseits Abszeßbildung, andrerseits Granulationsgewebe mit Neigung zum Zerfall oder zur Bindegewebsneubildung und verursachen auch durch Eindringen in die Blutbahn Allgemeininfektionen.

Was Punkt 1 betrifft, so ist es bekannt, daß auf der Haut und den Schleimhäuten, im Stuhl, im Urin, im Magen- und Darmkanal, kurz fast in allen Gegenden des Körpers und in allen Sekreten und Exkreten hefeähnliche Gebilde gefunden wurden. Dies ist nichts Wunderbares, da ja Sproßpilze ubiquitär vorkommen.

Ad 2. Hier besteht die große Schwierigkeit zu entscheiden, ob die Hefen im ursächlichen Zusammenhang mit der Oberflächenerkrankung stehen oder ob sie sekundär eingewandert sind. Zu dieser Kategorie gehört die am längsten bekannte Erkrankung, der Soor, hervorgerufen durch Oidium albicans. Wir rechnen nämlich, dem Vorgange BUSCHKEs folgend, die Oidiumarten, die sich von den echten Hefen nur durch stärkere Faden- und Lufthyphenbildung unterscheiden, zu den Sproßpilzen. Die Stellung der Sproßpilze selbst ist ja noch nicht genau präzisiert, indem die einen für die Sproßpilze oder Blastomyzeten eine Sonderstellung beanspruchen (HANSEN), die anderen sie als Entwicklungsstadien der Schimmelpilze (Hyphomyzeten, BREFELD) ansehen, wofür die Oidien einen Beweis abgeben. Es muß das deshalb hier erwähnt werden, weil die amerikanischen Autoren, namentlich RICKETTS, den Namen Oidiummykose für ihre Krankheitsfälle einführen wollen. Dies ist jedoch nur geeignet, die Verwirrung, die in der Frage der Sproßpilzerkrankungen herrscht, zu erhöhen. Wir wollen auch hierin dem Beispiele BUSCHKEs, der ja große Verdienste in dieser Frage hat, folgen und vorläufig alle durch Sproßpilze oder ähnliche Pilze beim Menschen hervorgerufenen Erkrankungen mit dem Sammelnamen Blastomykose bezeichnen. Für den Soor und seine verwandten Arten ist es nun durch zahlreiche Arbeiten festgestellt, daß er pathogen für Schleimhäute ist (BERNARD, ZENKER, SCHMAL, GRAWITZ, PARROTT, KLEMPERER etc.), aber auch ins Innere des Körpers eindringen kann. Nicht so sicher ist dies für die echten Hefen bewiesen, obwohl zahlreiche Autoren sie bei Oberflächenerkrankungen, wie Angina, Tonsillitis, Gastroenteritis, Vaginitis, Pharyngitis etc. nachgewiesen haben.

Was den ursächlichen Zusammenhang der Entstehung maligner Geschwülste mit dem Vorhandensein von Blastomyzeten betrifft (Punkt 3), so haben die überaus zahlreichen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte zu keinem positiven Resultat geführt. Die Mehrzahl der Autoren spricht sich dagegen aus, doch wollen gewichtige Forscher, wie z. B. BUSSE, die Sache noch nicht als abgeschlossen betrachten und ermuntern zu neuen Versuchen.

Die vierte Frage: Können Hefen im Gewebe des Menschen pathologische Veränderungen hervorrufen? wurde durch drei fast gleichzeitig erfolgte Beobachtungen beantwortet. Diese drei Beobachtungen zeigen uns auch gleichzeitig die verschiedenen Formen der Hefeerkrankungen des Menschen. Es waren dies die Beobachtungen von BUSSE-BUSCHKE, GILCHRIST und CURTIS.

Der Fall BUSSE-BUSCHKE (Greifswalder mediz. Verein, Juni 1894) betraf eine 31jährige Frau, bei der vor einigen Jahren an Stirn, Nacken und Gesicht rundliche, scharf konturierte Geschwüre mit unterminierten Rändern, zäh glasigem Sekret entstanden. Außerdem zeigten sich akneartige, blaurötliche Knötchen mit gleichem Sekret; die Geschwüre vergrößerten sich von Linsen- bis zu 5-Pfennigstückgröße. Es traten hinzu Knochenherde in der Tibia, in deren Sekret BUSSE als Erster die aufgefundenen Parasiten als Hefen deutete und an einer Rippe; unter Entkräftung erfolgte der Tod. Bei der Obduktion fanden sich Knoten in der Lunge, Niere und Milz. Histologisch zeigte die Hautaffektion (ebenso wie die übrigen Herde) riesenzellenhaltige Infiltrate mit zentralem Zerfall, außerdem im Epithel Wucherungsvorgänge. In den Infiltraten, Riesenzellen, zwischen und in den Epithelien doppelt konturierte Hefen von charakteristischen Eigenschaften. Kultur und Tierexperiment positiv.

In den Geschwüren der Haut wies BUSCHKE zuerst die Hefennatur der Parasiten nach, früher als GILCHRIST der kulturelle Beweis der Blastomyzetennatur seiner Parasiten geglückt war, obwohl BUSCHKE selbst ebenso wie GILCHRIST die Parasiten zuerst für Protozoen hielt.

Der Fall GILCHRIST, der unter dem Titel „Protozoic (coccidioidal) infection of the skin" gemeinsam mit RIXFORD publiziert wurde (in Mai 1894 zeigte GILCHRIST in der „American Dermatological Association" Schnitte einer besonderen Hautaffektion), ist kurz geschildert folgender: 70jähriger Farmer von den Azoren, Beginn vor 11 Jahren mit ovalen Knötchen im Nacken, dann an den Augenbrauen, weiterhin Entstehung papillärer Wucherungen mit eitriger Sekretion, sowie Geschwüre, die sich auf Nase, Lippe, Wangen und Handrücken ausdehnten. Nach langem Stationärbleiben des Prozesses traten später Drüsenschwellungen, Somnolenz, Schwäche und Husten hinzu und nach Auftreten von Abszessen im Hoden und linken Bein starb der Patient. Bei der Obduktion zeigten sich tuberkelähnliche Knoten in Lungen, Leber, Milz, Peritoneum, ein granulationsartiger Herd in der linken Tibia.

Klinisch wird von den Autoren die Ähnlichkeit der Hautaffektion mit Tub. verrucosa hervorgehoben; auch der Obduktionsbefund schien Tuberkulose zu ergeben. Aber die histologische Untersuchung ergab neben zahlreichen riesenzellenhaltigen Infiltraten im Corium, Epithelhyperplasie und miliaren Abszessen im Rete, zahlreiche doppelt konturierte kreisrunde Parasiten von 15—27 μ Durchmesser, teils inter-, teils intrazellulär, welche wie oben erwähnt ursprünglich als Protozoen angesprochen, später jedoch von GILCHRIST selbst und von BUSCHKE mit großer Wahrscheinlichkeit als Blastomyzeten gedeutet wurden. Kultur wurde nicht ausgeführt, Tierexperiment nicht einwandfrei.

Den 3. Typus der Blastomykose repräsentiert der Fall von CURTIS. Er wurde im Juli 1895 vorläufig von C. mitgeteilt.

Ein 20jähriger Mann mit einem faustgroßen Tumor der Inguinalgegend, Beginn vor $1^1/_2$ Jahren. Später traten Tumoren in der Haut des Stammes, Nackens und der Extremitäten hinzu, welche zum Teil zu Geschwüren zerfielen. Exitus; Sektion wurde nicht gemacht. Histologisch zeigten sich die Tumoren zum allergrößten Teile aus ungeheuren Mengen von Hefepilzen zusammengesetzt und nur sehr geringgradige entzündliche Vorgänge sowohl in den Tumoren selbst als auch in ihrer Umgebung. Kultur und Tierexperiment positiv.

Diese drei Typen der Hautblastomykose, die man kurz am besten mit den Bezeichnungen akut-pyämischer Typus (Fall BUSSE-BUSCHKE), chronischer Hauttypus (GILCHRIST) und Tumorentypus (CURTIS) belegen könnte, kommen nicht gleich häufig vor. Der CURTISsche Typus ist bis jetzt vereinzelt geblieben, obwohl es manchen Autoren gelungen ist, bei Tieren experimentell ähnliche Bilder zu erzeugen. Der akut-pyämische Typus wurde mehrmals, wenn auch selten seit dem Jahre 1894 beobachtet. (Fälle von ORMSBY-MILLER, OPHÜLS-MOFFITT, MONTGOMERY). Der häufigste Typus ist der der chronischen Hautblastomykose, von GILCHRIST zuerst beschrieben und wohl auch der praktisch hauptsächlich in Betracht kommende. Bis 1903 waren etwa 40 Fälle in Amerika gesehen worden; in Europa war die Krankheit unbekannt. Der erste derartige Fall, der mit großer Wahrscheinlichkeit in die Kategorie dieser chronischen Hautblastomykosen gehört, kam am 16. Februar 1903 in unsere Klinik und wurde von mir im März 1903 in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstriert. Der Fall wurde dann in Gemeinschaft mit meinem leider so früh verstorbenen Kollegen LÖWENBACH im „Archiv f. Dermatologie u. Syphilis" ausführlich publiziert. Aus dieser Publikation entnehmen wir Folgendes:

Ein 26jähriger Feldarbeiter aus Mähren, nie außerhalb Mährens und Niederösterreichs domizilierend. Die Affektion der Nase soll seit 14 Jahren bestehen.

Die Nase zeigt eine Deformation ihrer häutigen Anteile. Die Haut an der rechten Ala nasi hat eine diffus narbige Beschaffenheit, ist von bläulichroter Farbe, glatter Oberfläche und zeigt eine Menge kleiner gelber Flecke, so daß ein gesprenkeltes Aussehen entsteht. Die Grenze nach oben und gegen die Seitenteile bildet eine unregelmäßige zackige Linie. Das buntscheckige Aussehen des betroffenen Bezirkes wird noch vermehrt durch eine beträchtliche Anzahl (20—25) eigenartiger Knötchen. Dieselben sind meist hanfkorn- bis kaum schrotkorngroß. Ihre Farbe ist gelblichrot mit einem Stich ins livide, ihr Glanz ein beträchtlicher, so daß sie stellenweise durchscheinend werden. Sie sind kreisrund und springen halbkugelig über das Niveau der Haut vor. Die Konsistenz dieser Knötchen ist ungemein weich; bei leiser Berührung mit der Nadelspitze drückt man die Oberfläche wie die Kuppe eines Herpesbläschens ein und beim Anstechen tritt eine gelblichgraue, dickliche Masse zutage. An einer Stelle außerhalb der narbig veränderten Area, nach außen vom linken, inneren Augenwinkel, zeigt sich eine Gruppe analoger Knötchen in einer Reihe angeordnet.

Entsprechend der linken Ala nasi wird die diffus narbige, glatte Fläche unterbrochen von einer zackig unregelmäßig konturierten tiefen Ulzeration, welche auf die muköse Seite der Nase übergreift und reichliches seröses Sekret absondert. In der Umgebung dieses Geschwüres zeigen sich keinerlei an Lupusknötchen erinnernde Gebilde, dagegen vereinzelte, den kleinen Knötchen der rechten Nasenseite und des Augenwinkels ähnliche Effloreszenzen und nach außen gegen die linke Nasolabialfalte hin ein Konglomerat warzig zerklüfteter Effloreszenzen vom Aussehen spitzer Kondylome. Im häutigen Nasenseptum, 1 *cm* oberhalb des Introitus, besteht eine runde Perforationsöffnung von $^1/_2$ *cm* Durchmesser, umgeben von leicht erodierten, speckig belegten, hell geröteten Rändern.

Die Diagnose schwankte zwischen Lupus, Syphilis und Epitheliom und selbst ein so hervorragender Diagnostiker, wie der damalige Chef der Klinik Hofrat NEUMANN, mußte dem klinischen Bilde der Affektion eine Sonderstellung einräumen. Diese wurde durch die mikroskopische Untersuchung des Inhaltes der kleinen Knötchen und des Sekretes, sowie durch die histologische Untersuchung mehrerer exzidierter Hautpartien bestätigt. Es fanden sich nämlich im Sekrete in großer Menge doppelt konturierte, stark lichtbrechende, kugelrunde oder ellipsoide Körper, manchmal mit fein granuliertem Zentrum; bei Zusatz 10%iger Kalilauge wurden sie besonders deutlich. Ihr Durchmesser betrug 3—5—12 μ; an manchen Stellen zeigten sich kleine Kugeln in Zusammenhang mit größeren Sproßformen. Mit Methylenblau, Karbolfuchsin, nach GRAM und WEIGERT waren sie leicht färbbar. Auch in den Knötchen waren diese Gebilde, die ja nur als Hefezellen anzusprechen waren, in großer Menge nachweisbar. Die histologische Untersuchung ergab intrakorneale und subkorneale Pustelbildung mit miliarer Abszeßbildung in der Epidermis nebst Wucherung der Stachelzellenschicht und stellenweise mächtigem Infiltrat des Papillarkörpers. Allenthalben fanden sich Blastomyzeten, reichlich in dem Stratum corneum, spärlich in den Abszessen und Infiltraten. Kulturversuche und Tierexperimente waren negativ; dagegen war die von BEVAN empfohlene Jodtherapie, Jodkali in steigenden und großen Dosen, von glänzendem Erfolge begleitet. Patient wurde nach einer 4wöchentlichen Jodkur geheilt entlassen. (Die Veränderungen des klinischen Aussehens durch die Behandlung sind auf der unserer Abhandlung beigegebenen Tafel ersichtlich.) Das eigenartige klinische Bild, der konstante mikroskopische Blastomyzetenbefund im Sekrete und im Gewebe, sowie der eklatante Erfolg der Therapie bildeten die Veranlassung, den Fall, trotz des negativen Ausfalles der Kulturversuche und Thierexperimente, als wahrscheinliche Blastomyzeteninfektion der Haut hinzustellen.

Wir sprachen damals die Vermutung aus, daß manche Fälle, die bisher als Lupus, Syphilis oder Epitheliom diagnostiziert worden waren, vielleicht als Blastomyzeteninfektion gedeutet werden können und daß von jetzt ab, da die Aufmerksamkeit auf diese Affektion gelenkt worden war, gewiß auch in Europa der von uns beobachtete Fall nicht isoliert bleiben würde. Und in der Tat, im letzten Jahre sind mehrere Fälle dieser Art bekannt geworden. So von SEQUEIRA in London, DUBREUILH in Frankreich, SAMBERGER in Prag (2 Fälle), und auch wir hatten Gelegenheit, an der Klinik Prof. FINGER drei weitere Fälle von wahrscheinlicher Blastomyzeteninfektion zu beobachten.

Der 2. Fall wurde vom Kollegen BRANDWEINER im „Archiv f. Derm. u. Syph.“ unter dem Titel: „Zur Frage der Blastomykose der Haut und über ihre Beziehungen zur Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi (KAPOSI)“ publiziert. BRANDWEINER identifiziert nämlich beide Krankheiten und auch das spricht für eine Sonderstellung des klinischen Bildes. Wieder war die Affektion an der Nase lokalisiert.

Bei einem 37jährigen Schuhmacher aus Galizien, der nie Österreich verlassen hatte, zeigte sich die Haut der linken unteren Nasenhälfte gerötet und infiltriert, die Rötung ist unscharf begrenzt. Innerhalb der allmählich ausklingenden Rötung finden sich braunrote, eingestreute Knötchen von Hanfkorngröße. Die meisten dieser tragen im Zentrum eine Pustel, deren Inhalt weißgelblich durchschimmert. Die zentralen Anteile der Affektion zeigen Geschwüre, papilläre Wucherungen und Narben. Die Geschwüre sind meist streifenförmig, ihr Grund lochartig, mit bräunlichen Borken bedeckt. Die papillären Wucherungen zeigen hellrote Farbe, blumenkohlartiges Gefüge und erheben sich nur wenig über das Niveau der Umgebung, in welchem zahlreiche, ziemlich junge Narben sichtbar sind. Diese zeigen unregelmäßig zackige Begrenzung, sind nicht pigmentiert, weißlich oder hellrosa und fühlen sich zart an.

Die Affektion besteht nach Angabe des Patienten seit einem halben Jahr.

Der histologische Befund einer exzidierten Hautpartie, sowie die mikroskopische Untersuchung des Sekretes ergab dieselben Resultate wie in unserem ersten Falle. Ebenso prompt wirkte Jodkali; auch hier waren Kulturversuche und Tierinokulationen negativ.

Der 3. und 4. Fall, die wir an der Klinik Prof. FINGER beobachtet konnten, sind noch nicht publiziert; über den 4. Fall wurde von mir am Berliner internationalen Dermatologenkongreß, gelegentlich der Blastomykosedebatte im Anschlusse an die Demonstration der Präparate DUBREUILHS referiert.

Der 3. Fall ist folgender:

Malke B. (Journ.-Nr. 17.200, Prot.-Nr. 773, Z. 74), 40 Jahre alt, verheiratet, Mutter fünf gesunder Kinder. Die Nasenaffektion begann vor zwei Jahren mit Rötung und Knötchenbildung. Patientin konsultierte mehrere Ärzte, die mit Salben erfolglos behandelten. Sie sucht behufs Operation ihres „Lupus“ die Klinik auf. Lues negiert; auch keine Zeichen einer solchen; kein Abortus.

Status praesens vom 9. Juli 1903.

Patientin ist klein, von grazilem Knochenbau, sehr schlecht genährt; es besteht eine hochgradige Kyphose der Brustwirbelsäule. Innere Organe normal.

Die Nasenspitze und die Nasenflügel, sowie das häutige Septum düster rot gefärbt. Die Rötung ist am intensivsten an der Spitze und dem rechten Nasenflügel und nimmt allmählich ab, um ungefähr in der Mitte des Nasenrückens in die normale Hautfarbe überzugehen. Dabei besteht eine geringgradige Anschwellung der geröteten Partien. Auf diesen befinden sich einerseits seichte unregelmäßig konturierte Substanzverluste von Stecknadelkopf- bis über Linsengröße, die einen leicht wegwischbaren speckigen Belag zeigen, andrerseits hirsekorngroße Knötchen von gelblichweißer Farbe und eigentümlich durchscheinender Beschaffenheit. Diese Knötchen sowie die Substanzverluste liegen teils oberflächlich, teils in Vertiefungen, die durch kreuz und quer verlaufende, kurze, glänzende, runde Narbenstränge gebildet werden. Beim Zerdrücken oder Anstechen der Knötchen erscheint eine klebrige Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung dieser, sowie des Sekretes der Geschwürchen zeigt neben Eiterzellen, Detritus, Epithelzellen, Blutkörperchen fast ausschließlich runde oder ovale stark lichtbrechende, doppelt konturierte Gebilde, die besonders

deutlich bei Behandlung mit 30%iger Kalilauge zum Vorschein kamen. Auch Formen, die seitliche Knospen zeigten, waren sichtbar.

Noch deutlicher war dies im mit Methylenblau gefärbten Trockenpräparate. Die Größe dieser Gebilde variierte von 6—20 μ und darüber, sie waren verschieden intensiv färbbar und zeigten oft im Innern Granulationen und Vakuolen. Es konnte kein Zweifel darüber obwalten, daß diese Körper den in meinem ersten Falle dargestellten hefeähnlichen Zellen entsprachen, und ich nahm keinen Anstand, auch diesen Fall als eine wahrscheinliche Blastomyzeteninfektion der Haut im Sinne der Amerikaner hinzustellen. Der Befund der sproßpilzähnlichen Gebilde war konstant und konnte auch im Gewebe erhoben werden.

In der Umgebung der Nase vereinzelte Akneknötchen und zahlreiche Epheliden. Das Septum und die Schleimhaut der Nasenhöhle waren intakt, ebenso die Mundschleimhaut. Die Haut des übrigen Körpers zeigte keine Veränderung. Im Urin kein Zucker, kein Eiweiß. Blutbefund normal.

Der Kranken wurde Jodkali in steigenden Dosen verordnet. Sie erhielt am ersten Tage 1 Eßlöffel einer Lösung (Kal. jodat. 10·00, Aq. dest. 200·00) und jeden dritten Tag um einen Eßlöffel mehr, bis zu 8 Eßlöffel pro die. Sie vertrug diese großen Jodkalidosen ohne Beschwerden. Im Verlaufe dieser Therapie besserte sich die Nasenaffektion zusehends. Schon nach 14 Tagen war die Rötung nur mehr ausschließlich auf Nasenspitze und einen Teil der Nasenflügel beschränkt, die Geschwürchen waren zum großen Teile überhäutet, viele Knötchen verschwunden. Im Inhalt der Knötchen fanden sich wohl noch Blastomyzeten, doch hatten diese an Zahl bedeutend abgenommen. Auch ihre Färbbarkeit war geringer geworden, indem sich viele als schwach blaßblau gefärbte Scheiben mit dunkler blau gefärbten Kontur repräsentierten. Patientin wurde schließlich geheilt entlassen, nachdem alle Erscheinungen bis auf Rötung der Nasenspitze geschwunden waren.

Die histologischen Veränderungen sind dreierlei Art. Sie betreffen erstens den Bestand von kleinen Abszessen, teils subepidermoidal, teils intrakorneal, zweitens Epithelwucherungen gegen die Kutis zu und drittens Zellinfiltrate in der Kutis und Subkutis.

Was die Abszesse betrifft, so fanden sich unter dem Stratum corneum Anhäufungen von polynuklearen Leukozyten, zwischen denen man zahlreiche Blastomyzeten in allen Stadien der Sprossung und des Wachstums findet. (Auch in dem Falle hat sich die WAELSCHsche Modifikation der WEIGERTschen Fibrinfärbung zur Darstellung der Mikroorganismen in der Hornschicht, nämlich Färbung durch 15 Minuten in Anilinwasser, zwei Teile Gentianaviolett, alkoholische Lösung ein Teil, dann Behandlung der Präparate drei Minuten lang mit einer Mischung von 5% Jodkalilösung mit Wasserstoffsuperoxyd zu gleichen Teilen, dann Eintragen der Schnitte in salzsaures Anilinöl durch etwa fünf Stunden, schließlich Xylolbalsam bewährt.) Mit dieser Methode gelang es, die hefeähnlichen Gebilde elektiv zu färben. Innerhalb des Stratum Malpighi waren nur vereinzelt solche Herde von Leukozyten mit Blastomyzeten anzutreffen. Die subkornealen Abszesse entsprachen den eigentümlichen, durchscheinenden Knötchen des klinischen Bildes.

Die Epithelwucherung trat an manchen Stellen als Verbreiterung der MALPIGHIschen Schicht in die Erscheinung, an anderen Stellen als bedeutende Entwicklung der Epithelzapfen, die weit in die Tiefe der Kutis hineinreichten und sich vielfach verzweigten. Leukozyten waren nur vereinzelt im Epithel sichtbar.

Die Zellinfiltrate der Kutis waren aus Rund-, Epitheloid- und zahlreichen Riesenzellen zusammengesetzt und erinnerten ganz an das Bild eines Lupus vulgaris. Es gelang jedoch mittelst der WAELSCHschen Methode, zwischen den Zellen des Infiltrates Blastomyzeten, wenn auch vereinzelt, nachzuweisen. Diese waren manchmal kreisrund oder oval, zeigten einige Male homogene Struktur, manchmal auch Granulationen und Vakuolen im Innern. Einzelne der Pilze waren durch außen anliegende Zellen abgeplattet oder eingedrückt, wenige waren in Sprossung begriffen.

Selbstverständlich fanden sich die Hefepilze auch in den Lagen des Stratum corneum in den Haarbälgen, zum Teil dem Haare dicht anliegend, auch in den Talgdrüsen. Dieses histologische Bild stimmt vollständig mit den histologischen Beschreibungen, die von amerikanischer Seite in fast allen als Blastomyzetenerkrankung beschriebenen Fällen gegeben wurden, überein, nämlich: Miliare Abszeßbildung in Kutis und Epidermis, Zellinfiltrate der Kutis mit reichlichen Riesenzellen und Wucherung des Epithels. In den Abszessen und Infiltraten Blastomyzeten nachweisbar.

Die Kulturversuche waren bisher negativ, obwohl ich sämtliche Nährböden, die für die Kultur von Hefepilzen benutzt worden waren, anwendete. Ebenso hatte das Tierexperiment kein positives Resultat.

Der 4. Fall, bei dem auch Professor FINGER das Eigentümliche des klinischen Aspektes anerkannte und die Schwierigkeiten der differentiellen Diagnose hervorhob, kam am 21. Juli 1904 in unsere Klinik.

J. N., 39jähriger Schneider, aufgenommen 21. Juli 1904, Journ.-Nr. 18.649, Prot.-Nr. 654. Die Erkrankung begann vor drei Jahren im Naseninnern mit Verstopftsein der Nase und mit häufigem Nasenbluten; ein Jahr später begann die Hauterkrankung, die vergeblich mit den verschiedensten Salben behandelt wurde.

Bei der Aufnahme zeigte der Kranke folgendes Bild: Die Nase flach, verbreitert, die Nasenflügel retrahiert, die Nasenspitze der Oberlippe genähert. Die Nase bis zur Nasenwurzel lebhaft gerötet, die Rötung klingt allmählich gegen die Umgebung ab; die Nasenflügel und -Spitze verdickt, diffus infiltriert mit gelben fettigen Krusten und Borken bedeckt; namentlich in der Nasolabialfurche beiderseits ist die Krustenauflagerung bedeutend und hier sind die Infiltrate gewulstet. Im Bereiche dieser Infiltrationen finden sich zahlreiche seichte deprimierte Narben, welche gelb gesprenkelt erscheinen. Stellenweise sind die Ausführungsgänge der Talgdrüsen, wie bei Lupus erythematosus erweitert. In der Umgebung der Nasenflügel finden sich papilläre Exkreszenzen, sowie einige akneartige, weiche Knötchen. Symmetrisch zu beiden Seiten des Nasenrückens und der Nasenflügel finden sich lebhaft hellrote, nur wenig elevierte und infiltrierte, von feinen Gefäßen durchzogene, stellenweise mit fettigen Krusten bedeckte, etwa guldengroße Herde, welche zu beiden Seiten der Nase und an den oberen Partien der Wange ein blaßes, narbiges Gebiet umgeben. Nach abwärts gegen die Oberlippe zu sind diese Herde ausgedehnter, ohne narbiges Zentrum, nur links ist die zentrale Narbenbildung angedeutet. Sonst sehen diese Flächen wie die augenwärts gelegenen Umgrenzungsbänder aus, hellrot, wenig eleviert und infiltriert, von zahlreichen Gefäßchen durchzogen. Die Grenzen gegen die gesunde Wangenhaut sind unscharf; nach abwärts gehen diese Plaques beiderseits direkt in die diffus geschwollene, fast dreifach verdickte Oberlippe über.

Diese ist in toto diffus düster gerötet, die Rötung scharf nach links und rechts gegen den noch behaarten Teil der Oberlippe abgegrenzt, mit dicken, gelben Krusten bedeckt, nach deren Ablösung ein leicht blutendes, nässendes, glattes Gewebe zum Vorschein kommt.

Die Schleimhaut der Mundhöhle ist frei. Das Nasenseptum vom Übergang des knöchernen zum knorpeligen Anteil sowohl nach oben als nach unten perforiert; die Perforationsöffnung von narbigen Rändern umgeben.

Patient bekam bis zum 28. September 335 *g* Jodnatrium und wurde mit folgendem Status entlassen: An der Oberlippe ist noch eine ganz geringe Verdickung bemerkbar, die Haut derselben ist von feingestrickter blasser Narbe eingenommen. Die Haut der Nase und der seitlichen Wangenpartien blaß, zum Teil, namentlich in den seitlichen Partien eingenommen von länglichen, feinen Narben, welche von einem wenig erhabenen, rötlich gefärbten Saum umgeben sind. Die rötliche Farbe des Saumes ist auf kleine Gefäßektasien zurückzuführen. In diesen Rändern, sowie in der Haut der Narbe selbst, auch an der Nasenspitze finden sich massenhaft bis stecknadelkopf-

große, hellgelb hindurchschimmernde, milienartige Gebilde. An der Nase rechts und in der Nasolabialfurche links zwei linsengroße derbe Atherome von braungelber Farbe.

Im Sekrete und in den Krusten, sowie im Inhalte der milienähnlichen Gebilde Blastomyzeten zum Teil in Sprossung begriffen. Kulturversuche auf den verschiedensten Medien, sowie Tierinokulationen waren negativ.

Durch Inokulation mit dem Sekrete am rechten Oberarm gelang es, nach 24 Stunden eine kleine Blase zu erzeugen, in deren Inhalt Blastomyzeten nachweisbar waren; nach zwei Tagen war die Blase spurlos abgeheilt.

Der histologische Befund zeigte insoferne eine Differenz von den drei anderen Fällen, als die intraepidermoidale und intrakorneale Pustelbildung, die miliaren Abszeßchen vollständig fehlten. Es fand sich nur ein mächtiges Infiltrat im Stratum papillare und reticulare, das aus Rund-, Plasma- und Riesenzellen bestand.

In diesem Infiltrate fanden sich teils vereinzelt, teils zu 5—8 gruppiert Blastomyzeten in charakteristischen Formen. Es gelang auch, diese in Gefäßen der Kutis nachzuweisen (Färbung, Gram-Weigert und Waelsch). Die Wucherungsvorgänge am Epithel waren geringe; es fanden sich nur spärlich verbreiterte und verlängerte Epithelzapfen. Die gelben Punkte der Narben waren durch erweiterte und vergrößerte Talgdrüsen hervorgerufen.

* * *

Fassen wir die klinischen und histologischen Eigenheiten dieser vier Fälle zusammen, so ergibt sich für uns folgendes:

Das klinische wie das histologische Bild bildet das Resultat akuter und chronischer Hautveränderungen.

Die akuten klinischen Symptome sind: allmählich gegen die Umgebung abklingende helle Rötung und Schwellung mit oberflächlicher Pustelbildung. Die Pusteln haben einen ganz eigenen Typus. Sie gleichen gelben und roten Knötchen von sehr weicher Konsistenz und durchscheinendem Inhalt, der sich als dicklich und fadenziehend erweist. Nach Zerfall der Pusteln entstehen seichte, unregelmäßig begrenzte, lebhaft sezernierende Geschwüre, die mit zarten Narben ausheilen. Die Narben haben ein gelbgesprenkeltes Aussehen.

Histologisch entspricht diesem Stadium das Vorhandensein von intrakornealer, subkornealer und intraepithelialer Abszeßbildung; zwischen Epidermis und Kutis wurde nie ein Abszeß beobachtet. Die Epidermiszapfen sind meistens verbreitert und verlängert, das Stratum papillare entzündlich infiltriert. In den Abszessen und Infiltraten Blastomyzeten vereinzelt oder in Gruppen, aber nie zahlreich.

Dieses akutere Stadium der Krankheit gibt bei längerem Bestande ein Bild, das die meisten Fälle zeigen und das dem Lupus verrucosus ähnlich wird (Gilchrist beschrieb seinen ersten Fall als „Pseudolupus verrucosus"). Man sieht dann wallartige oder gewulstete Infiltrate, blasse narbige Zonen umgebend, Verdickungen der Nase und Lippen, die oberflächlich exkoriiert und mit Krusten bedeckt sind, tiefe Geschwüre mit unregelmäßigen Rändern und unebenem, mit dicken Borken bedecktem Grunde, die manchmal den Nasenflügel konsumieren und das Septum der Nase perforieren. Auf der Basis dieser Geschwüre kommt es zur Bildung papillärer Exkreszenzen, die bald die Ränder der Geschwüre überragen, dicht angeordnet sind und stellenweise an den Spitzen Verhornung zeigen.

Histologisch finden sich, abgesehen von Veränderungen der Epidermis, die analog den früher geschilderten sind, dichte Infiltrationen mit Rund-, Plasma- und Riesenzellen. Die Infiltrate durchsetzen alle Schichten der Kutis und gehen noch in die Subkutis hinein. Dieses Infiltrat zeigt teils Neigung zum eitrigen Zerfall, teils zur Narbenbildung; in ihm findet man spärlich die Blastomyzeten.

Alle diese klinischen und histologischen Charaktere sehen wir in den vier Fällen in verschiedener Intensität und Kombination.

Allen gemeinsam ist das Befallensein der Nase und die längere Dauer des Prozesses. Der Fall, der die kürzeste Krankheitsdauer hatte (Fall 2 Brandweiner), zeigt mehr das akute Stadium, die eigenartige Pustelbildung, die helle, allmählich abklingende Rötung, die seichte Geschwürs- und zarte Narbenbildung, die anderen Fälle entsprechend ihrer Dauer auch die Kombination der Symptome.

Fall 3, Dauer der Affektion 2 Jahre, durchscheinende Knötchen, seichte Geschwüre, zahlreiche Narben und geringe Verdickung der Nase; Fall 4, Dauer der Affektion 3 Jahre, neben hellen, von Gefäßen durchzogenen Rötungen und von diesen begrenzten Narben, Infiltrationen der Nase und Oberlippe, papilläre Wucherungen und Perforation des Nasenseptums; endlich Fall 1, der die längste Krankheitsdauer hatte (14 Jahre), Knötchen, Infiltrationen, Zerstörung des Nasenseptums, des einen Nasenflügels und zahlreiche verruköse Wucherungen.

Gemeinsam war auch allen 4 Fällen der eklatante Erfolg der Jodtherapie.

Was die Differentialdiagnose betrifft, so kommen in erster Linie in Betracht, Lupus vulgaris und hypertrophicus papillaris, Tuberculosis verrucosa, Syphilis und Epitheliom, in zweiter Linie Lupus erythematosus und Acne vulgaris faciei. Gegen Lupus vulgaris und papillaris hypertrophicus sprechen die hellrote Farbe, die unscharfe Begrenzung, die Perforation des Nasenseptums und die eigentümliche Beschaffenheit der Pustelknötchen; gegen Tuberculosis verrucosa die große Ausbreitung der Affektion, die Weichheit der papillären Wucherungen und die tiefen Geschwüre. Von Syphilis unterschied sich die Affektion durch die unregelmäßige, unscharfe Begrenzung, die hellrote Farbe, die Unregelmäßigkeit der Substanzverluste, die Zartheit der Narben; vom Epitheliom durch die Weichheit der Geschwürsränder und papillären Exkreszenzen, die Kombination des ulzerösen Prozesses mit den eigenartigen transparenten Knötchen.

Vom Lupus erythematosus ist die Blastomykose durch die tiefen Ulzerationen, die Perforation des Nasenseptums, die gelblichroten Knötchen, die unscharfe Begrenzung und von der Acne confluens faciei, die nur wegen der manchmal den Aknepusteln ähnlichen Knötchen im Anfangsstadium der Krankheit in Betracht käme, durch die diffusen, hellen Rötungen und durch alle übrigen, den weiteren Verlauf der Affektion charakterisierenden Symptome zu unterscheiden.

Sehr gestützt wird selbstverständlich bei dem nach der Dauer des Leidens sehr wechselnden Krankheitsbilde erst dann die Diagnose, wenn in den Sekreten, Borken und im Inhalte der Knötchen Blastomyzeten reichlich und in Sproßformen konstant zu finden sind und das histologische Präparat deren Anwesenheit nicht nur an der Oberfläche der Haut und in Ansammlungen polynukleärer Leukozyten der Epidermis ergibt, sondern auch in den Infiltraten der Kutis und Subkutis.

Freilich ist auch dann noch immer nicht die Blastomyzetennatur der Erreger dieser Krankheit und deren Sonderstellung über jeden Zweifel erhaben, solange nicht Reinkultur, Tierexperiment und Inokulation auf den Menschen gelungen sind, wie dies ja auch in unseren Fällen nicht gelang. Aber auch in etwa 20 Fällen, die in Amerika beobachtet wurden, darunter auch Fälle von Gilchrist, waren diese Postulate nicht erfüllt!

Wir glauben daher zur Annahme berechtigt zu sein, daß man Fälle, wie die vier hier beschriebenen, deren eigenartiges klinisches Bild von NEUMANN und FINGER anerkannt wurde, bei denen man an der Oberfläche und in der Tiefe des Gewebes hefenähnliche Gebilde konstant und elektiv nachweisen kann, trotz des negativen Ausfalls der Kultur- und Impfversuche als wahrscheinlich durch Blastomyzeten verursacht hinstellen und sie mit dem Namen Hautblastomykose bezeichnen kann.

Über die Frage des Beginnes der Affektion teilen wir die Ansicht BUSCHKES, daß die Hefen von außen her in die Haut eindringen, im Gegensatz zur Ansicht BUSSES. Der klinische Aspekt der Fälle erklärt dies auch ungezwungen. Es sind entweder Blastomyzeten, die zuerst als harmlose Schmarotzer in den Epidermislamellen oder in den Mündungen der Talgdrüsen lebten und dann sei es durch günstigen Nährboden, sei es durch Änderung ihrer Eigenschaften pathogen werden, oder es sind von vornherein virulente Sproßpilze. Die kleinen Ansammlungen polynuklearer Leukozyten, die bald in der Hornschicht, bald unter dieser, bald im Rete Malpighi liegen und Blastomyceten enthalten, kennzeichnen den Weg, den diese nehmen. Dies sind die miliaren Abszeßchen nach der amerikanischen Beschreibung. Werden diese größer, so bilden sie die vielfach erwähnten transparenten, glänzenden, gelbroten Knötchen. Haben die Blastomyzeten die Epidermis durchsetzt, so erzeugen sie im Kutisgewebe genau so wie die Tuberkelbazillen ein Rund-, Plasma- und Riesenzellen enthaltendes Granulationsgewebe. Von hier aus können sie in die Blutbahn gelangen und unter Umständen eine allgemeine, pyämieähnliche Infektion mit Hefepilzen erzeugen (Fälle von BUSSE-BUSCHKE, MONTGOMERY-WALKER, ORMSBY-MILLER, OPHÜLS-MOFFITT, MONTGOMERY).

Daß die von uns im Sekrete und Gewebe nachgewiesenen Gebilde Blastomyzeten seien, wird von UNNA und NEUBERGER bestritten. UNNA behauptet nämlich einerseits, es könne sich um Degenerationsprodukte des Elastins handeln, andrerseits käme auch der Flaschenbazillus in Betracht. Dem gegenüber müssen wir festhalten, daß diese sich nach GRAM-WEIGERT und WAELSCH tief blaufärbenden Körper an Orten zu finden sind, wo nie elastisches Gewebe zugrunde gegangen ist wie im Rete, daß sie sich mit basischen Farbstoffen ebensogut färben lassen wie mit sauren (Fuchsin) und daß die Formen doch viel zu regelmäßig und eindeutig sind, als daß man diese für die wechselnden Degenerationsprodukte der elastischen Fasern halten könnte.

Gegen die Flaschenbazillennatur, die auch von NEUBERGER geltend gemacht wurde, sprechen die intensive Färbbarkeit und die deutlichen Sproßformen.

Praktisch ergibt sich aus der Beobachtung dieser Fälle, deren Zahl gewiß in der nächsten Zeit zunehmen wird, daß wir in allen Fällen, in denen wir zu keiner definitiven Diagnose kommen können, weil sich eine Affektion nicht unter die bereits bekannten klinischen Bilder namentlich des Lupus, der Syphilis und des Epithelioms einreihen läßt, zum Mikroskope greifen müssen, das erst die Sonderstellung eines solchen Falles wahrscheinlich macht. Dann wissen wir aber auch, daß wir in großen Joddosen ein Mittel haben, um der Blastomyzeteninfektion der Haut wirksam zu begegnen.

Literatur: BUSSE, Die Sproßpilze. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Wassermann & Kolle. — RICKETTS, Oidiomycosis (Blastomycosis) of the skin and its fungi. „Journ. of medic. research", Vol. 6, Nr. 3. — MC CARRISON, „Indian medical Gazette", April 1903, Vol. 38. — GILCHRIST, „British medical Journal", 1903. Some additional cases of blastomycetic Dermatitis. „Journ. of cutaneous diseases", März 1904. — DUBREUILH, De la Blastomycose cutanée. „Annales de Derm. et de Syph.", Oktober 1904. — BRANDWEINER, Zur Frage der Blastomykose der Haut und über ihre Beziehungen zur Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi (KAPOSI). „Arch. f. Dermatologie u. Syph.", 1904. — FR. ŠAMBERGER, Dermatitis blastomycetica. „Sbornik klinické", 1904, Bd. 5. — Die übrige Literatur in: BUSCHKE, Die Blastomykose, Referat. „Arch. f. Derm. u. Syph.", 1904. — LÖWENBACH u. OPPENHEIM, Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose. „Arch. f. Derm. u. Syph.", 1904.

Bewegung und Heilgymnastik in der Gelenktherapie.

Von Badearzt **Dr. Eduard Weisz**, Schwefelschlammbad Pistyan.*)

Die Bewegung gehört zum natürlichen Berufe des Gelenks, das derselben für längere Zeit ohne schwere Folgen kaum entraten kann. Allein in manchen Fällen und Stadien von Gelenkerkrankungen ist Bewegung gar nicht ausführbar oder geradezu kontraindiziert.

Die Beurteilung dessen, wie weit sich das Verbot der Bewegung erstrecken soll und wann man ohne jede Gefahr zur Bewegung zurückkehren darf, ist in vielen Fällen eine schwere Frage, der wir später näher treten wollen. Sicher ist, daß wir dem Gelenkkranken diesbezüglich eben solche präzise Vorschriften geben müssen wie dem Magenleidenden, wenn es sich um die Bestimmung seiner Diät handelt.

Gleichwie die Bewegung in manchen Fällen bis zu einer gewissen Zeit zu meiden ist, bildet sie über eine gewisse Zeit hinaus das wichtigste Mittel zur Herstellung sowohl der funktionellen als anatomischen Vollkommenheit. Oft genug ist die Besserung des Allgemeinbefindens, das leibliche und psychische Wohlbefinden des Kranken an den ersten Beginn der Bewegung geknüpft.

Namentlich können wir uns die Rückkehr der Muskelorgane zum normalen Zustande in Ermanglung von Bewegung kaum vorstellen. Die Bewegung ist sozusagen das belebende Element der Muskulatur, ohne welches sie leicht verkümmert und sich bald erschöpft. Insofern nahezu jede Gelenkerkrankung auch die Muskulatur ins Leiden einbezieht, kann die Indikation der Bewegung ausschließlich vom Gesichtspunkte der Muskulatur am Platze sein.

Meist harrt aber der Bewegung im Gelenk eine direkte heilsame Aufgabe, indem sie vermöge ihrer mechanischen Komponenten die Blut- und Lymphzirkulation verbessert und in hohem Maße zur Resorption von Entzündungsprodukten, zur Abschleifung von Unebenheiten etc. beitragen kann. Die Bewegung, das heißt die abwechselnde Flexion und Tension, übt weiterhin sowohl auf die Muskelpartien als auch auf die Gelenkkapsel und auf die Ligamente einen dehnenden Einfluß; sie ist deswegen für die Behebung von Kontrakturen ein ebensolch vorzügliches Mittel, als sie, systematisch ausgeführt, in chronischen Fällen am besten imstande ist, Versteifungen vorzubeugen. Die Bewegung hat demnach nicht nur eine heilende, sondern auch in starkem Maße eine ausgedehnte prophylaktische Rolle bei der Behandlung der Gelenke.

Die zu Heilzwecken systematisch ausgeführte Bewegung wird gemeinhin als Heilgymnastik bezeichnet.

Die Heilgymnastik nahm von Schweden ihren Ausgangspunkt, weswegen sie auch allgemein schwedische Gymnastik genannt wird, wiewohl sich um die Entwicklung derselben auch andere Forscher verdient machten.

Das Wesen der schwedischen Gymnastik besteht im Vergleiche zum gewöhnlichen Turnen darin, daß sie mit jedem Einzelgriff, mit jeder einzelnen Übung eine bestimmte Anzahl von Muskeln und Gelenken in ihren Kreis einbezieht, unterdes die gewöhnliche Gymnastik meist große Muskelgruppen in Tätigkeit treten läßt. In ihren feinsten Nuancen ist die schwedische Gymnastik bemüht, jede einzelne Muskelgruppe oder, wenn möglich, jeden einzelnen Muskel für sich in Tätigkeit zu setzen.

Wir wollen hier verschiedene Details, namentlich die erschöpfenden theoretischen Einteilungen übergehen und uns hauptsächlich mit zweierlei Bewegungsarten, d. h. mit der aktiven und passiven Bewegung beschäftigen.

Aktiv ist jene Bewegung, die der Patient ohne Hinzutun einer äußeren Kraft — eventuell sogar gegen eine

*) Mitteilung aus dem Mediko-mechanischen Internat in Pistyan.



von außen kommende Widerstandskraft — aus eigenen Kräften ausübt. Passiv nennen wir jene Bewegung, die eine äußere Kraft an dem Patienten verrichtet, ohne oder geradezu gegen dessen Willen und Widerstand. Die äußere Kraft kann eine zweite Person, ein entsprechender Apparat oder eine Maschine repräsentieren.

Betreffs ihrer Wirkung sind diese zweierlei Bewegungsarten voneinander natürlich sehr verschieden. Die aktive Bewegung dient hervorragenderweise zur Übung der Muskeln, die bei den passiven Übungen entfällt. Dagegen ist mehr weniger beiden Bewegungsarten jene korrigierende Wirkung eigen, die die Blut- und Lymphzirkulation beeinflußt, die verschiedenen Gewebselemente imstande ist zu dehnen und die Gelenkflächen auszuschleifen.

Die passive Bewegung hat, soweit ihre Kraftquelle außerhalb des Kranken liegt, den großen Vorzug, daß sie von dem Kräftezustand und dem Willen des Kranken vollends unabhängig ist, demnach selbst bei schwächlichen Kranken ausführbar erscheint. Ein fernerer Vorzug der passiven Bewegung besteht noch darin, daß man dieselbe gegen den Willen des Kranken, also gewissermaßen zwangsweise ausführen kann. Und grade dieser Zwang kann in der alltäglichen Praxis häufig genug nötig werden.

Der empfindliche Patient ist zum Beispiel meist nur schwer zu bewegen, daß er seine Glieder gebrauche. Weil die Bewegung mit gewissen Schmerzen verbunden ist, schleppt er seine Unbeholfenheit Wochen und Monate hinaus, nur um jede Bewegung vermeiden zu können. Der Kranke vergißt gewöhnlich, daß er nach Ablauf dieser Zeit nämlichen oder noch größeren Schmerzen ausgesetzt sein wird, bis er den freien Gebrauch seiner Glieder erlernt. In solchen Fällen gilt es geradezu als bessere Wendung, wenn wir Gelegenheit haben, die Bewegungen in passiver Weise systematisch durchzuführen. Die Empfindlichkeit nimmt von Tag zu Tag ab, es erweitert sich allmählich der Kreis der Bewegung und das Stadium der Rekonvaleszenz wird auf diese Weise um Wochen oder Monate abgekürzt.

Noch weniger kann man den regulären Gebrauch der passiven Bewegungen in solchen Fällen entbehren, wo der Kranke sein Gelenk nicht nur Schmerzen halber fixiert, sondern wo das Gelenk zufolge Schrumpfungen und Verwachsungen auf eine auswärts gelegene größere Kraft angewiesen ist, um befreit zu werden.

In jedem Falle, wo die Funktion eines Gelenks beschränkt ist, d. h. die Bewegungsfähigkeit nicht bis zu den normalen Grenzen reicht, werden wir uns Mühe geben, wenn der Zeitpunkt hierfür gekommen ist, diese Mängel zunächst mit unseren Händen zu beheben. Wenn wir keinen Gehilfen haben, muß unsere linke Hand die fixierende Rolle des Assistenten übernehmen, während wir bemüht sind, mit der rechten Hand die entsprechende Bewegung oder Dehnung auszuführen. Manchmal kann der Patient selbst fixieren helfen.

Bei der passiven Bewegung des Kopfes ist eine weitere Fixierung kaum nötig, nachdem das Gewicht des sitzenden Kranken eine genügende Fixation abgibt. Der Kopf wird mit beiden Händen gefaßt und entsprechend her- und hinbewegt. Bei Bewegung des Schultergelenks stellen wir uns vor oder hinter den Kranken, fixieren mit einer Hand seine Schulter und bewegen mit Hilfe der andern den Oberarm.

Wenn es sich um die Behandlung des Ellbogengelenks handelt, setzen wir den Kranken am besten an den Tisch. Der Kranke legt seinen Oberarm auf, denselben fixieren wir nun mit der linken Hand, während wir mit der andern Hand den Unterarm in Bewegung setzen. Die passive Bewegung des Handgelenks können wir am zweckmäßigsten dann ausführen, wenn der Patient seine Hand derart auf den Tisch legt, daß dieselbe über die Tischplatte hinausreicht. Wir fixieren nun leicht mit der linken Hand und bewegen mit der rechten. Bei Behandlung der einzelnen Fingergelenke setzen wir uns gegenüber dem Kranken, fixieren das eine Fingerglied mit der linken Hand, um mit der rechten das Nachbarglied in Bewegung zu setzen. Beim Hüftgelenk werden wir ohne Assistenz nur wenig ausrichten können, weil wir nicht imstande sind, das ohnehin schwer zu fixierende Becken energisch niederzuhalten, gleichwie es kaum möglich ist, nur mit einer Hand die ganze untere Extremität zu beherrschen.

Wir bedürfen eines Gehilfen, der das Becken an den Darmbeinschaufeln mit beiden Händen niederhält, unterdes wir die Bewegungen des Oberschenkels in beliebiger Richtung ausführen. Leichter scheint die passive Bewegung des Kniegelenks. Wir führen dieselbe am besten in der Weise aus, daß wir den Oberschenkel des sitzenden Kranken an die Sitzfläche mit der einen Hand andrücken und den herabhängenden Unterschenkel in entsprechender Richtung bewegen. Oder wir setzen uns nahe dem Kranken, lassen seinen Schenkel auf unser Knie legen, fixieren dann den Oberschenkel mit der einen Hand und bewegen mit der andern den Unterschenkel des Kranken. Das Sprunggelenk kann man am zweckmäßigsten in liegender Stellung behandeln, wobei man den Unterschenkel an die Unterlage andrückt und mit der freibleibenden Hand den Fuß erfaßt und bewegt. Dies können wir auch ganz gut so ausführen, wenn der Kranke seinen Fuß auf unser Knie setzt. Die passive Bewegung des Rumpfes kann man am besten in sitzender Stellung des Patienten vornehmen, wenn man sich hinter den Patienten stellt. Der Stuhl, auf dem der Kranke sitzt, darf natürlich keine Lehne haben.

Die manuellen passiven Bewegungen sind Prozeduren, die sowohl den Patienten als den Arzt in gleicher Weise ermüden. Wenn der Arzt nicht über die nötige physische Kraft verfügt, oder wenn ihm die nötige Zeit mangelt, empfiehlt es sich, die passiven Übungen einer regelmäßig arbeitenden und mit gradmäßiger Pünktlichkeit einstellbaren Maschine zu überlassen. Mit Hilfe entsprechender maschineller Vorrichtungen kommt man gewöhnlich sehr rasch zum Ziele, und zwar auf Kosten verhältnismäßig geringer Schmerzen. Ich habe oft genug Besserung in wenigen Wochen gesehen, wo die manuelle Behandlung Monate lang ohne wesentlichen Nutzen war.

Die Triebkraft solcher Maschinen kann ein mit Gewicht versehener Hebel, eine Feder, ein mit Gewicht versehener Pendelapparat oder ein mehr minder großer Motor sein, der, wie dies in großen mediko-mechanischen Instituten geschieht, mit Hilfe einer entsprechenden Transmission mehrere Maschinen auf einmal in Bewegung setzen kann.

Unter diesen Maschinen gibt es eine ganze Reihe, die durch entsprechende Umstellung auch im aktiven Sinne zu gebrauchen sind, wie dies bei mehreren Herz- und Zanderschen Apparaten gut möglich ist. Einzelne Maschinen, wie beispielsweise die Kruckenbergschen Pendelapparate, sind vom Hause aus derart konstruiert, daß sie das aktive und passive Element kombinieren. Beim Inbewegungsetzen des Pendels ist seitens des Kranken eine gewisse Kraft erforderlich, und da der einmal in Bewegung gesetzte Hebel vermöge des Trägheitsgesetzes weiter schwingt, nimmt derselbe die Extremität eine gewisse Strecke in passiver Weise mit sich. Die Pendelapparate hängen somit zum Teile vom Kranken ab, was ihren Wert vom Gesichtspunkte der passiven Bewegung manchmal herabsetzt. Im allgemeinen leisten dieselben gute Dienste.

Bei einzelnen passiven Maschinen liefert die Triebkraft die menschliche Hand, so z. B. beim Trennertschen Kniebeugestreckapparat und beim Knokke-Drösslerschen Universal-Gelenkbeugeapparat. Als vollkommenste Apparate sind wohl die Herz- und Zanderschen Systeme anerkannt. Beide Systeme haben große Vorzüge und sind die mit Hilfe derselben erreichten Erfolge, wie ich dies auf Grund der in meinem Institute gemachten Erfahrungen behaupten kann, in vielen

Fällen bei Gelenkkrankheiten von geradezu verblüffender Wirkung.

Bei der Behandlung sollen die passiven und aktiven Bewegungen miteinander abwechseln, damit wir eine, sowohl die Gelenke wie die Muskulatur in Anspruch nehmende, harmonische und dabei nicht ermüdende Übungsreihe gewinnen.

Auch die aktiven Übungen kann man in verschiedener Weise ausführen. Hierher gehören zunächst die sogenannten Freiübungen. Dieselben kann man überall, also auch im Zimmer des Kranken ausführen. Besondere Apparate, einen Turnstab und ein paar Hantel eventuell ausgenommen, sind nicht nötig. Die Freiübungen haben den Vorteil, daß sie wenig Kraft erfordern und ohne Anstrengung der Muskeln für die Gelenke eine genügend gründliche und energische Methode darstellen, wie dies SCHREBER in seiner „Zimmergymnastik" ausführlich beschreibt.

Es besteht kein Zweifel, daß man aus diesen elementaren Aufgaben für den Kranken eine, seinem Leiden vollkommen angemessene, zweckdienliche Übungsgruppe zusammenstellen kann. Die Übungen sollen, selbst frei ausgeführt, nie ermüdend sein. Man sorge für die nötige Abwechslung: eine rechtsseitige Übung soll mit einer linksseitigen, eine Bewegung der oberen Extremität mit einer der unteren Extremität abwechseln, eine Übung in sitzender Stellung möge mit einer solchen in stehender Stellung abwechseln, diese mit einer Übung in liegender Lage usw. Man kann jede Übung drei- bis zehnmal ausführen und nachher eine kleine Pause eintreten lassen. Die Übungen sollen ein- bis dreimal täglich ausgeführt werden, nach dem Aufstehen, vor dem Essen und vor dem Schlafengehen, etwa 5—15 Minuten lang.

Der Nachteil der Freiübungen besteht darin, daß ihre muskelentwickelnde Wirkung nur gering ist, und daß sie vermöge ihrer Eintönigkeit trotz des geringen Kraftverbrauches die Aufmerksamkeit, d. h. das Nervensystem anstrengen.

Deswegen empfiehlt es sich auch in der Heilgymnastik, wie dies beim Schulturnen geschieht, die Freiübungen mit Übungen an verschiedenen Geräten und Apparaten abwechseln zu lassen.

Bei den aktiven Übungen sollen wir nie vergessen, daß wir es mit einem kranken Individuum zu tun haben, dessen Gelenk und Knochensystem nicht nach gewöhnlichem Maße belastet werden darf. Der Fortschritt muß schrittweise geschehen. Die aktiven Übungen erfordern noch weit mehr als die passiven eine aufmerksame Kontrolle der Atmungs- und Zirkulationsorgane. Bei sämtlichen Übungen empfiehlt sich legere Kleidung. Alles, was Hals und Leib beengt, muß entfernt werden. Der Raum sei weder zu kalt noch zu warm. Am besten entsprechen 16—17° C. (Schluß folgt.)

Referate.

J. ORTH (Berlin): Die Morphologie der Krebse und die parasitäre Theorie.

Das wesentliche bei allen Krebsen, primären wie sekundären, sind die Krebszellen; ohne Krebszellen keine Krebsmetastasen („Berliner klin. Wochenschrift", 1905, Nr. 12). Zur Erklärung der Metastasenbildung brauchen wir keine Parasiten, dazu reichen wachstumsfähige Krebszellen vollkommen aus. Eine Analogie der Krebsmetastasen mit den metastatischen Eiterungen, Tuberkelbildungen oder sonstigen infektiösen Granulomwucherungen, liegt nicht vor, somit kann auch kein Analogieschluß auf eine parasitäre Entstehung des Krebses gemacht werden. Die gelungenen Übertragungen von Krebs auf ein anderes Individuum können ohne Zuhilfenahme der Parasitentheorie durch die Annahme einer durch übertragene Zellen vermittelten Metastase auf ein anderes Individuum erklärt werden. Was von Parasiten bisher beschrieben worden ist, ist noch weit entfernt davon, für wissenschaftliche Theorien eine geeignete Grundlage zu bieten — oder mit anderen Worten: die parasitäre Theorie schwebt für die Krebse immer noch völlig in der Luft. B.

BECKER (Rostock): Isolierte Schußverletzung des Pankreas, durch Operation geheilt.

Verf. liefert einen sehr interessanten Beitrag zur Kasuistik der verhältnismäßig so seltenen Pankreasverletzung, der um so eher Anspruch auf Beachtung hat, als die Verletzung des Pankreas ganz isoliert blieb, was bei der geschützten Lage des Pankreas zu den größten Seltenheiten gehört. Es handelte sich um ein 26jähriges Mädchen, das durch einen Revolverschuß verletzt wurde; es wurden die Zeichen einer intraperitonealen Blutung gefunden und eine Stunde nach der Verletzung die Laparotomie ausgeführt. Nach Entfernung der Blutgerinnsel wurde in dem abnorm beweglichen Schwanzende des Pankreas ein Schußkanal gefunden, aus dem es mäßig blutete. Mit Ausnahme einer leichten Kontusion der Magenwand fand sich sonst keine Verletzung vor. Die Blutung konnte leicht durch tiefgreifende Nähte gestillt werden. Tamponade der Pankreasgegend (BRUNS' Beitr., Bd. 44, Nr. 3). Der Verlauf war ein günstiger. Durch die Drainagestelle entleerte sich Sekret, in dem sowohl ein saccharifizierendes als auch ein Eiweiß verdauendes und Fett spaltendes Ferment nachzuweisen war, das also als Pankreassekret festgestellt wurde. Die Sekretion des Pankreassaftes durch die Fistel blieb viele Wochen bestehen. Der glückliche Zufall des Isoliertbleibens der Verletzung ist höchstwahrscheinlich dem Umstande zuzuschreiben, daß der Magen zur Zeit der Verletzung leer und kontrakt war, so daß das in diesem Falle abnorm bewegliche Pankreas frei lag. ERDHEIM.

DRYDEN STEAD (London): Über klinische Resultate mit Ektogan ZnO_2.

Ektogan (Zinksuperoxyd) ist ein vortreffliches Mittel für die Behandlung von chirurgischen Wunden; es ist weder toxisch noch kaustisch, es läßt sich durch Hitze sterilisieren, es entwickelt kontinuierlich Sauerstoff, wenn es in Berührung mit Wunden kommt, es ist nicht teurer als Dermatol oder Jodoform („Ulster Medical Society", 1905). In Form von Pulver, Gaze oder Salbe wirkt Ektogan vortrefflich bei Behandlung von frischen Wunden, von infizierten Wunden, von torpiden Wunden, von Ekzema und Hautentzündung. Bei Uterus- und Vaginalverbänden vertritt Ektogangaze vorteilhaft die aseptische gewöhnliche und die Jodoformgaze. Das Mittel wird in Gegenwart von Feuchtigkeit und einer organischen Säure zersetzt und erzeugt naszierenden Sauerstoff oder Ozon. Die lokale Hervorbringung von aktivem Sauerstoff in Berührung mit einem Geschwüre z. B. erschien Verf. als eine viel versprechende Behandlungsweise. Seine Methode bestand darin, daß er 1 *g* Ektogan und 6 *g* Gerbsäure getrennt abwog und dieselben direkt vor der Anwendung auf einem Stückchen trockener, hygroskopischer Watte, etwas größer als das Geschwür, vermengte. Dann drückte er den Verband mittelst einer Anzahl von Streifen aus Heftpflaster in der Breite von einem Zoll fest an das Geschwür an. Die Erfolge waren durchwegs zufriedenstellend. G.

HUGO STARCK (Heidelberg): Fremdkörperextraktion im Ösophagoskop.

Das sicherste diagnostische Mittel zur Erkenntnis eines steckengebliebenen Fremdkörpers ist die Ösophagoskopie; unterstützend wirken die Röntgendurchleuchtung und die Sondierung mit der Divertikelsonde oder dem dicken weichen Magenschlauch. Nur die Ösophagoskopie orientiert uns über die topographische Lage des Fremdkörpers, deren Kenntnis für jede Art der Extraktion von Bedeutung ist. Die ösophagoskopische Untersuchung hat stets und möglichst frühzeitig zu geschehen. Die schonendste und sicherste Therapie der Fremdkörper jeder Tiefe ist möglichst frühzeitige Extraktion im Ösophagoskop („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 9). Jeder andere Extraktionsversuch, jede gewaltsame Sondierung, jeder Versuch, den Körper in den Magen zu stoßen, ist zu vermeiden. Ge-

lingt die Extraktion des Fremdkörpers im Ösophagoskop nicht, dann soll bei hochsitzenden Fremdkörpern die Ösophagotomie, bei tiefsitzenden die Gastrotomie ausgeführt werden. G.

G. HOHMANN (München): **Zur Behandlung des Schiefhalses.**

Verf. schlägt („Zeitschr. f. orthopädische Chirurgie", Bd. 13, H. 1) zur Behandlung des Schiefhalses an Stelle der üblichen Operationsverfahren vor, den Sternocleidomastoideus nicht am sternomuskulären Ansatze, sondern an seiner Insertion am Warzenfortsatze zu durchschneiden. Die Technik dieser Methode ist sehr einfach. Unter Anspannung des verkürzten Kopfnickers legt man einen etwa 3 *cm* langen Hautschnitt auf dem Muskel selbst parallel seiner Verlaufsrichtung an, der ungefähr bei der Insertion am Warzenfortsatz beginnt. Faszie und Platysma werden durchtrennt, der Sternocleidomastoideus freigelegt und auf dem KOCHERschen Elevatorium durchtrennt. Sind alle Stränge durchschnitten, so wird der Kopf ausgiebig redressiert. Die kleine Hautwunde wird genäht und zweimal 24 Stunden mit Sublimatdocht drainiert. Zur Fixierung des Operationsresultates wird ein Gipsverband angelegt, der Brust und Stirn zirkulär umgreift und unter Freilassung der Kehlkopfgegend den Kopf in leichter Überkorrektur hält. 10 Tage nach der Operation werden die Nähte durch ein Fenster entfernt. Der Verband selbst bleibt 14 Tage liegen. Dann beginnt die Nachbehandlung, auf die besonderes Gewicht zu legen ist. Dazu dient eine Halskrawatte aus Zelluloidstahldraht, die in überkorrigierter Stellung des Kopfes 14 Tage lang Tag und Nacht getragen wird. Die Vorzüge dieses Verfahrens liegen in der Verlegung der Narbe in die Haar- und Ohrgrenze, was allen kosmetischen Ansprüchen, selbst bei Mädchen, vollkommen genügt. In noch weit höherem Maße geschieht dies durch das Erhaltenbleiben der normalen Halskonturen. Aber auch der funktionelle Effekt der Durchtrennung des Sternocleidomastoideus an seinem oberen Ansatze ist wesentlich besser als bei den bisher üblichen Operationsverfahren an seinem unteren Ende. Das Redressement ist leichter und vollkommener durchführbar, die Rezidivgefahr bedeutend verringert. GRÜNBAUM.

ROCHARD (Paris): **Pankreaskrebs.**

ROCHARD hebt die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Pankreaskrebs und Cholelithiasis hervor („Gazette des hôpitaux", 1904, Nr. 139). In dem besprochenen Falle wurde die Diagnose, Pankreaskrebs mit Sicherheit gestellt, obgleich keine Geschwulst tastbar war. Es handelte sich um einen 67jährigen Mann, der an Leibschmerzen, langsam zunehmendem Ikterus und intensivem Prurigo litt. Urin und Stuhl entsprachen dem cholämischen Status. Die Temperatur war stets normal. Der Kranke magerte stark ab. Koliken bestanden nicht. ROCHARD diagnostizierte eine den Choledochus komprimierende Neubildung. Die Operation bestätigte diese Ansicht. Außerdem bestand eine rechtsseitige Hydronephrose. Die Gallenblase war stark erweitert, aber durch Verwachsungen unter die Leber verzogen. Der Kranke starb wenige Stunden nach der Operation. J. ST.

ROBIN (Warschau): **Über das Verhalten des Pepsins bei verschiedenen Magenkrankheiten.**

Verf. leugnet einen Parallelismus zwischen der Ausscheidung von HCl und Pepsin („Archiv f. Verdauungskr.", Bd. 10, Heft 3). Bei normalen HCl-Zahlen begegnen wir am häufigsten normalen, oft gesteigerten, mitunter verringerten Pepsinmengen. Bei Hyperazidität finden wir in einem Teil der Fälle normale, in einem Teil gesteigerte, mitunter aber auch verringerte Pepsinmengen. Beim Magengeschwür verhalten sich die Pepsinzahlen ähnlich wie bei Hyperazidität. Bei schleimigem Magenkatarrh beobachten wir fast immer normale Pepsinquantitäten (17mal in 19 Fällen). Bei Übergang von Ulcus ventriculi in Karzinom vermindern sich vor allem die Quantitäten der freien HCl, dagegen die des Pepsins erst im Laufe der Zeit. Zentrale Nervenleiden (Tabes dorsalis, Hypochondrie) können einen Einfluß auf die Pepsinsekretion ausüben. Bei Magenkarzinom sind die Pepsinzahlen meist niedrig und schwanken zwischen 0 und 36; man findet aber auch normale Mengen und gänzliches Fehlen von Pepsin. Die Konstatierung von normalen oder gesteigerten Pepsinmengen bei Mangel an freier HCl erlaubt nicht, das Vorhandensein von Magenkarzinom auszuschließen. Bei der bislang von den Autoren sogenannten „Achylia gastrica simplex" begegnen wir totalem Ausbleiben von Pepsin ebenso häufig (in einer Hälfte der Fälle), wie sehr niedrigen Zahlen desselben, hie und da findet man etwas beträchtlichere Mengen (bis 36%), die aber nie an die normalen heranreichen. Auf Grund der Pepsinzahl allein sind wir nicht imstande, Magenkarzinom von „Achylia simplex" zu unterscheiden. Ein vollständiges Aufhören der Sekretion des Saftes im Magen (Achylia gastrica completa), unabhängig von Karzinom, beobachtete Verf. bei Individuen im Alter von 32—56 Jahren. Es ist ferner die Existenz einer besonderen Krankheitsform anzunehmen, die durch eine gesteigerte Pepsinsekretion bei normaler HCl-Menge charakterisiert wird („Hyperpepsinia"). Die Bezeichnungen Anachlorhydria, Anaziditas, Apepsinia, Achylia müssen genau auseinandergehalten werden. L.

MANDEL und LUSK (New-York): **Stoffwechselbeobachtungen an einem Falle von Diabetes mellitus.**

Ein Diabetiker mit nur geringer Azidose, zeigte bei Fleisch-Fettkost ein konstantes Dextrose-Stickstoffverhältnis im Harn, das 3·65 : 1 betrug, also genau das von Phloridzinhunden war. Dieses Verhältnis wurde durch Fettverdauung oder Fettstoffwechsel nicht beeinflußt („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 81, H. 4 u. 5). Fünfundachtzig Prozent verfütterter Stärke und achtzig Prozent verfütterter Lävulose wurden als Zucker wieder ausgeschieden. Aussetzen der Kohlenhydrate bei gleicher Fleisch-Fettdiät hatte keinen Einfluß auf die Stickstoffausscheidung im Harn, es bestand demnach totale Kohlenhydratintoleranz. Assimilation für Fleisch und Fett war gut, da nur 4% der verbrauchten Energie an Nahrung wieder im Kot erschienen. Der Harnstoff verlief in normaler Ausscheidung. Die Sulphate gingen dem Eiweißstoffwechsel parallel. Die Phosphate wurden, wie auch sonst beim Diabetes, hoch gefunden. Die CLOWESsche Formel für die physiko-chemische Bestimmung des Harnzuckers hat sich in diesem Falle nicht bewährt. BR.

MOUCHET (Paris): **Die RIGAsche Krankheit.**

Diese seltene Erkrankung, die zuerst 1881 von RIGA in Neapel beschrieben worden ist, besteht in einer diphtherieartigen Ulzeration am Frenulum der Zunge 6—18 Monate alter Säuglinge („Gazette des hopitaux", 1904, Nr. 16). Das Geschwür ist etwa linsengroß, prominiert etwas und hat meist einen glatten Rand. Es ist stets einfach. Der Mund ist sonst frei von Ulzerationen. MOUCHET unterscheidet zwei Formen: Die eine wird bei Kindern mit scharfen Schneidezähnen beobachtet, die andere bei Kindern mit schwerer Gastroenteritis. Doch handelt es sich niemals um eine infektiöse Erkrankung, sondern nur um eine lokale, durch Irritation bedingte Läsion. Die Behandlung besteht in Ätzung mit Jodtinktur oder Argentum nitricum. Nur in seltenen Fällen ist es notwendig, die Exzision des Geschwürchens mit nachfolgender Naht vorzunehmen. J. ST.

BRATKOW (Kiew): **Beitrag zur Frage der Anwendung des elektrischen Lichts in der Gynäkologie.**

BRATKOW berichtet über die Krankengeschichten von 11 Frauen, die mit verschiedenen entzündlichen Erkrankungen der Genitalsphäre (Salpingo-Oophoritis, Periparametritis, Metritis, Endometritis, Erosiones port. vagin., Kolpitis, Retroversio, Retroflexio uteri fixata et mobilis) behaftet waren („Wratschebnaja Gazetta", 1904, Nr. 38) und bei denen die Lichtbehandlung mit Erfolg angewendet wurde. Dieselbe ergab: 1. Konstante Verringerung der Schmerzhaftigkeit bis zum vollständigen Verschwinden derselben, 2. eine Modifikation des Charakters der Schmerzen, wenn solche bestanden und dann Beseitigung derselben, 3. Verheilung der Erosionen. Wenn eine Verringerung der Entzündung an den Organen nicht konstatiert wurde, so war dies vielleicht darauf zurückzuführen, daß die Kranken, sobald sie sich von den Schmerzen und vom Weißfluß befreit fühlten, die Behandlung abbrachen. Als Lichtquelle wurde unter anderem die Lampe von Dr. MININ mit einer Lichtstärke von 15 Kerzen verwendet. L—y.



Kleine Mitteilungen.

— Die **Behandlung des Ulcus rodens** erörtert SHEILD („Clinic-Journ.", 1905). Prophylaktisch sind Warzen, Pigmentmäler etc. bei Leuten jenseits der vierziger Jahre zu exstirpieren, sobald sie beginnen, zu wachsen, wund zu werden oder nur zu irritieren. Die Behandlung solcher Warzen mit Ätzmitteln ist zu verwerfen. Ein ausgebildetes Ulcus rodens ist mit dem Messer im Gesunden zu entfernen, so lange es möglich ist. Die Wunde wird durch Lappenverschiebung oder nach THIERSCH gedeckt. Größere Geschwüre werden teilweise ausgeschnitten, der Rest ausgekratzt und mit Ätzpasta behandelt. Über die Lichtbehandlung sind die Akten noch nicht geschlossen. Am wirksamsten scheinen die Röntgenstrahlen zu sein, aber auch sie eignen sich nicht für Geschwüre mit harten, aufgeworfenen Rändern, während flache, ganz oberflächliche Geschwüre leichter heilen. Die Dauerresultate der Lichtbehandlung sind keineswegs besser als die nach Exzision, Ausschabung oder Ätzung. Die Lichtbehandlung ist langwierig, kostspielig und unsicher. Manchmal tritt Röntgendermatitis auf, die schlimmer sein kann als die Grundkrankheit. Radium ist noch unsicherer in der Wirkung und kann überhaupt nur bei ganz kleinen Geschwüren zur Anwendung kommen. Die Lichtbehandlung sollte demnach nur dann versucht werden, wenn die Kranken die Operation verweigern.

— Über **Epitheliombehandlung** berichtet MIBELLE („Monatsh. f. prakt. Derm.", Bd. 39). Mit einer direkt aufgetragenen flüssigen, alkoholischen Arsenikmischung kann man das Hautepitheliom radikal heilen. Diese Methode ist aber nur dann indiziert, wenn keine ausgesprochene Bösartigkeit vorliegt. Zuweilen kommt es zu Rezidiven, welche aber unter Arsenikbehandlung wieder heilen. Die Alkoholäthermischung, unter fixem Verbande appliziert, ist unter allen Anwendungsweisen der As_2O_3 diejenige, welche die besten Resultate gibt.

— Nach den Erfahrungen von PISARSKI („Therap. Monatsh.", 1904, Nr. 10) ist das **Veronal** ein gutes Schlafmittel, das in der langen Reihe der Schlafmittel einen der ersten Plätze einnimmt. Von einem guten Mittel verlangt man, daß es rasch, sicher, unschädlich, und ohne daß sich der Kranke unangenehm fühlt, wirke, und Veronal besitzt diese Eigenschaften in hohem Grade. Es wirkt rasch, denn nach einer Gabe von 0·50 bis 1 *g* kommt der Schlaf in ungefähr einer Stunde. Es wirkt auch sicher, wenn man es entsprechend reicht. Man muß bedenken, daß Veronal ausschließlich hypnotisch wirkt, es wirkt beruhigend (Sedativum), aber nicht schmerzstillend; und nur wenn physische Beschwerden von sehr kleiner Intensität vorhanden sind, kann man einen Erfolg nach Anwendung von Veronal hoffen. Die sichere Wirkung des Veronal hängt auch von der Form, in welcher es verwendet wird, ab. Verf. hat es auf verschiedene Art, in heißem Tee, in Milch, in Wein aufgelöst, in Pulverform, in Oblaten, in Tabletten, per Rektum, in Stuhlzäpfchen oder Einläufen und als subkutane Injektion gereicht. Am raschesten wirkt Veronal, wenn man es in heißem Tee auflöst. Die Stuhlzäpfchen aus Kakaobutter haben sich als am wenigsten wirksam erwiesen; viel besser haben die Einläufe gewirkt, man muß aber die Dosis im Klysma auf wenigstens 1·50 erhöhen. Zur subkutanen Injektion nimmt Verf. folgende Lösung: Rp. Veronal 1·0, Alkohol absol. 15·0, Aq. dest. 35·0; davon die Hälfte einzuspritzen.

— Zur **Frakturenbehandlung durch temporäre Annagelung** berichtet NIEHAUS („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 73, H. 1). Verf. empfiehlt für die Behandlung der Frakturen des unteren Humerusendes besonders im Kindesalter die temporäre Annagelung der Fragmente. Zur Erlangung eines übersichtlichen und vollkommen ausreichenden Zuganges wird die Streckermasse samt dem Olekranon, letzteres durch temporäre Resektion, umgeklappt. Nach Reposition der Fragmente werden dieselben mit Nägeln fixiert und nun der Haut-, Muskel-, Olekranonlappen in seine normale Lage zurückgebracht. Am 4. bis 7. Tage, je nach dem Alter und allgemeinen Befinden des Patienten, werden die Nägel, deren Kopfenden frei aus der Wunde hervorragen, mit einer starken Zange durch Zug unter leicht drehenden Bewegungen entfernt. Die Fragmente sind schon so fest verwachsen, daß man den Arm nur mit einem einfachen sterilen Schutzverband wieder zu binden hat. Das osteoplastische Ulnastück heilt ohne weiteres wie jede genähte Olekranonfraktur. Für die Annagelung benutzt NIEHAUS vernickelte Stahlnägel verschiedener Länge und Dicke mit vierkantiger Spitze. Für jede feste und sichere Fixation sind jedenfalls zwei Nägel notwendig, da sonst eine Drehung und Verschiebung des einen Fragments um einen einzigen Nagel als Achse immer möglich ist. Einzig und allein durch das Anlegen von zwei Nägeln erzielt man eine vollkommene und sichere Koaptation.

— Das **Empyroform** nennt KORNFELD („Zentralbl. f. d. ges. Therap.", 1904, Nr. 12) ein wertvolles Therapeutikum für die dermatologische Praxis, insoferne es in hervorragendem Maße juckstillende und austrocknende Eigenschaften entfaltet. Das Präparat besitzt ferner den Vorzug, weder lokale Reizungen, noch allgemeine Intoxikationen hervorzurufen, wie mitunter der reine Teer, so daß es als ein vortreffliches Ersatzmittel des letzteren gelten kann. Vor diesem hat es den Vorzug der nahezu völligen Geruchlosigkeit, der weniger intensiven Farbe und der dadurch bedingten größeren Schonung der Wäsche voraus. Mit Hilfe des Empyroforms gelingt es schließlich, Patienten, welche sonst den Teer absolut nicht vertragen, allmählich an diesen zu gewöhnen und dessen Nutzen in Wirksamkeit treten zu lassen.

— Die **Behandlung der Hydrokele** mit Reffnähten bespricht KLAPP („Deutsche Ztschr. f. Chir.", Bd. 74). Man spaltet den Hydrokelensack an seinem vorderen Umfange. Nachdem die Flüssigkeit abgeflossen ist, krempelt man sich den Sack aus der Hautwunde hervor und beginnt nun mit feinen Seidennähten, welche nur die Tunica vag. propr. fassen, die Hüllen zu reffen. Man sticht zu diesem Zwecke mit der Nadel am durchschnittenen Rande derselben ein, in Abständen von ca. 1—2 *cm* aus, wieder ein etc., so daß eine richtige Reffnaht der Hüllen auf diese Weise zustande kommt. Durch das Zusammenziehen dieser Reffnähte werden die Hüllen der Hydrokele faltenartig zusammengezogen, und zwar in der Weise, daß die serösen Flächen der Tunica vag. propr. aufeinander liegen und aufeinander gepreßt werden. Dann wird das Konvolut aus Hoden und und gefalteten Hüllen ins Skrotum zurückgebracht und die Haut genäht. Möglichst kleine Schnitte sind empfehlenswert.

— In seiner Publikation „Der Schiffsarzt des Norddeutschen Lloyd" bespricht BRENNING („Allg. Med. Zentral-Ztg.", 1904, Nr. 51) u. a. die Einrichtung und Ausstattung einer Schiffsapotheke. Dieselbe richtet sich in erster Linie darnach, welche Krankheiten vorzugsweise an Bord zur Beobachtung kommen. Das Hauptleiden ist natürlich die **Seekrankheit.** Hier hat sich von den zahllosen dagegen empfohlenen und versuchten Mitteln bei weitem am besten das Validol bewährt, das auch ganz kürzlich wieder von anderer Seite als das beste Mittel gegen Seekrankheit empfohlen worden ist. In ausgedehntem Maße hat Verf. von diesem Mittel in der Praxis aurea, d. h. bei den Kajütspassagieren, Gebrauch gemacht und hier in vielen hunderten von Fällen, wenigstens bei weiblichen Patienten, die günstigsten Resultate gesehen, wenn er 8—15 Tropfen Validol mehrmals täglich auf einem Stück Zucker verabfolgte. Bei Männern hilft oftmals ein Glas Bier besser als alle Medikamente.

— Über die Verwendung der **Vibrationsmassage zur Ausführung von Schmierkuren** berichtet REINHOLD LEDERMANN („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 12). Die anzuwendende Massagerolle besteht aus einem Griff, welcher auf die Kugel des Universalapparates aufgeschraubt wird. Von diesem Griff gehen zwei seitliche Stahlbügel aus, zwischen deren peripheren Enden die entweder aus porösem oder glattem Porzellan oder aus Hartgummi hergestellte Rolle eingehängt ist. Die Rolle ist an den Seiten abgerundet. Je nach der Partie, welche eingerieben werden soll, können größere oder kleinere Rollen verwendet werden. Die Art der Anwendung ist so, daß der einzureibende Körperteil zunächst mit dem bestimmten Salbenquantum bestrichen wird, dann nimmt der Wärter den Universalmassagehandgriff in die Hand, öffnet den Strom und fährt unter leichten gleitenden Bewegungen mit der Rolle nach verschiedenen Richtungen hin und her. Es findet dadurch eine gleichmäßige, schnelle Verteilung der Salbe auf der Haut statt, und bei richtiger Anwendung scheint nach 10—12 Minuten die Haut mattglänzend und fast trocken. Die bisher bei Verwendung des Apparates benutzte Salbe war das Resorbinquecksilber.

— Die **Behandlung der Bubonen** an der NEISSERschen Klinik beschreibt KLINGMÜLLER („Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung", 1905,



Nr. 22). Sind keine Eiterherde vorhanden, so macht man feuchte Verbände, für gewöhnlich mit essigsaurer Tonerde (1 : 8) oder besser noch Spiritus (50%). Ganz besonders gut würde sich ohne Frage für diese Fälle der von der Firma Helfenberg, Dresden, in den Handel gebrachte Alkoholcellit, ein bequemer und sehr handlicher Alkoholverband, eignen. Liegt die Vermutung nahe, daß schon geringe Abszedierung eingetreten ist, so versucht man zunächst dasselbe Verfahren. Wird in 3—4 Tagen kein wesentlicher Erfolg erzielt, so punktiere man mit einem spitzen Messer, drücke den Eiter sorgfältig heraus, injiziere 5—10% Jodoformvaseline, welche erwärmt und in flüssigem Zustande ebenfalls unter starkem Druck in die Abszeßhöhle injiziert wird. In letzter Zeit gebraucht man an der NEISSERschen Klinik statt der stark riechenden Jodoformvaseline mit demselben Erfolge 10% Protargolvaseline, etwa zwei- bis dreimal nach jeweiligen Pausen von mehreren Tagen. Diese Injektionsverfahren eignen sich auch für ambulante Behandlung, selbst für Fälle, bei denen die Eiterung relativ bedeutend ist. Ist die Haut nekrotisch, so schreitet man zur Operation. Man entfernt die Hautdecke, soweit sie vom Abszeß unterminiert ist, dann mit Schere und Löffel die nekrotischen Gewebs- oder Drüsenreste und verbindet dann trocken oder feucht mit Jodoform- oder Protargolgaze.

Literarische Anzeigen.

Die Errichtung geburtshilflicher Polikliniken an Hebammenschulen. Ihre Bedeutung für die Ausbildung der Hebammen und für die allgemeine Hygiene. Von **Dr. Fritz Frank**, Direktor der provisorischen Hebammenlehranstalt in Köln. Berlin 1904, J. Karger.

In der vorliegenden Broschüre tritt, wie schon der Titel andeutet, der Verfasser für den poliklinischen Unterricht der Hebammen ein, bei dem allein sie in den Stand gesetzt werden, jene Verhältnisse kennen zu lernen, unter denen sich ihr späterer Beruf abspielt. Er bespricht die Kosten und die Organisation solcher geburtshilflichen Polikliniken, die notwendigen hygienischen Maßnahmen und teilt schließlich die Ergebnisse der zehnjährigen Tätigkeit der Poliklinik Köln mit. Es ist selbstverständlich, daß der Autor auch alle jene Einwände zu entkräften sucht, welche von Seiten der praktizierenden Hebammen und von Seiten der praktischen Ärzte gegen die Polikliniken erhoben wurden und noch erhoben werden. Nicht genügend widerlegt sind aber die Bedenken, welche den äußeren mangelhaften Verhältnissen in bezug auf Wohnung, Reinlichkeit, Pflege entspringen und insbesondere dann von schwerwiegenderer Bedeutung werden, wenn sich im letzten Momente unvorhergesehene Komplikationen ergeben. FISCHER.

Die Zeitalter der Chemie in Wort und Bild. Von **Dr. Albert Stange.** Leipzig 1904, Paul Schimmelwitz.

Verf. schildert „in chronologischer Reihenfolge das Entstehen, die Entwicklung und den jetzigen Stand der Chemie in Wort und Bild". Die vorliegende 1. Lieferung enthält eine Abhandlung über die Naturgeschichte des PLINIUS, ferner über die philosophischen Anschauungen der Griechen und die Frage nach den Elementen mit Porträts des ARISTOTELES, GALENUS, PYTHAGORAS, HIPPOKRATES und anderer großen Forscher. Wir sehen mit Interesse den weiteren Lieferungen dieses literarischen Unternehmens entgegen. A.

Bewahre dein Kind vor Erkrankungen! Ein Ratgeber für jede Familie. Von **Dr. Hugo Goldman**, Bergarzt in Brennberg. Halle a. S. 1904, Karl Marhold.

Das Buch zeichnet sich durch strenges Einhalten der einer populären Darstellung medizinischer Themen gezogenen Grenzen, durch richtige Betonung aller der Familie zukommenden prophylaktisch-hygienischen Maßregeln, durch angenehm fließenden Stil und im großen und ganzen durch Richtigkeit der in ihm vertretenen Anschauungen aus. Einige Stellen, wie die Empfehlung der (nicht ganz gleichgültigen) Mundwaschungen beim Neugebornen sowie das Eintreten für besonders starke Verdünnungen der Kuhmilch (bis zum 9. Monat) wären zu beanstanden. Jedenfalls steht das Buch weit über dem Durchschnitt ähnlicher Arbeiten. NEURATH.

Feuilleton.

Über die Haftpflicht der Ärzte.

Von **Dr. Max Ellmann**, Wien.

(Fortsetzung.)

Wir wollen jetzt eingehend die Rechtspflichten des Arztes besprechen.

Durch die Übernahme der Behandlung geht der Arzt einen Vertrag ein, es ist daher seine Pflicht, denselben einzuhalten. Der Vertrag verpflichtet den Arzt wie einen jeden, der einen Vertrag eingeht, zu sorgfältiger Ausübung seiner Pflicht. Diese Pflicht besteht im allgemeinen — besondere Pflichten angestellter Ärzte können wir außer Betracht lassen — in der sorgfältigen Untersuchung des Kranken und der zweckentsprechenden Anordnung resp. in der zweckentsprechenden Ausführung etwaiger nötiger Eingriffe. Da zur zweckentsprechenden Behandlung eine richtige Diagnose nötig ist, eine richtige Diagnose ohne genaue Untersuchung meist aber unmöglich ist, ist es die erste Rechtspflicht des Arztes, wie STOOSS richtig bemerkt *), sorgfältig zu untersuchen. „Wer aus Fahrlässigkeit eine falsche Diagnose stellt und demgemäß den Patienten falsch, wenn auch äußerlich kunstgerecht behandelt, handelt fahrlässig" und verletzt seine Vertragspflicht.

Die Fahrlässigkeit in der Untersuchung läßt sich selbstverständlich nicht immer leicht feststellen. Wenn aber jemand, ohne den Kranken gesehen zu haben, denselben behandelt, so ist die Fahrlässigkeit offenbar.

Der Arzt ist nicht verpflichtet, alles zu wissen und zu können. Versteht er aber z. B. nicht genügend Augenheilkunde, so ist es seine Pflicht, einen Arzt beizuziehen, der Augenheilkunde versteht. Jeder Arzt muß die Grenzen seines Wissens und Könnens selbst einsehen und danach handeln.

Der Vertrag zwischen Arzt und Kranken wird gewöhnlich stillschweigend geschlossen. Der Vertrag besagt nur: ich, der Kranke, vertraue mich Dir, dem Arzte, an, und werde ich Dich für Deine Mühe entschädigen. Der Arzt verpflichtet sich zur gewissenhaften Behandlung, jedoch nicht zur Herbeiführung eines bestimmten Erfolges. Leider kommt es nicht selten vor, daß der Arzt einen solchen Erfolg verspricht. In zwei Wochen sind Sie gesund, die Behandlung ist ungefährlich etc. Vorsicht ist hier am Platze. Verspricht der Arzt einen Erfolg und ein solcher tritt nicht ein, so ist er haftbar nach § 1300, da ein Arzt, der aus Versehen einen nachteiligen Rat erteilt hat, den Schaden zu ersetzen hat, der durch die Befolgung dieses Rates entsteht. Das Versehen besteht darin, daß kein Arzt mit voller Sicherheit den Erfolg der Behandlung voraussagen kann und darf. Tritt daher bei dieser Voraussage nicht die Heilung ein, sondern eine Verschlimmerung des Leidens oder der Tod, so muß der Arzt den Schaden tragen.

Der oberste Gerichtshof hat in einer Entscheidung vom 20. April 1904, Z. 5721, ausdrücklich betont, daß das Verschulden des Arztes darin besteht, daß er den Kranken durch eine der Wahrheit nicht entsprechende Zusicherung bewog, sich der Behandlung zu unterziehen, welcher sich derselbe, abgesehen hiervon, nicht unterzogen hätte.

Auch § 878 des a. b. G. B. könnte herangezogen werden, der besagt: was nicht geleistet werden kann, was geradezu unmöglich ist, kann kein Gegenstand eines gültigen Vertrages sein. Wer einen anderen durch dergleichen Zusagen täuscht, wer ihn aus schuldbarer Unwissenheit verkürzt, der bleibt dafür verantwortlich.

Würde der Arzt den Einwand machen, daß die Leistung nicht unmöglich ist, so würde dem Arzte um so mehr die Pflicht erwachsen, die vereinbarte Leistung auch wirklich zu vollbringen. Tritt hingegen

*) KARL STOOSS, Chirurgische Operation und ärztliche Behandlung. Berlin 898, M. Liebmann, pag. 51 ff.



der Erfolg deshalb nicht ein, weil das Verschulden des Kranken oder ein mit der Behandlung nicht zusammenhängendes Ereignis, z. B. eine Pneumonie, den Erfolg vereitelt, dann ist der Arzt nicht haftpflichtig. Denn nur bei widerrechtlicher deliktischer Handlung tritt die Haftbarkeit auch dann ein, wenn die Handlung nur eine der Ursachen war.

Ebenso kann gegebenenfalls § 871 angewendet werden, welcher besagt: Wenn ein Teil von dem anderen Teile durch falsche Angaben irregeführt worden und der Irrtum die Hauptsache oder eine wesentliche Beschaffenheit derselben betrifft, worauf die Absicht vorzüglich gerichtet und erklärt worden, da entsteht für den Irregeführten keine Verbindlichkeit.

Es machen daher eine ganze Reihe von Bestimmungen dem Arzte die Wahrheit zur Pflicht. Es ist aber ersichtlich, daß hier das Gesetz und das Leben resp. die Gebote der Humanität nicht übereinstimmen. Es wäre wohl grausam, wenn der Richter die Worte des Arztes: Sie werden in einigen Wochen gesund sein, auch dann für rechtsverbindlich auffassen würde, wenn hierdurch der unheilbar Kranke getröstet werden soll. Nur ohne Not darf der Arzt den Kranken nicht täuschen.

Rabel[5]) sagt: Wenn der Arzt dem Kranken aus Schonung die Gefahr verschweigt und vielleicht an sich gerechtfertigte pekuniäre Beeinflussungen des Kranken gering achtet, so tut er das in Befolgung des Grundsatze: Salus aegroti suprema lex esto. Am Juristen ist es nicht, die Entscheidung über solche unwägbare Motive mit der Paragraphenelle zu überprüfen.

Stooss[6]) hingegen sagt: Kritisch scheint der Fall zu sein, wenn der Arzt befürchten muß, eine offene Darlegung des Zustandes, in dem sich der Patient befindet, und der Behandlung, die der Zustand erfordert, könnte das Befinden des Patienten ungünstig beeinflussen. Allein rechtlich ist die Lösung dieses Falles klar. Da die Einwilligung des Patienten zu der Behandlung, die der Arzt vorschlägt, nur dann rechtlich wirksam ist, wenn sie auf Grund eines wahrheitsgemäßen Berichtes des Arztes erteilt wird, und da die Einwilligung des Patienten zu der Behandlung wertlos ist, wenn der Patient durch den Arzt über seinen Zustand und über die Aussichten der Behandlung getäuscht worden ist, so ist es Pflicht des Arztes, den Patienten, dessen Zustimmung zu der Behandlung er verlangt, rückhaltlos, wenn auch gewiß in schonender Form, die Wahrheit zu sagen. Die Wahrheit hat übrigens selbst in einem solchen Falle trotz aller Bitterkeit eine gesunde Kraft; sie wird den Patienten nicht stärker angreifen als die halbe Wahrheit, die zur anderen Hälfte Unwahrheit ist.

Stooss sieht sich aber genötigt, der Wirklichkeit, die es nicht nur mit heroischen Naturen zu tun hat, Konzessionen zu machen. Er fügt hinzu: Findet der Arzt, der Kranke sei nicht imstande, die Wahrheit zu ertragen, so soll er dem Kranken überhaupt keine Einwilligung zu der Behandlung zumuten und sich an dessen Angehörige wenden, im Notfalle aber nach pflichtgemäßem Ermessen handeln. Stooss vermag also auch nicht den Widerspruch zwischen dem Gesetz und dem Leben zu lösen. Ist die Einwilligung des Kranken Voraussetzung zum Eingriff und daher Wahrheit dem Kranken gegenüber nach dem Gesetze nötig, so kann die Einwilligung der Angehörigen, wenn der Kranke eigenberechtigt ist, die Einwilligung des Kranken nicht ersetzen, noch weniger darf der Arzt ohne jede vorherige Einwilligung nach seinem Ermessen handeln.

Das Gesetz hat eben in seinen Bestimmungen das allgemeine Verkehrsleben im Auge mit seinen meist genau meßbaren und bewertbaren Gütern. Der Arzt hat es aber mit lebenden Menschen zu tun, die Güter, die ihm anvertraut werden, sind nicht meß- oder wägbar, nicht mit Geld genau zu bewerten, diese Güter sind Gesundheit und Leben des Kranken. Nicht nur objektive Momente bestimmen den Arzt und sein Handeln, sondern subjektive, nämlich die Psyche und gar noch die Psyche des Kranken, das ist eines nicht normalen Menschen. Sind aber die Güter, die beim ärztlichen Berufe in Frage kommen, mit den gewöhnlichen Gütern des Verkehres nicht vergleichbar, so dürfen auch die Gesetzesbestimmungen, welche dem gewöhnlichen Verkehr angepaßt sind, nicht ohne weiteres auf das ärztliche Berufsleben angewendet werden.

Vom Arzte fordert man Humanität, daher auch weitgehendste Schonung des Kranken. Der Richter hätte sich daher zu fragen: wie würde ich in diesem Falle gehandelt haben, wie würde ich wünschen, daß der Arzt in einem solchen Falle mir oder meinen Angehörigen gegenüber handeln möge. Findet der Richter, daß der Arzt menschlich nicht richtig gehandelt hat, dann, aber nur dann kann und darf er die Gesetzesbestimmungen verwerten. Bei der heutigen Prozeßform hat der Richter die Möglichkeit, so vorzugehen; ob er aber so vorgehen würde, ist allerdings sehr die Frage.

Wir müssen festhalten, daß der Arzt verpflichtet ist, nicht ohne triftigen Grund den Kranken zu täuschen; wenn der Arzt eine gefährliche Operation wegen eines leichten, ungefährlichen Leidens empfiehlt, ohne dem Kranken die Tragweite klar gemacht zu haben, dann ist er haftbar; empfiehlt er bei einem lebensgefährlichen Leiden eine schwere Operation, durch die allein das Leben gerettet oder verlängert werden kann, ohne von der Schwere des Eingriffes den Kranken verständigt zu haben, da er hierdurch dem Kranken zu schaden fürchtet, dann hat der Arzt seine Pflicht getan und soll nicht haftbar gemacht werden.

Der ärztliche Vertrag hat aber außerdem noch gewisse Eigentümlichkeiten, die ihn von allen Verträgen unterscheiden. In erster Linie dadurch, daß er ohne den Willen des Arztes geschlossen werden kann und ferner dadurch, daß der Arzt sich kein Honorar vom Kranken ausbedingen darf.

Durch den Berufszwang, der in den oben erwähnten Hofkanzleidekreten statuiert ist, ist der Arzt nicht immer freier Vertragsteil. Es gebührt ihm auch, wenn er dem Berufszwang gehorcht, eine entsprechende Entschädigung. Jedenfalls hat er aber, wenn er nur infolge des Berufszwanges eingreift, dieselben Pflichten wie sonst, er ist daher auch für ein Verschulden haftbar. Das ist jedenfalls ein etwas anomaler Zustand, der aber in der Auffassung des ärztlichen Berufes als eines im öffentlichen Interesse wirkenden begründet erscheint. Die weitere Konsequenz aus dieser Auffassung, daß die Gesamtheit, in deren Interesse er dem Berufszwang unterworfen ist, auch gegebenenfalls für die Entschädigung der ärztlichen Mühewaltung aufzukommen hätte, hat man zu ziehen vergessen.

Da die Dekrete über den Berufszwang Gesetzeskraft haben, so würde der Arzt, der dem Berufszwang nicht folgt, auch die zivilrechtlichen Folgen aus seiner Weigerung zu tragen haben.

Ich will hier nicht des Näheren auf die Frage des Berufszwanges eingehen, sondern nur bemerken, daß Strafrechtslehrer, wie Herbst und Wahlberg, nur dann ein strafrechtliches Vergehen anerkennen, wenn andere ärztliche Hilfe nicht zu beschaffen war. Es würde daher auch im Zivilprozeß dem Beschädigten die Aufgabe obliegen, nachzuweisen, daß er in diesem Falle keine andere ärztliche Hilfe auftreiben konnte und daß ihm aus der Weigerung des Arztes zur Hilfeleistung ein Schaden erwachsen ist.

Nur so nebenbei sei bemerkt, daß nach § 879, Punkt 2, ein Vertrag ungültig ist, wenn der Arzt von dem Kranken für die Übernahme einer Kur eine bestimmte Belohnung bedingt.

Wir wollen weitere Grundbestimmungen des Vertrages untersuchen. Der Kranke vertraut sich dem Arzt an, die Leistung des Arztes ist eine persönliche. Da § 1163 die Bestimmungen über die Verträge über Dienstleistungen auch auf Ärzte ausdehnt, ein Dienstvertrag aber persönliche Leistung voraussetzt, so wäre demnach der Arzt verpflichtet, immer persönlich zu behandeln. Das ist aber wieder praktisch unmöglich. Der Arzt kann nicht ein- für allemal über seine Zeit disponieren, der Berufszwang verbindet ihn, namentlich bei Gefahr, Hilfe zu leisten, so daß er nicht persönlich seinen Verpflichtungen den anderen Kranken gegenüber nachkommen kann. Der Arzt ist selbst der Erholung bedürftig und muß seine Tätigkeit unterbrechen, wenn er sich nicht aufreiben will. Es ist allgemeiner Brauch und dieser Brauch wird wohl als Gewohnheitsrecht gegebenenfalls vom Richter anerkannt werden müssen, daß Ärzte sich von Kollegen vertreten lassen. Den Vertreter muß der Kranke selbstverständlich nicht annehmen. Versäumt aber der Arzt, den Kranken zu verständigen, daß er ihn nicht weiter persönlich behandeln kann, dann

[5]) L. c. pag. 36.
[6]) L. c. pag. 30 ff.

ist er dafür haftbar, wenn der Kranke im Vertrauen auf das Versprechen des Arztes versäumt, einen anderen Arzt herbeizuholen, der Arzt macht sich dadurch aber auch eventuell nach § 358 St. G. B. einer Vernachlässigung des Kranken schuldig. Der Arzt ist aber für seinen Vertreter insofern haftbar, als er die Pflicht hat, sich einen geeigneten, verläßlichen Vertreter zu wählen.

Das sind aber Normen, die sich herausgebildet haben, die nicht im Gesetze stehen: In dem Augenblicke, wo ein Arzt auf Urlaub geht, kündigt er eigentlich die Verträge. Wenn ein Arzt ferner die weitere Behandlung eines Kranken aus welchem Grunde immer ablehnt, kündigt er den Vertrag. Ist er hierzu berechtigt? Die tägliche Erfahrung lehrt, daß Kranke ihren Arzt wechseln, niemand wird darin einen Vertragsbruch erblicken. Wenn auch der Vertrag des Arztes durch den Berufszwang ein einseitiger ist, so wird kein Einsichtiger der Meinung sein können, daß der Berufszwang den Arzt verpflichte, mehr als die nötige, augenblickliche Hilfe zu leisten, zumal wenn der Kranke sich auch andere ärztliche Hilfe verschaffen kann. Kann der Kranke dem Arzt jeden Augenblick kündigen, so muß der Arzt auch dem Kranken kündigen dürfen.

Das Gesetz erlaubt aber dem Arzte eine solche Kündigung nicht ausdrücklich.

In dem allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch ist für Dienstverträge eine Kündigung nicht vorhergesehen. Das Gewerbegesetz, das Handelsgesetz, die Advokaten- und Notariatsordnung, die Gesinde- und Dienstbotenordnung regelten diese Frage für die betreffenden Berufsarten nachträglich. Nur auf das Kündigungsrecht der Ärzte hat man vergessen. Es unterliegt aber wohl keinem Zweifel, daß man den Ärzten analog den anderen, im § 1163 angeführten Berufsarten, wie Rechtsfreunden, Faktoren, Künstlern etc. ein Kündigungsrecht zusprechen muß.

Im deutschen bürgerlichen Gesetzbuch ist den Ärzten wie anderen Personen, die Dienste höherer Art leisten, die auf Grund besonderen Vertrauens übertragen zu werden pflegen, die Kündigung, zu jeder Zeit ohne irgend eine Voraussetzung ermöglicht. Nur darf nicht zur Unzeit gekündigt werden, das heißt der Dienstberechtigte muß sich diese Dienste anderweitig beschaffen können (§ 627 B. S. B für das Deutsche Reich).

Ähnlich würde die Auffassung auch bei uns sein müssen — dem Gebrauche entsprechend. Sie dürfen daher nicht eine Hilfeleistung unterbrechen, Sie dürfen nicht plötzlich ausbleiben, ohne den Kranken Zeit zu lassen, sich einen andern Arzt zu holen. Sie sind sogar verpflichtet, dem andern Arzte alles mitzuteilen, was er zur weiteren Behandlung des Kranken wissen muß. Sonst trifft Sie der Schaden.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

I.

Bier (Bonn): **Über das Verfahren der Stauungshyperämie bei akut entzündlichen Krankheiten.** (Mit Demonstrationen.)

Vortr. zeigt zunächst die Anwendung der Saugapparate, wie er sie in Form eines großen Glastrichters anwendet, der vermittelst eines Gummiballes luftdünn gemacht wird. Die Patientinnen sollen das Gefühl haben, als ob die Brust „zum Platzen voll ist", aber keine Schmerzen empfinden. Mit bloßer Ansaugung begnügt sich Bier bei den akuten Entzündungen. Ist bereits eine Abszedierung eingetreten, so werden einige kleine Stichinzisionen gemacht, keine breite Spaltung, bevor die Saugbehandlung eingeleitet wird. Bei Furunkeln, Karbunkeln werden alle größeren Inzisionen vermieden. Vortr. demonstriert zuerst einen Patienten mit einer Achseldrüsenvereiterung, dem er nach Anlegung eines Schröpfkopfes den kleinen Saugapparat appliziert. Dann einen Fall von Fingerphlegmone, bei dem er die Stauungshyperämie nach seiner bekannten Methode der elastischen Umschnürung vornimmt. Die Stauungsbinde soll bei akuten Entzündungen 10—22 Stunden liegen. Bier fürchtet nicht die großen Ödeme, die starke Injektion und Rötung der Lymphgefäße, nicht eine häufig auftretende erysipelatöse Erscheinung bis zur Stauungsbinde hinauf. Vortr. demonstriert dann noch eine größere Reihe von Erkrankungen, die er mit Stauungshyperämie behandelt und betont, daß man durch dieses Verfahren in die Lage versetzt werde, die Tamponade einer eitrigen Wunde, z. B. die Tamponade nach der Inzision bei Sehnenscheidenphlegmonen, die er für absolut schädlich hält, zu unterlassen. An einem Fall von akuter Mittelohreiterung zeigt Bier die Anwendung des Verfahrens mittelst elastischer Umschnürung des Halses, die er auch womöglich 22 Stunden lang liegen läßt. Von 18 solchen Fällen hat er 12 absolut geheilt. Die übrigen 6 waren zum Teil Cholesteatome oder mit Sequestern kompliziert.

Küster (Marburg): **Ein Fall von örtlicher Anwendung des Tetanus-Antitoxins.** (Heilung.)

Es handelte sich um einen Aufseher im v. Behringschen Institut in Marburg, der schon zweimal einen Tetanus überstanden hatte. Er hatte sich an der rechten Hand mit sehr virulenten Kulturen nach Verletzung infiziert. Die Wunde wurde ausgewaschen und mit Tetanusantitoxin berieselt. Nach kurzer Zeit ausgesprochener Tetanus des rechten Armes. Nun wurden die Nerven der rechten Achselhöhle freigelegt und in jeden Nervenstamm Antitoxin in die Mitte der Nerven hineingespritzt, bis dieser deutlich aufquoll. Die Wunde wurde primär genäht. Die Erscheinungen gingen bald zurück, nach 12 Stunden war ein vollständiges Aufhören der Muskelstarre zu konstatieren. Küster erklärt sich diese prompte Wirkung durch eine Sperre des Gifttransportes von der Peripherie nach dem Zentrum. Nur ganz leichte Erscheinungen in der Kaumuskulatur zeigten, daß vielleicht schon ein geringer Transport des Giftes in das Rückenmark stattgefunden hatte, der aber nicht ausreichte, schwere Allgemeinerscheinungen hervorzurufen.

F. König (Berlin) fragt, ob der Patient Allgemeinerscheinungen, Trismus etc., gehabt habe.

Küster ergänzt dahin, daß Trismus zu konstatieren war.

Hertel (Graz) spricht über einen Tetanusfall, der auf der v. Hackerschen Klinik mit Antitoxin behandelt wurde, aber zugrunde gegangen ist.

Braun (Göttingen) fragt den Vortragenden, wie man sich in den Fällen von allgemeinem Tetanus mit schweren Symptomen verhalten solle, wo und wie man dort die Injektionen zu machen habe.

Küster stellt diesen Fällen keine günstigen Aussichten, sie werden wohl kaum zu retten sein, er habe auch nur die Fälle im Auge gehabt, bei denen der Tetanus noch lokal beschränkt sei und man durch die Injektionen in die Nervenbahn die Weiterinfektion verhüten kann.

F. König (Berlin) erinnert daran, daß man nicht selten mit Freuden sehen kann, wie auch ohne alle Antitoxininjektionen ein Tetanus ausheilt.

Jordan (Heidelberg): **Über renale und perirenale Abszesse nach Furunkeln oder sonstigen kleinen peripheren Eiterherden.**

Jordan hat 12 solcher Fälle beobachten und operieren können. Sie betrafen meist nur eine Niere und waren fast alle Solitärabszesse. Vortragender erörtert die Allgemeinerscheinungen, die zu den sonderbarsten diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben, und macht auf die geringen spezifisch diagnostischen Symptome aufmerksam, Vergrößerung der Niere, Druckschmerz unterhalb der 12. Rippe. Er betont die Wichtigkeit der Frühdiagnose und rät dringend ab, eventuell warten zu wollen, bis ein vermuteter Abszeß nach außen gerückt oder dem Durchbruch sich zugeneigt habe. Solche hämatogene Abszesse hält Jordan für häufiger, als man anzunehmen geneigt ist.

J. Israel (Berlin) betont die Schwierigkeit der Entschließung zur Operation, wenn kein positiver Urinbefund zu erheben ist, ihm sei dies aber in allen Fällen gelungen. Als Eingangspforte der Infektion hat er in einem Falle die Nasenschleimhaut beobachtet.

Riedel (Jena) und **Schnitzler** (Wien) ergänzen diese Beobachtungen.

Heile (Breslau): **Über Autolyse als Heilfaktor in der Chirurgie.**

Nach einigen einleitenden Worten über die Wichtigkeit des Zerfalls der Zellprodukte, Enzyme und des Freiwerdens ihrer Fermente, deren Bindung an die Leukozyten ihm als absolut sicher erscheint, berichtet Vortragender über einige Experimente, die darauf hinzielten, Leukozyten an einen bestimmten Ort durch Einspritzen einer 1%igen Nukleinsäure anzuhäufen und diese dann durch Einwirkung der Röntgenstrahlen zu zerstören. — In diesem Zellenzerfall und dem Freiwerden der Fermente sieht Heile den Wert des Bierschen Stauungsverfahrens.

Heineke (Leipzig): **Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Knochenmark.**

Vortragender ist der Meinung, daß es durch Röntgenbestrahlung fast in allen Fällen von Leukämie gelingt, eine erhebliche Besserung, in keinem aber eine Heilung zu erzielen. Er demonstriert an Tafeln

die Veränderungen im Knochenmark, die durch Bestrahlung eintreten, den sichtbaren Fortschritt der Regeneration der Knochenmarkzellen schon nach einmaliger längerer Bestrahlung. Zwar werde es beim Menschen nicht möglich sein, die zerstörten Markzellen durch fortgesetzte Bestrahlungen vollkommen zu regenerieren, da der Bestrahlung an sich schon durch die Hautveränderungen Grenzen gesetzt sind, doch ist in allen Fällen die Röntgenbestrahlung ein hervorragend palliatives Mittel, das man nicht unversucht lassen sollte. H. hat in fast allen Fällen einen Rückgang der Symptome konstatieren können.

---

22. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

II.

Hamburger (Wien): **Eine energetische Vererbungstheorie.**

Die Immunitätsforschung hat das Gesetz von der Arteinheit erwiesen, indem sie uns nicht nur diejenigen Antikörper kennen gelehrt hat, welche nach Injektion von Bakterien im Organismus entstehen, sondern auch diejenigen, welche durch Injektion von tierischen Zellen sich bilden. Dieses Gesetz besagt, daß der Eiweißaufbau der verschiedensten Zellen eines Organismus ein artgleicher ist. Durch weitere logische Deduktion kommt man dann zu einem Gesetz von der Rassen- und Individualeinheit, d. h. jeder Organismus ist in allen seinen Zellen art-, rassen- und individualcharakteristisch aufgebaut. Die Geschlechtszellen übertragen diesen spezifischen Eiweißaufbau durch Assimilation der extrazellular liegenden Nahrung auf alle Zellen des neuen Organismus, so auch die eigenartige tuberkulöse Zellendisposition. Der chronische Alkoholismus schädigt alle Zellen gleichmäßig und dabei auch die Geschlechtszellen, die wiederum die in ihnen bewirkten Veränderungen auf den neuen Organismus vererben.

Rothschild (Soden): **Der angeborene Thorax paralyticus.**

Der angeborene Thorax paralyticus ist prinzipiell zu trennen von der infolge der Konsumtion im Spätstadium der Phthise auftretenden Abmagerungsform des Brustkorbes. Der angeborene Thorax paralyticus ist charakterisiert durch geringen Brustumfang, geringe Tiefenentwicklung, geringe Sternumentwicklung, flügelförmiges Abstehen der Schulterblätter, verbreiterte Interkostalräume, Tiefstand der Klavikeln, Abflachung und eventuell Immobilisierung des Sternalwinkels. Der Thorax paralyticus geht der Phthiseentwicklung voraus, bildet einen dispositionellen Faktor für ihre Entstehung. Die mangelhafte Tiefenentwicklung der Brust bedingt Verkümmerungen, Verkrümmungen, Abknickungen des Bronchus apicalis posterior im Sinne Birch-Hirschfelds. Zugleich verhindert das Festwerden — die vorzeitige Verknöcherung des Sternalgelenkes — eine genügende Herzentwicklung, daher das kleine Herz der Phthisiker. Hat man durch spirometrische, sternogoniometrische und metrische Bestimmungen die mangelhafte Brustkorbentwicklung festgestellt, so ist durch entsprechende Behandlung, durch Atmungsgymnastik, Massage und Faradisation der Inspirationsmuskeln eine bessere Atmungstätigkeit herbeizuführen. Die chirurgische Trennung eines immobilen Sternalgelenkes ist erwägenswert.

Aufrecht (Magdeburg) hat bei 50 Leichen die Stellung der ersten Rippe zum Sternum untersucht. Je spitzer der Winkel, desto ausgesprochener die tuberkulöse Erkrankung. Es gibt einen ererbten Thorax paralyticus, der vor Ausbruch der Erkrankung schon besteht. Ererbte Anlage und Lungentuberkulose aber ist nicht nachweisbar. Die Phthise der Eltern überträgt sich nicht auf die Kinder, sondern nur ihr disponierendes Moment: die Skrofulose der Halsdrüsen. Wenn diese durch entzündliche Schwellung nekrotisch geworden sind, dann erst gehen die Tuberkelbazillen ins Blut und in die Lungen.

Hofbauer (Wien): Als morphologische Grundlage des phthisischen Thorax ist von Freund u. a. die zu geringe Ausbildung der oberen Brustapertur nachgewiesen worden, die Genese derselben aber blieb unbekannt. Sie wird verständlich bei Berücksichtigung des Umstandes, daß normaliter die flache, frequente Atmung (des Säuglings) während der Entwicklung in die vertiefte, langsame Respiration (des Erwachsenen) übergeht, die Vertiefung aber fast lediglich durch Heranziehung der kostalen Atmung geschieht. Beim Ausbleiben der letzteren entwickeln sich die oberen Thoraxabschnitte schlecht, dann ist die extreme Atmungsgröße gering, bei häufiger Inanspruchnahme hingegen werden Thoraxentwicklung und Atmungsgröße zufriedenstellend, wie zahlreiche Messungen beweisen. Die vermehrte Kostalatmung bewirkt durch die infolge der respiratorischen Druckschwankungen eintretende Aspiration resp. Austreibung von Blut und Lymphe eine bessere Ernährung der Lungenspitzen neben der besseren Lüftung derselben und damit eine Herabsetzung der „Disposition" zur Erkrankung.

Lennhoff (Berlin) hat in einer Heilstätte für lungenkranke Kinder sehr häufig den Thorax paralyticus beobachtet, der Sternalwinkel ist sehr klein und die Bewegungen desselben sind sehr gering oder ganz aufgehoben. Das Mißverhältnis zwischen Brustumfang und Körperlänge ist sehr auffallend.

v. Hansemann (Berlin) macht darauf aufmerksam, daß der Sternalwinkel nur etwas Sekundäres sei. Angeboren ist nicht er, sondern die Stenose der oberen Brustapertur durch Verkürzung des Knorpels der ersten Rippe. Es ist A. W. Freunds Verdienst, die richtige Deutung der Verhältnisse gefunden zu haben.

Turban (Davos): Die Tuberkulose geht bei den Angehörigen einer Familie immer von einer bestimmten Stelle aus, der rechten oder linken Spitze, die offenbar als Locus minoris resistentiae vererbt wird.

v. Schrötter (Wien) lenkt die Aufmerksamkeit auf die von der Tuberkulosekonferenz in Kopenhagen 1903 auf seine Anregung hin beschlossene Statistikerhebung über die Disposition zur Tuberkulose.

Diskussion über die Referate Ziegler und Martius.

v. Poehl (St. Petersburg) empfiehlt zur Feststellung einer toxischen Keimschädigung den Zeehuisen'schen Harnkoeffizienten (Verhältnis der Harnsäuremenge zum Gehalt der Phosphorsäure als Dinatriumphosphat im Harn). Dieser Harnkoeffizient, der unter normalen Bedingungen sehr geringe Schwankungen aufweist (0·2—0·35), ist für das einzelne Individuum ceteris paribus ungemein konstant. Der erworbene hohe Zeehuisensche Koeffizient bei Alkoholismus, Gicht etc. läßt sich verhältnismäßig leicht herabsetzen. Es gibt jedoch Individuen, bei welchen dieser Koeffizient nur bis zu einem gewissen Grade und sehr schwer therapeutisch zu beeinflussen ist. Dieser Umstand steht fast immer mit einer hereditären Disposition in Verbindung.

Lorand (Karlsbad): Personen oder Tiere, deren Schilddrüse degeneriert ist oder durch Operation entfernt wurde, bleiben im Wachstum zurück, ebenso auch ihre Nachkommen. Diese sowie auch die Kinder von Eltern mit kachektischen Krankheiten, in welchen die Schilddrüse häufig degeneriert gefunden wird, sind ebenso wie schilddrüsenlose Tiere allen möglichen Infektionen sehr leicht zugänglich. Kongenitales Myxödem und Infantilismus ist bei ihnen sehr häufig, und Skrofulose und Tuberkulose finden bei ihnen einen äußerst günstigen Boden. Pathologische Zustände der Blutgefäßdrüsen vererben sich in der Regel, wovon die Häufigkeit der Vererbung bei Erkrankungen der Blutgefäßdrüsen herrührt (Basedow, Myxödem, Akromegalie).

Lüthje (Tübingen) macht Mitteilungen über eine Reihe von merkwürdigen Erscheinungen, denen er bei Inzuchtversuchen mit reinrassigen Dalmatinerhunden begegnete. Es fanden sich Imbezillität, Taubheit und bei einzelnen Hunden der jüngeren Generation Verhältnisse der Wasseraufnahme und Wasserausscheidung, die man als Diabetes insipidus bezeichnen könnte. So schied eine Hündin pro Tag 3 *l* Harn und mehr aus. Bei einem Hunde der jüngsten Generation zeigten sich merkwürdige Wachstumsverhältnisse: der Hund wiegt 24 *kg*, während seine Geschwister nur 10—12 *kg* wiegen; er ist außerordentlich starkknochig und hat ein sehr reichliches Fettpolster; dabei ist er imbezill und taub. Sehr auffallend waren ferner die hohen Harnsäurezahlen bei den Inzuchthunden: dieselben betragen bis zum 10fachen der Menge, die man bei normalen Hunden findet. Einer von diesen Hunden mit hoher Harnsäureausscheidung bekam vor einem halben Jahre Hinken. Das betreffende Bein wurde amputiert und es fand sich im Kniegelenk eine ziemlich ausgebreitete Knorpelusur und an einer anderen Stelle kristallinische Ablagerungen, die sich aber bisher nicht sicher haben identifizieren lassen.

Müller de la Fuente (Schlangenbad) berichtet über einen Fall hereditärer Lues, in dem seiner Meinung nach eine direkte syphilitische Vererbung durch Infektion des väterlichen Keimplasmas vorlag.

Michaelis (Bad Rehberg) blickt auf eine 40jährige Beobachtung der Tuberkulösen in einem umschriebenen Landbezirk zurück. In 70% aller Fälle ist eine familiäre Verbreitung nachweisbar. Gesunde Personen, welche in solche Familien hineingeheiratet haben, sind trotz des Todes des Ehegatten und der Nachkommenschaft gesund geblieben.

Neuburger (Frankfurt a. M.) kann in einer großen Reihe von Familien die Krankheitsvererbung 80 Jahre zurückverfolgen! Dabei hat sich herausgestellt, daß für eine stattliche Zahl von Krankheiten eine angeborene, erbliche Anlage nachweisbar ist, nicht nur für Tuberkulose, sondern auch für Karzinom, Diabetes, Schrumpfniere, Basedow, die Sklerose der Koronararterien u. a. m. Aber sowohl bei Tuberkulose wie bei Karzinom kann der vererbte Keim in der dritten oder vierten Generation vollkommen erlöschen.

Stäubli (München) berichtet über Untersuchungen an Meerschweinchen bezüglich des Agglutiningehaltes von Föten, die von einem mit Typhus vorbehandelten Muttertiere stammten. Es hat sich ergeben, daß es sich nicht um eine Vererbung der Eigenschaft, Agglutinine zu bilden, handelt, sondern um den Übergang der Agglutinine durch die Plazenta des Muttertieres auf die Föten. Daher die Immunität.

Albrecht (Frankfurt a. M.) führt des längeren aus, daß auf das Verhalten der Chromosome keine Vererbungstheorie gegründet werden könne. Auch die toxische Keimschädigung ist bisher nur statistisch deduziert, aber nicht biologisch erwiesen. Für die Frage der Übertragung erblicher Eigenschaften muß die Möglichkeit offen gehalten werden, daß durch gewisse chemische Veränderungen der Keimzellen die Eigentümlichkeiten derselben bedingt werden.

Rostocki (Würzburg) berichtet über Versuche an Kaninchen, bei denen nach Vorbehandlung mit Typhuskulturen durch Pilokarpininjektionen eine Vermehrung der Agglutinine im Blute hervorgerufen wird. Diese Fähigkeit wird auf die Jungen einer immunisierten Mutter nicht vererbt, sondern auf plazentarem Wege übertragen.

Martius und **Ziegler**: Schlußwort.

Notizen.

Wien, 29. April 1905.

Samuel Siegfried Karl R. v. Basch †.
1837—1905.

Der Experimentalpathologe v. BASCH ist am 25. d. M. ins Grab gesunken. Ein Leben reich an Schicksalen, reich an Arbeit, des inneren Dranges voll nach Wahrheit und Erkenntnis, ein Forscherdasein nur dem Forschen lebend, selbstlos und entsagend, es liegt abgeschlossen vor uns da.

In der Schule BRÜCKEs und KARL LUDWIGs aufgewachsen, hat sich v. BASCH zu einem Experimentator entwickelt, dessen Erfindungsgabe und Dexterität bewunderungswürdig waren. Rastlos in der Vervollkommnung und Variierung der experimentellen Methodik, kannte er kein Ermüden, wenn ihm ein Problem vorgeschwebt. Mit zäher Festigkeit hielt er daran fest, bis zur Vollendung nach ihm strebend, darauf zielend. Und mochten auch darüber Jahre entschwinden, seine Zuversicht ist nie erlahmt, ein Hindernis, es stählte seine Kraft zu neuem Sinnen, neuem Schaffen.

v. BASCH war am 9. September 1837 zu Prag geboren. Er studierte in Prag und Wien, wurde in Wien 1862 zum Doktor der Medizin promoviert und diente als Sekundararzt im Wiener allgemeinen Krankenhause unter DITTEL, JAEGER, TÜRCK, KOLISKO und HALLER von 1861—1865. In diesem Jahre ist er bekanntlich mit dem Erzherzog Ferdinand Max nach Mexiko gegangen. Die Erinnerungen an diese Zeit der Mühsal und Bedrängnis hat er 1868 in einem vielgelesenen Buche niedergelegt. Auch in wissenschaftlicher Hinsicht ist sein Aufenthalt in Mexiko erfolgreich gewesen: Die „Untersuchungen über Dysenterie" (1868) lassen v. BASCH als einen der Mitbegründer der zu so hoher Bedeutung angewachsenen bakteriologischen Wissenschaft erscheinen.

Nach Wien zurückgekehrt, hat sich v. BASCH im Jahre 1870 habilitiert, 1877 ist er zum Extraordinarius, im Jahre 1900 zum ordentlichen Professor für Experimentalpathologie ernannt wurde. Der Poliklinik gehörte er seit deren Begründung als Abteilungsvorstand an. Die Dezennien seit jener inhaltsreichen Episode in Mexiko sind Jahre des Fleißes, Jahre unausgesetzter Arbeit gewesen. Im Sommer Praktiker in Marienbad, kehrte v. BASCH jedesmal im Herbste wissensdurstig und schaffensfreudig in die bescheidenen Räume seines Laboratoriums zurück. Er hat namentlich die Lehre vom Kreislauf gefördert und erweitert; die Zahl der Fragen aus diesem Gebiete, die er mit seinen Schülern gelöst, ist groß, überraschend groß zu nennen. Die Zirkulation in ihrer Beziehung zur Atmung, die Nikotinwirkung, die Innervation des Uterus, die Physiologie des Darms und des chylopoetischen Apparates sind durch ihn in zahlreichen Experimentalarbeiten durchforscht und bearbeitet worden. Sein Lieblingsproblem, die Blutdruckmessung am Menschen aber, hat ihn noch in jüngster Zeit beschäftigt, nachdem er schon vor einem Vierteljahrhunderte den ersten für die Klinik geeigneten Meßapparat, sein Sphygmomanometer, angegeben. Mit geradezu rührender Emsigkeit und Sorgfalt nützte er die Fortschritte der physiologischen Erkenntnis, um die Mängel seines Apparates zu mindern und zu mildern, zumal in den letzten Jahren, die so ergiebig waren an Vorrichtungen zur Messung des Blutdrucks am Menschen.

Nur wer v. BASCH genau gekannt, konnte ihn auch nach Verdienst würdigen, diesen anspruchslosen, nur zu leichtgläubigen, immer grübelnden, stillen, weltfremden und bescheidenen Mann, dem Leben und Streben in Eins zusammenflossen, der, von schwerer Krankheit gebeugt, noch mit lebhaftem Geiste und niemals erkaltender Hingebung seine Probleme verfolgte und, ein müder Greis, mit jugendlichem, selbst übersprudelndem Eifer seine Meinung verfocht.

Eine große Zahl von Schülern ist durch ihn belehrt, gefördert worden. Er hat es, wie nur wenige, verstanden, seine Begeisterung für die Rätsel der Pathologie seinen Schülern einzuflössen und mit dem warmen Forschergeiste, der ihn selbst erfüllte, die Jünger anzueifern, zu beseelen.

Weit über die Grenzen seines Vaterlandes hinaus ist sein Name gekannt, geachtet und geehrt. Er wird immer und immer wieder genannt werden, wo die Lehre vom Kreislaufe in wissenschaftlicher Beleuchtung dargestellt wird, wo ein Forscher Probleme der Zirkulationspathologie aufwirft, verfolgt und zu lösen sucht. BRAUN.

(Universitätsnachrichten.) In München hat sich ein Komitee zur Errichtung eines ZIEMSSEN-Denkmals gebildet, welch letzteres in den Krankenhausanlagen aufgestellt werden soll. — Der Privatdozent Dr. PENSKI in Charkow ist zum a. o. Professor ernannt worden. — Der Privatdozent für Hygiene in Berlin Dr. SPITTA hat den Professortitel erhalten.

(Personalien.) Der Direktor der chirurgischen Abteilung des Allerheiligenhospitals in Breslau Geh. San.-Rat Dr. RIEGNER tritt in den Ruhestand. — Der Prosektor am städtischen Krankenhause Moabit in Berlin Stabsarzt a. D. und Privatdozent Dr. WESTENHOEFFER ist vom Kultusministerium zum Studium der epidemischen Genickstarre nach Ober-Schlesien entsendet worden. — Der Bezirksarzt in Suczawa WOLFGANG BRUNSTEIN hat den Titel und Charakter eines Oberbezirksarztes, der Bezirksarzt in Czernowitz Dr. ADOLF WOLF das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — Dr. JOHANN APPEL ist zum Primararzt I. Kl., Dr. ANTON BINDER zum Primararzte II. Kl. im Status der Wiener städtischen Humanitätsanstalten ernannt worden.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. JOSEF ULRICH ist in den Ruhestand versetzt worden und hat bei diesem Anlasse den Charakter eines Generalstabsarztes ad honores und den Orden der Eisernen Krone III. Kl. erhalten, Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. JOSEF DUBSKY ist in den Ruhestand versetzt worden. — Reg.-A. I. Kl. Dr. ALFRED WEISSKOPF hat das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Maßnahmen gegen die Weiterverbreitung der epidemischen Genickstarre.) Die politischen Landesbehörden in Böhmen, Mähren, Schlesien und Galizien sind vom Ministerium des Innern eingeladen worden, sich über den Umfang der im benachbarten Auslande herrschenden Epidemie in geeigneter Weise zu informieren, die unterstehenden politischen Behörden mit den erforderlichen Weisungen zu versehen, insbesondere auf Bereithaltung entsprechender Isolierlokalitäten und der notwendigen Desinfektionsmittel in den Gemeinden zu dringen, die Anzeigepflicht einzuschärfen etc. und über die getroffenen Verfügungen zu berichten. In Galizien sind der Bakteriologe PAUL KUČERA sowie der Primararzt STANISLAUS GRUBER mit den Erhebungen und wissenschaftlichen Studien beschäftigt. Nach Schlesien wurde Prof. ANTON GHON mit der gleichen Aufgabe entsendet. In Schlesien sind Erkrankungen an Genickstarre bisher in den politischen Bezirken Bielitz, Friedeck, Freistadt, Wagstadt und in der Stadt Friedeck beobachtet worden. Die Gesamtzahl der bisher vorgekommenen Todesfälle beträgt 21 unter 64 Erkrankungen. In Galizien sind seit 31. Januar und bis 8. April d. J. in 78 zu 21 politischen Bezirken gehörenden Gemeinden 437 Erkrankungen und 188 Todesfälle vorgekommen. Bis zum 8. April sind 97 Kranke genesen, am 8. April 152 im Krankenstande verblieben.

(Der VII. internationale Kongreß für Unfallverhütung und Arbeiterversicherung) wird vom 17. bis 23. September 1905 in Wien tagen. Den Hauptraum der Verhandlungen wird die Invaliditäts- und Altersversicherung einnehmen. Der Kongreß wird es sich auch angelegen sein lassen, eine internationale Unfallstatistik einzurichten.

(Statistik.) Vom 16. bis inklusive 22. April 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7921 Personen behandelt. Hiervon wurden 1722 entlassen, 199 sind gestorben (10·3% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 93, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 10, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 78, Scharlach 56, Masern 392, Keuchhusten 60, Rotlauf 55, Wochenbettfieber 3, Röteln 66, Mumps 22, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 801 Personen gestorben (+ 71 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Hofarzt I. Kl. Regierungsrat Dr. FRIEDRICH ALLMAYER und der Professor der Zoologie an der Wiener technischen Hochschule Med. Dr. ANDREAS KORNHUBER, im Alter von 83 Jahren; in Triest der Chefarzt des Österreichischen Lloyd Dr. ARTURO CASTIGLIONI im 74. Lebensjahre; in Granada der Professor der externen Pathologie Dr. E. GARCIA DUARTE.

Das Erwachen des Frühlings wird stets von der ganzen Menschheit mit Ungeduld erwartet; ist es doch die Zeit, wo man die dem Körper durch die winterliche Lebensweise zugefügten Unbilden wett zu machen, durch eine Frühlingskur sich zu regenerieren gedenkt. Man greift in diesem Falle meist zu den von der Natur selbst gebotenen Mitteln, den natürlichen Mineralwässern, wobei **„Mattonis Gießhübler Sauerbrunn"** ganz besonders bevorzugt wird, dessen Versand auch während dieses Winters fast gar nicht ruhte und in Gänze heuer viel früher aufgenommen werden mußte als in den vorigen Jahren; es hat dies eben darin seinen Grund, weil „Mattonis Gießhübler" nicht nur als ein vorzügliches Heilwasser gegen viele im Frühjahr auftretenden Beschwerden sich seit langem bewährte, sondern weil dieser Naturtrank auch ob der äußerst günstigen natürlichen Gruppierung seiner mineralischen Bestandteile und seines hohen Kohlensäuregehaltes als ein Regenerativ ersten Ranges bezeichnet werden kann.

Aus den Mitteilungen verschiedener Autoren über **Dr. Michaelis' Eichel-Kakao** geht Folgendes hervor: Eichel-Kakao ist — besonders mit Wasser gekocht — ein ausgezeichnetes Antidiarrhöikum bei chronischen Durchfällen. Als ein ausgesprochenes Tonikum äußert Eichel-Kakao seine verstopfende Wirkung nur da, wo Digestionsstörungen bestehen, während er da, wo dies nicht der Fall ist, auch keine verstopfende Wirkung ausübt. Eichel-Kakao ist — mit Milch zubereitet — ein wertvolles tägliches diätetisches Getränk, das wegen seines großen Nährwertes, seiner leichten Verdaulichkeit und seines angenehmen schokoladeartigen Geschmackes einen zweckmäßigen Ersatz für Tee und Kaffee darbietet. Als tägliches Getränk wirkt Eichel-Kakao in bezug auf Störungen der Verdauungsorgane prophylaktisch, indem er dieselben in normalem Zustande erhält. Die Verordnung von Eichel-Kakao als tägliches Getränk empfiehlt sich besonders für rachitische, skrofulöse und schwächliche Kinder, selbst für Säuglinge bei Reizzuständen des Magens und Darms zeitweise als Ersatz der Milch; ferner für junge Mädchen in den Entwicklungsjahren, bei Bleichsucht, für Typhus-Rekonvaleszenten, bei den diarrhoischen Zuständen der Phthisiker, bei Nikotinintoxikation durch übermäßigen Tabakgenuß sowie für Personen jeden Alters mit geschwächter Verdauung.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

E. Monin, Médecine de l'enfance. Paris 1905, A. Maloine.

Baumgarten u. **Tangl,** Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathog. Mikroorganismen. 18. Jahrg. 1902. Leipzig 1905, S. Hirzel.

W. Ebstein, Jahresbericht ü. d. Fortschritte der inneren Medizin. 1901. 3. H. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 4·—.

J. Haedicke, Die Leukozyten als Parasiten der Wirbeltiere. Landsberg a. W. 1905, Fr. Schaeffer & Ko.

L. Hoche u. **R. Hoche,** Ärztl. Rechtsbuch. Hamburg 1905, Gebr. Lüdeking.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Mediz. Presse" als Beilage, das April-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Über Malariarezidive."** Von **Doz. Dr. A. Strasser,** Wien und **Dr. H. Wolf,** Preblau-Wien und **„Die mechanische Behandlung des Emphysems".** Von **Dr. Heinrich Wolf,** Preblau-Wien. — Ferner liegt der gesamten Auflage ein Prospekt der **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Isoform, ein neues Dauerantiseptikum und Desodorans" bei.** Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 7. Mai 1905. Nr. 19.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse"** zu Wien, I., **Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Polymyositis acuta haemorrhagica.

Von **Prof. Dr. J. Hnátek**, Direktor der k. k. böhmischen Universitäts-Poliklinik in Prag.

Typische Fälle dieser bis jetzt rätselhaften Krankheit sind bis zum heutigen Tage so selten, daß ihre Symptomatologie aus jedem einzelnen kasuistischen Beitrag Nutzen ziehen kann. Diese Seltenheit des Vorkommens bildet auch den Grund, warum die nicht hinreichend typischen Fälle manche diagnostischen Schwierigkeiten bieten, u. zw. um so mehr, als bis heutzutage eine genügende Menge von Beobachtungen an atypischen Fällen fehlt, welche mit Recht ihre Existenz als unzweifelhafte Formen dieser Krankheit behalten, welche aber durch einen verschiedenen Verlauf und abweichende, untergeordnete Symptome derart markiert werden, daß denselben nur eine längere Beobachtung und allseitige Erwägung den gehörigen Platz in der Pathologie anweisen kann. Um einen solchen Fall handelt es sich in der vorliegenden Mitteilung.

Der Fall betrifft einen jüngeren, 34 Jahre alten Arzt, welcher in seinem 7. Lebensjahre Scharlach ohne jede Komplikation und in seinem 14. Jahre Nesselfieber überstanden hat. Vor 8 Jahren litt er an Angina follicularis, welche sich nicht mehr wiederholte. Am 29. März 1904 erkrankte er unter Erscheinungen von allgemeiner Niedergeschlagenheit, Mattigkeit, Schnupfen und Kreuzschmerzen. Im Vordergrunde seiner subjektiven Beschwerden stand das Fieber von 39° C. Um dasselbe zu erniedrigen sowie um eine diaphoretische Wirkung zu erzielen, trank der Kranke „eine größere Quantität von starkem Wein und Kognak." In der darauffolgenden Nacht stellte sich ein heftiges Erbrechen sowie intensive stechende Schmerzen in der Höhe der Kardia ein. Am nächsten Morgen verschwanden die allgemeinen Erscheinungen und es blieb bloß der von starker Schleimsekretion begleitete Schnupfen zurück. Dafür beobachtete aber der Kranke beim Schlucken der festen Nahrung, als ob die Nahrung eine Zeitlang in der Speiseröhre, u. zw. wiederum in der Höhe der Kardia stecken bliebe. Dieser Zustand dauerte etwa einen Tag. In den nachfolgenden 11 Tagen ging der Arzt seiner Praxis nach, ohne irgendwelche besondere Schmerzen zu fühlen, er spürte nur allgemeine Schwäche beim Gehen und ein eigentümliches Gefühl in der Form eines Druckes in der linken Bauchhälfte, welches sich bei Erschütterung während des Gehens zu dumpfen Schmerzen steigerte. Der Appetit war schlecht, das Aussehen der Gesichtshaut gelblich. Das Gefühl der allgemeinen Schwäche hat wieder zugenommen, so daß der Kranke nur mit Mühe gehen konnte, auch die Schmerzen im linken Hypochondrium und Epigastrium nahmen zu. Am 10. April bemerkte der Kranke dumpfe Schmerzen in der rechten Hälfte des Oberkiefers, welche von einem etwa zwei Tage dauernden Trismus begleitet waren. Das Zahnfleisch des Unter- und Oberkiefers war überall geschwollen, leicht blutend und mit einem halbmondförmigen blutigen Rand versehen. Es bestand große Mattigkeit und vollständiger Appetitverlust. Am folgenden Tage stellten sich furchtbare Schmerzen in der Gegend des Magens, des Epigastriums und um den Nabel ein. Die Schmerzen waren so groß, daß der Kranke in Schwitzen geriet und in verschiedenen Körperlagen vergebens Erleichterung suchte. Das Zucken in den Bauchmuskeln und die dasselbe begleitenden Pulsationen waren dem Kranken äußerst unangenehm. Dabei bestand fortwährend Aufstoßen. Im Harne ein wenig Eiweiß. Die erwähnten Schmerzen dauerten zwei Tage. Der Kranke mußte sich niederlegen und suchte ärztliche Hilfe auf.

Bei meinem Besuche am 13. April fand ich den Kranken im Gesicht sehr abgemagert, mit dem Ausdruck großen Leidens und von Schmerzen. Er klagte namentlich über heftige Schmerzen in der Magengegend, welche etwas druckempfindlich war. Eine Abweichung in der

Magengröße konnte aber nicht sichergestellt werden. Da die Empfindlichkeit auf einen bestimmt begrenzten Ort beschränkt war, so war ich der Meinung, daß die mehr konzentrierten „Diaphoretika und Analeptika" auf die Struktur der Magenschleimhaut eingewirkt haben und daß es sich vielleicht um örtliche anatomische Veränderungen handelte, welche durch den chemischen Reiz — verhältnismäßig konzentrierten Alkohol — verursacht wurden. Am Herzen wurde nichts Auffälliges aufgefunden. Die Herztätigkeit war im Verhältnis zur gesteigerten Körpertemperatur etwas schneller, so daß man 90 bis 100 Pulse zählen konnte. Die Herztöne und die Größe der Herzdämpfung entsprachen dem Normalbefund eines gesunden Herzens. Der Lungenbefund war ebenfalls negativ, überall fand man reines, vesikuläres Atmen und vollen sowie hellen Perkussionsschall. Die Milz erschien bei der Perkussion etwas vergrößert; ihr Rand konnte wegen der Schmerzhaftigkeit des Magens, welche sich bei jeder Untersuchung steigerte, nicht getastet werden. Der Stuhl war retiniert, der Harn konzentriert, dunkelrot, etwas trüb und in demselben eine bedeutendere Menge von Eiweiß, Epithelien und Hyalinzylindern; Blut fehlend. Die heftigen Magenschmerzen verschwanden in drei Tagen nach regelmäßigem Gebrauch von Morphium und warmen Umschlägen. Die Lippen waren trocken, die Zunge feucht, stark belegt, die Mundschleimhaut katarrhalisch geschwollen.

Bei sorgfältiger Untersuchung der Körperoberfläche fand ich auf der ganzen Vorderfläche des Brustkorbes ein Erythem, bestehend aus unregelmäßigen, verschieden großen blaßroten Flecken, welche sich von der umgebenden blaßen Haut durch ihre stärkere Verfärbung unterschieden. Außerdem war zu bemerken, daß die Haut an den Gelenken sich zu röten und zu schwellen begann. Diese Erscheinung hat der Kranke selbst sehr gut bemerkt und beobachtet, daß trotz dieser Rötung und Schwellung der Haut, welche in der Nachbarschaft der Gelenke ihren Sitz hatte, die Bewegungen der Gelenke nur unbedeutend empfindlich waren.

Die Lokalisation der erwähnten Veränderungen betraf das linke Ellbogengelenk und dessen Umgebung, das rechte Kniegelenk, beide Waden, besonders die rechte, links mehr die distale Partie der Wade in der Nachbarschaft des Sprunggelenkes, die Mitte des linken Oberschenkels, den rechten Vorderarm. Am nächsten Tage erschienen an den genannten Stellen verschieden große Hämorrhagien. Die Entwicklung dieser Hämorrhagien war von Jucken und Spannung begleitet. Am Brustkorb und Rumpf stellten sich Hämorrhagien nicht ein und das schon oben erwähnte Exanthem wurde am zweiten Tage blaß und schon am dritten Tage war es gänzlich verschwunden. Die Hämorrhagien erschienen vier Tage lang immer von neuem. Die Muskeln der unteren sowie der oberen Extremitäten waren rigid, bei Bewegungen sowie beim Druck schmerzhaft, namentlich die rechte obere Extremität war so schwach, daß der Kranke kaum imstande war, dieselbe zu heben. Die Schmerzen dauerten gewöhnlich bis zum Erscheinen der Hämorrhagien, dann verschwanden sie und der Kranke konnte wieder die Extremität bewegen. Die erwähnten Hämorrhagien von verschiedener Größe (stecknadelkopfgroß bis linsengroß) blieben auf die beschriebenen Stellen beschränkt und verblieben 10 Tage, nach welcher Zeit sie allmählich zu verschwinden begannen.

Am 23. April, am 10. Tage des Betthütens, in der Zeit, in welcher sich der Kranke einer langsamen, jedoch bestimmten Rekonvaleszenz erfreute, stellte sich plötzlich ein Herzanfall ein. Der Puls zählte bis zu diesem Tage bei Normaltemperatur gegen 90 bis 100 Schläge in der Minute. In der Nacht — bald nach der Mitternacht — wurde der Kranke von einem seltsamen Gefühl im Brustkorb geweckt, er fühlte Zittern in der Herzgegend, sehr schnelle Herzpulsation, der Puls war kaum zu tasten und nicht zu zählen. Zu diesem Anfall gerufen, fand ich den Kranken sehr blaß und geschreckt. Die Herztätigkeit war äußerst stürmisch, der kaum fühlbare Puls konnte gezählt werden, die Zahl der Herzschläge schwankte zwischen 180—200, dabei bestand ein Angstgefühl. Die Atemfrequenz betrug 20—24. Eiskalte Umschläge, Digitalis, Brom und Sinapismen auf die Brust wurden bei dieser stürmischen Äußerung der Herztätigkeit benutzt und es dauerte mehr als eine Stunde, bis der Puls etwas besser und mehr fühlbar wurde, so daß man schließen konnte, daß die Gefahr der Herzschwäche beseitigt ist. Die Dauer des Anfalles zog sich in die Länge von vollen 5 Stunden, nach welcher Zeit der Puls in seine vorher bestandenen Grenzen zurückkehrte. In der Zeit des Anfalles konnte ich mit voller Sicherheit die quere Erweiterung der Herzdämpfung sicherstellen. Gleichzeitig mit diesem Anfall von Tachykardie erschienen neue Blutergüsse an dem rechten Ellbogengelenke; es waren die letzten, welche in dieser Krankheit beobachtet worden sind.

Einige Tage nach diesem Anfalle entdeckte und entleerte der Kranke zufällig aus dem Zahnfleisch der rechten Hälfte des Oberkiefers einen dunkel schokoladebraun gefärbten, dicken und stark riechenden Eiter. Wahrscheinlich handelt es sich um einen eitrig gewordenen Bluterguß unter der Schleimhaut; sämtliche Zähne waren vollkommen gesund. Mehrere Tage dauerte Foetor ex ore, welcher nach Gugeln mit Kalium hypermanganicum verschwand. Am zweiten Tage nach dem Auspressen der eitrigen Flüssigkeit stellte sich beim Kranken eine leichte Ohnmacht mit Pulsverlangsamung ein, nach 2 Stunden kehrte aber Euphorie zurück und seit dieser Zeit — bis zum heutigen Tage sind vom Ende der Krankheit mehr als acht Monate verflossen — hat der Kranke mit Ausnahme eines unbedeutenden zeitweisen Druckes im Magen nichts mehr an sich beobachtet.

Diesen hier mitgeteilten Fall halte ich für einen ausgesprochenen Fall von Polymyositis, und zwar nach der gleich unten anzuführenden Einteilung von LORENZ für die hämorrhagische Form der genannten Krankheit. Bevor ich die Gründe dieser meiner Diagnose mitteilen werde, will ich die Arbeiten überblicken, welche sich mit diesem Gegenstande näher beschäftigt haben, namentlich jener Autoren, welche aus eigener Erfahrung über diese Krankheit berichten. LORENZ (NOTHNAGELS Pathologie und Therapie: Die Muskelerkrankungen) unterscheidet vier Gruppen als untergeordnete Varietäten der nicht eitrigen Polymyositiden. Heutzutage ist es aber nicht mehr sicher, ob dieses gut gemeinte Bestreben bei dem weiteren Zufluß von klinischen Erfahrungen aufrecht zu erhalten sein wird; vorläufig können die hierher fallenden Beobachtungen noch ohne Gewalt in diese Abteilungen eingereiht werden. Die vierte Gruppe trachtet sehr vorsichtig alles aufzunehmen, was in den ersten Gruppen nicht Platz finden konnte, weshalb ihr Grenze auch entsprechend liberal gezogen ist. Ich werde hier nach LORENZ im kürzesten die Erscheinungen der erwähnten einzelnen Kategorien anführen. Die erste Gruppe der einfachen akuten Dermatomyositis beginnt mit allgemeinen Symptomen, unter welchen die Schmerzen in den Extremitäten überwiegen. Bald drängen sich in den Vordergrund die Hautveränderungen in der Form von Erythema, Urtikaria, Erysipeloid, Ekzema und Herpes. In typischen Fällen erscheint Ödem, zeitweise bedeutend verbreitet und hart. Die ödematösen Hautdecken bilden ein Hindernis für die Untersuchung der Muskelsubstanz, welche viele Veränderungen aufweist. Diese Veränderungen pflegen manchmal interstitiell, später degenerativ zu sein und können jeden Muskel befallen. Nicht einmal die Atmungs- und Schlundmuskeln werden ausgenommen. Durch die Beteiligung dieser Muskeln wird natürlich die Aussicht auf den Ausgang der Krankheit wesentlich geändert. Beschwerden beim Schlucken werden in zwei Dritteln der hierher fallenden Fälle beobachtet; man muß natürlich auch die beim Schlucken entstehenden Schmerzen unter diese Beschwerden zählen. Das Herz beteiligt sich dagegen nur selten an der Krankheit, nur ein beobachteter Fall weist die Beteiligung des Herzens auf. Alle angeführten Beschwerden tragen einen infektiösen Charakter. Die Ähnlichkeit mit einem typhösen Zustand ist ziemlich berechtigt, denn Fieber, Milzschwellung, profuser Schweiß, Albuminurie bilden die Grundkonturen des typischen klinischen Bildes. In 11 von 15 publizierten Fällen endete die Krankheit letal; an der Leiche fand man hartes Ödem des Unterhautbindegewebes sowie Durchtränkung desselben; die Muskulatur erscheint durch ihre Farbe dem Fleische von Kaninchen ähnlich, sie pflegt entweder besonders derb oder auffallend brüchig, glanzlos zu sein. Bei mikroskopischer Untersuchung findet man interstitielle entzündliche Verände-

rungen mit nachfolgender Degeneration oder Atrophie sowie Überfüllung der Blutgefäße.

Die zweite Form der verwandten pathologischen Prozesse, die **Polymyositis haemorrhagica**, unterscheidet sich von den anderen durch die Entwicklung hämorrhagischer Herde in den Muskeln in pathologisch-anatomischer Richtung sowie durch Beteiligung des Herzens in klinischer Richtung. Der erste Fall dieser Art ist seit 14 Jahren bekannt und von PRINZIG in „Münchener med. Wochenschr." (1890) mitgeteilt. Wahrscheinlich gehört aber auch VERONS Fall einer infektiösen Myositis in diese Kategorie, so daß der Fall von PRINZIG der zweite wäre. Später haben FENOGLIO, BUSS und LORENZ (zitiert nach LORENZ) durch ihre Beiträge die bescheidenen bisherigen Erfahrungen ergänzt. Die Ätiologie dieser Krankheit ist bisher nicht bekannt. Man schließt — wie gewöhnlich — auf einen engeren Zusammenhang mit Erkältung, Anstrengung und Infektion und namentlich spricht viel für die Infektion von den Tonsillen aus, denn in zwei von fünf Fällen spielte die Angina im Beginn der Krankheit eine Rolle und deshalb hält man die Tonsillen für die Eingangspforte der Infektion. Die unbedeutende bisherige Zahl von 5 Fällen kann selbstverständlich nicht einmal zur Ätiologie dieser Krankheit einen wertvollen Beitrag liefern und die Behauptung, daß der „Statistik" nach 14% der Fälle einen infektiösen Ursprung haben, ist gänzlich unbegründet, zumal man nicht in der Lage ist, dem klinischen Verlaufe entsprechend, der Infektion eine ausschließliche Rolle in dieser Frage zuzusprechen. Mit etwa gleicher Skepsis kann man die übrigen Daten über diese Krankheit beurteilen, insofern man sie verallgemeinern und als integrierenden Teil des betreffenden krankhaften Zustandes schildern wollte. Die Krankheit begann gewöhnlich mit Infiltrationen in den Muskeln, Ödemen, Hämorrhagien und Exanthemen der Haut. Bald nach Beginn der Krankheit gesellten sich in allen Fällen mit Ausnahme eines Falles Erscheinungen seitens des Herzens dazu. Die mächtigere und beschleunigte Herztätigkeit wurde von einem objektiven Herzbefunde nicht begleitet. BUSS („Deutsche med. Wochenschr.", 1894) beobachtete bis 136 Pulse bei normaler Temperatur, an einigen Tagen wurde dieses Maximum der Pulsfrequenz nicht erreicht, sondern man zählte nur 108—128 Pulse. Bei dem Kranken von BUSS stellten sich blutige Stühle ein. BUSS zog in die Rechnung auch Reizung der Nervi accelerantes cordis oder der vasomotorischen Nerven und vielleicht auch der Herzganglien selbst. Die Herzalteration äußerte sich in einigen Fällen durch eine ausgesprochene, mit Ödem und Kollaps begleitete Herzschwäche. Zweimal (BUSS und LORENZ) wurde auch Milzschwellung beobachtet. Bloß ein einziger Fall endete mit Genesung, während drei der Herzschwäche unterlagen, der fünfte Fall starb an Tuberkulose. Pathologisch-anatomische Veränderungen betrafen nur die Muskulatur, in welcher sich Hämorrhagien befanden, in Nachbarschaft derselben fand man Koagulationsnekrose, Vermehrung der Kerne im Bindegewebe, kleinzellige Infiltration und stellenweise zahlreiche Pigmentlagerungen. Nicht einmal das Herz wurde von Hämorrhagien verschont.

Eine mehr untergeordnete Bedeutung kommt den letzten zwei Gruppen von Myositis zu, nämlich jener Form, bei welcher in ihrem Gefolge oder gleichzeitig mit ihr Erythema multiforme auftritt, sowie den sogenannten besonderen Formen von Polymyositis.

Die dritte Gruppe ist durch folgende Veränderungen charakterisiert: Die Haut — in der Regel der Waden — zeigt das Bild von **Erythema multiforme** mit Ödem des betreffenden Gliedes, die Muskulatur der Wade pflegt bei Berührung sowie bei Bewegungen der Extremität empfindlich zu sein. Nach dem Verschwinden des Ödems können Verdickungen in der Muskulatur getastet werden. Der Verlauf der Krankheit ist günstig.

LORENZ weist mit Recht darauf hin, daß die Mehrzahl der nicht eitrigen Myositiden in die eben erwähnten drei Gruppen nicht passe und konstruierte deshalb die vierte Gruppe für jene Fälle, auf welche der bisherige Klassifikationsmaßstab nicht paßt. LORENZ (l. c.) führt als Prototyp dieser abnormen Fälle den Fall von PLEHN an. Dieser Fall zeichnete sich durch ungewöhnlich heftige, allgemeine Muskelschmerzen aus, welche sich unter den Erscheinungen einer akuten Infektionskrankheit entwickelten, von einer Milzschwellung begleitet waren und in 10 Tagen vollkommen verschwanden. Hier gab es keine objektiven Zeichen in bezug auf die Muskelsubstanz. Andere in der Literatur mitgeteilte Fälle sind dadurch bemerkenswert, daß sie sich als Komplikation zu den Erkrankungen des gastrointestinalen Traktes gesellt haben. Man beobachtete Fieber, Schweiß, Schüttelfrost, manchmal auch Leukozytose, in den Muskeln interstitielle und parenchymatöse Entzündungsveränderungen; die Dauer der Krankheit betrug 6—7 Wochen. Eine andere Varietät dieses Bildes kennzeichnet sich durch Teilnahme der Gelenke und der großen Blutgefäße, in welchen es zur Thromboseentwicklung kommt. In relativ zahlreichen Fällen unterliegt die Haut verschiedenen Veränderungen und, wie in anderen drei Gruppen, so kommt es auch hier ziemlich häufig zur Atrophie dieses oder jenes Muskels.

Den von mir oben angeführten Fall halte ich für **Polymyositis acuta haemorrhagica benigna**, u. zw. aus folgenden Gründen: Bei dem Kranken zeigten sich fast alle Erscheinungen von Polymyositis dieser Kategorie, wie sie oben angeführt worden sind, nämlich Erscheinungen einer akuten Infektionskrankheit mit Exanthem, lokalen Ödemen, lokalisierten Schmerzen und Empfindlichkeit der Muskeln, Neigung zu Hämorrhagien, insbesondere der Haut, Beschwerden beim Schlucken und Tachykardie.

Bei der verhältnismäßig großen Seltenheit dieser Krankheit muß man selbstverständlich die Differentialdiagnose stellen und erwägen, ob es sich nicht um Scorbutus oder Morbus maculosus Werlhofii handelt. In dieser Hinsicht ist die Wertschätzung eines jeden einzelnen Symptoms für sich allein sowie im Zusammenhange mit den übrigen äußerst notwendig. BUSS (l. c.) erwähnt die Möglichkeit der diagnostischen Verwechslung mit dem Skorbut. Wegen der auffallenden Ähnlichkeit seines Falles mit dem meinigen behalten manche von seinen Argumenten auch für meinen Fall ihre Gültigkeit. Ich werde hier nur in der Kürze jene Momente berrühren, welche den Scorbutus ausschließen. Vor allem gehören nicht zu den Symptomen des Scorbutus ein dem bei Morbillen vorkommenden Exanthem ähnliches Erythem, Ödem, Rötung der Haut, tiefe Muskelinfiltrate, Dysphagie, Trismus und Tachykardie. Ferner pflegt auch die Reihenfolge der Symptome beim Skorbut anders zu sein, bei welchem, wie es BUSS ebenfalls hervorhebt, als das erste Symptom die Anämie dominiert und erst später Stomatitis und schließlich — jedoch nicht immer — Blutungen in das Unterhautbindegewebe und in die Muskeln erscheinen. Stomatitis von solcher Ausbreitung, wie sie mein Kranker darbot, kommt bei vielen Infektionskrankheiten vor. Objektiv habe ich selbst keine Neigung zur Blutung an dem Zahnfleisch konstatiert, nur die Angabe des Kranken hat auf diesen Umstand aufmerksam gemacht. Eine ähnliche Zahnfleischschwellung wird sehr oft beobachtet, ohne daß es sich um Skorbut handeln würde. Ich halte dafür, daß das subgingivale Hämatom, welches sich im Verlaufe der Krankheit gezeigt hat, den Anlaß zur sekundären Schwellung des Zahnfleisches abgab. Der Kranke selbst — ein Zahnarzt — war sich dessen bewußt, daß erst nach der Entstehung des Trismus, welcher wahrscheinlich durch ein beträchtliches Hämatom in der Nachbarschaft des Kiefergelenkes verursacht war, die ersten Symptome der Stomatitis erschienen sind.

Die Miterkrankung des Zahnfleisches, wenn es auch nur eine untergeordnete Bedeutung in dem klinischen Bilde hatte, erfordert, daß man bei der diagnostischen Begründung an jene hämorrhagische Diathese denke, bei welchen Stomatitis beobachtet wird. Vor allem muß man an den Morbus

maculosus Werlhofii mit seinen Varietäten: Purpura simplex, Purpura haemorrhagica und Peliosis rheumatica denken. Sämtliche genannten Krankheiten können von Veränderungen der Mundschleimhaut begleitet werden, während im Gegenteil beim Skorbut keine derartigen Veränderungen vorkommen müssen. Die Anmerkung, daß Exanthem, Rötung und Schwellung der Haut, besondere Empfindlichkeit und Schwäche der Muskeln, Beteiligung des Herzens in den Rahmen dieser Krankheiten nicht gehören, ist genügend, um die Grenze zwischen der Polymyositis haemorrhagica und den eben genannten Krankheiten festzustellen.

Die Veränderungen der Herztätigkeit haben sich in meinem Falle nicht bloß auf eine mehr oder wenig auffallende Beschleunigung beschränkt, sondern sie gingen in einen wirklichen Anfall von Tachykardie über, wie man ihn zu beobachten sehr selten die Gelegenheit hat. Dadurch ist einerseits das Wesen der Krankheit als das einer hämorrhagischen Polymyositis dokumentiert, andrerseits bekommen wir darin einen Hinweis, daß diese Krankheit auch Bedingungen mit sich bringt, unter welchen ein ausgesprochener Anfall der sogenannten essentiellen Tachykardie mit evidenter vorübergehender Herzdilatation sich entwickeln kann. Die so auffallend geäußerte Abweichung der Herztätigkeit von der Norm, wie es in dem beschriebenen Anfalle der Fall war, kann auf einer Hämorrhagie in die Muskulatur des Herzens selbst beruhen, sie kann durch eine Veränderung der Muskelfasern bedingt sein, denn man weiß aus Sektionsprotokollen, daß der Herzmuskel bei dieser Krankheit bedeutenden Veränderungen unterliegt, infolge welcher Veränderungen auch der Nervenapparat des Herzens leidet. Andrerseits muß man auch der Möglichkeit einer Autointoxikation unbekannter Provenienz, bei welcher die kardiotoxische Wirkung durch Einfluß von Toxinen hervorgerufen wird, gedenken.

Das klinische Bild sämtlicher bisher beschriebener Fälle stimmt darin überein, daß man dieser Krankheit die Natur einer septischen Erkrankung nicht absprechen kann. Dies war auch bei meinem Kranken der Fall, obzwar dieser Fall einen günstigen Ausgang aufweist.

Es bleibt noch eine Frage offen, nämlich wo die Quelle der Krankheit zu suchen ist. Das in Eiterung übergegangene Hämatom in meinem Falle kann der Ätiologie der anderen Fälle, in welchen z. B. Angina im Beginn der Krankheit beobachtet wurde, nicht gleichgestellt werden, denn es war ein Symptom der schon ausgebrochenen Krankheit. Die Unsicherheit betrifft nicht nur die Eingangspforte der Infektion, sondern auch die Ursache der Krankheit. Von verschiedenen Beobachtern wurden verschiedene Organismen beschuldigt und die ersten Forscher suchten auch nach größeren Parasiten, woher auch eine der ersten Benennungen dieser Krankheit „Pseudotrichinose" stammt. Auch Produkte von Mikroorganismen trugen seinerzeit die Verantwortung für alles Übel, welches diese Krankheit ihrem Träger bereiten kann. Die Bestimmung dieser Krankheitsursachen stoßt aber auf noch größere Hindernisse und Unsicherheit als die Bestimmung einer etwaigen lebenden Krankheitsquelle, welche bisher gänzlich versagte und für weitere Forschungen eine dankbare Aufgabe bildet.

Wie die Übersicht der einschlägigen Literatur lehrt, wird bisher jeder einzelne Fall in extenso studiert und publiziert. Man kann sehen, daß die Einteilung der Polymyositis in vier Gruppen genug Mühe kostete, und daß nur die biegsame Benennung „besondere Formen von Polymyositis" die Einreihung von vielen, schwer zu klassifizierenden Fällen in das System der Polymyositis gestattet. Die ätiologische Forschung, welche die Klassifikation dieser Krankheit zu vereinfachen imstande wäre, hatte negativen Erfolg und die klinischen Symptome ermöglichten wegen ihres Polymorphismus eine strengere Unterscheidung einzelner Formen nicht anders als dies oben angeführt wurde. Ich lasse die nähere Erwägung, wie man auf die ätiologische Seite der Dermatomyositis zu sehen hat, ganz beiseite und will nur die praktische Seite, nämlich die Diagnose, Prognose und Therapie der Dermatomyositis, berücksichtigen.

Vollkommene Formen, bei welchen tastbare Infiltrate in den Muskeln unter den ödematösen oder nicht ödematösen Hautdecken sichergestellt werden können, fallen nicht in den Bereich der diagnostisch zweifelhaften Formen. Bei diesen können die begleitenden Erscheinungen einen sehr verschiedenen Charakter haben. Das Wesen der Krankheit in der Beteiligung der Muskeln kann nicht übersehen werden. Man muß sich dessen immer bewußt sein, daß bei gewöhnlicher Polymyositis die Lokalisation und ferner die Komplikationen über das Leben des Kranken entscheiden. Die hämorrhagische Form steht insbesondere im Vergleich zu den nicht hämorrhagischen Formen in prognostischer Richtung an besonderer Stelle. Die bisherigen Erfahrungen reihen dieselben unter sehr bösartige Prozesse. Es bleibt unentschieden, ob es der hämorrhagische Charakter des Prozesses, die schwere allgemeine Infektion ist, welche an sich selbst das Leben bedroht, oder ob es nicht vielleicht die besondere Lokalisation der Veränderungen im Herzen ohne Rücksicht auf die Schwere der allgemeinen Infektion ist, welche das letale Ende herbeiführt. Es ist möglich, daß man namentlich bei protrahierten Fällen mit beiden Faktoren zu rechnen hat.

Das alterierte Herz, welches hämorrhagische Herde in seiner Muskulatur und Veränderung der Muskelsubstanz aufweist, trotzt der allgemeinen Infektion viel weniger, als es ein gesunder Muskel unter denselben Umständen tun würde. Für die vermittelnde Ansicht spricht auch der Umstand, daß das letale Ende gewöhnlich dann eintrat, nachdem der Organismus schon längere Zeit gegen das Gift der Polymyositis gekämpft. Plötzliche Todesfälle gleich im Beginn der Krankheit, wie man bei einer bedeutenderen Lokalisation im Herzen erwarten müßte, sind selten; man muß aber nochmals bemerken, daß es, wie oben angeführt, nur eine geringe Zahl von beobachteten Fällen gibt. Der Fall von Veron (zitiert nach Lorenz), bei welchem das Herz die Farbe von braunen, trockenen Blättern hatte und eine Hämorrhagie aufwies, endete in 10 Tagen letal.

Zahlreichere ziemlich atypische und abortive Fälle der Polymyositis aller Art verursachten größtenteils die Unsicherheit in der Klassifikation dieser Gruppe. Ganz treffend sagt Herz (Über gutartige Fälle von Dermatomyositis acuta in „Deutsche med. Wochenschr.", 1894), daß bei einem neuen Typus einer Krankheit den Beobachter gewöhnlich die schwersten und charakteristischesten Bilder fesseln. Erst nachdem diese durchstudiert sind, überzeugt man sich, daß es neben diesen fürchterlichen Formen auch andere gibt, welche den Übergang zu diesen schweren Formen bilden, und nur mit Hilfe des verschärften Blickes erkennt man dann, daß sie in diese oder jene Kategorie gehören.

Herz meint, daß die günstig verlaufenden Formen nicht so selten sind, und hebt hervor, daß sie vielleicht zum Muskelrheumatismus oder zu anämischen Myalgien gerechnet werden (die Fälle von Herz gehören in die dritte Gruppe von Lorenz, nämlich in die von Erythema multiforme begleiteten Fälle der Polymyositis). Herz macht aber keinen Unterschied zwischen der hämorrhagischen und der nichthämorrhagischen Form — diese Einteilung ist um 10 Jahre jünger als die Arbeit von Herz —, er skizziert aber das Bild der gutartigen Dermatomyositis, von welcher mein ebenfalls gutartiger Fall dadurch sich unterscheidet, daß neben den von Herz beschriebenen Erscheinungen Trismus, vorübergehende Beschwerden beim Schlucken und Herzbeschwerden sich eingestellt haben, welche in das Bild von Herz nicht passen, und daß ferner Hämorrhagien und bedeutende Transspiration bestanden, welche bei letal endenden Fällen vorkommen.

Es bleibt ein großes Verdienst von Herz, auf die nicht allzugroße Seltenheit sowie auf die Gutartigkeit der Polymyositis hingewiesen zu haben, da er dadurch den herrschenden Ansichten entgegengesetzte Dokumente geliefert

hat. Die atypischen Formen von Polymyositis verdienen deshalb große Aufmerksamkeit, weil die stürmischen Herzsymptome imstande sind, wenn sie so plötzlich und unerwartet wie in meinem Falle eintreten, den Arzt ebenso wie den Kranken in bedeutendem Maße zu beunruhigen. Die vermehrte Herztätigkeit äußert sich einmal durch eine länger dauernde, mäßigere Tachykardie, während sie ein anderes Mal sehr stürmisch und plötzlich erscheint. In therapeutischer Beziehung erfordern Fälle dieser Art nichts anderes als Regelung der Diät, Morphium — bei so hartnäckiger Gastralgie wie in meinem Falle — und Ruhe, welche zugleich ein prophylaktisches Mittel gegen eventuelle Tachykardie zu bilden hat. Dem Herzen darf durch das vorzeitige Verlassen des Bettes keine größere Arbeit auferlegt werden und es ist ratsam, den Kranken lange Zeit das Bett hüten zu lassen. Die Behandlung der ausgesprochenen Tachykardie erweckte bei den Vorgängern Vertrauen für keines von den gebrauchten Mitteln; Digitalis hat sich regelmäßig nicht bewährt und andere Medikamente noch weniger. Insofern ich aus einem Fall schließen kann, in welchem die gleichzeitige Darreichung von Digitalis und Natrium bromatum in der Zeit von etwa einer Stunde den Zustand wenigstens ein wenig erträglich machten, würden für mich diese zwei Medikamente in einem gegebenen, analogen Falle die therapeutische Basis bilden, von welcher aus ich mit Sinapismen und eiskalten Umschlägen die stürmischen Herzsymptome der Krankheit bekämpfen möchte.

Wenn ich zum Schlusse resümiere, wodurch mein Fall bemerkenswert erscheint, so ist es vor allem seine schwierige Einteilung in eine der vier Gruppen von Polymyositis. Mit der Dermatomyositis hat er gemeinsam: dyspeptische Beschwerden, Dysphagie, profuse Transspiration, welche sehr oft den Gegenstand der Beschwerden des Kranken bildete, paretische Zustände der Muskeln, namentlich des rechte Oberarms, schwere Symptome einer Infektionskrankheit, Milzschwellung, Albuminurie, Empfindlichkeit der Muskulatur, Ödem und Erythem der Haut. Die Herzbeschwerden reihen den Fall natürlich in die Gruppe der hämorrhagischen Polymyositis ein.

Diese Einteilung hat aber heute nur einen vorübergehenden Wert und es ist möglich, daß, wenn mehrere Fälle dieser Art vorkommen werden, die Notwendigkeit eintreten wird, die künstliche Scheidewand zwischen beiden Gruppen zu entfernen. Wichtiger aber scheint mir auf den ausgesprochenen Anfall von Tachykardie hinzuweisen, welcher sich im Verlaufe der Krankheit eingestellt hat, mit Herzdilatation verbunden war, volle fünf Stunden dauerte und nie, weder früher noch später, — seit jener Zeit sind schon acht Monate verflossen — auch nicht in gemäßigter Form erschien.

Daß es sich nicht um eine zufällige Komplikation einer paroxysmalen Tachykardie handelte, brauche ich nicht besonders zu betonen, da die Neigung zur Beschleunigung der Herztätigkeit hier als ein Symptom der schon bestehenden hämorrhagischen Polymyositis aufgetreten ist.

Es ist hier also mehr die Intensität der Erscheinung als die Erscheinung selbst auffallend.

Der angeführte Fall verdient ferner auch deshalb erwähnt zu werden, weil er auf den günstigen Verlauf der Krankheit hinweist. Diese Tatsache hat bei der geringen Zahl der bisher beschriebenen Fälle einen entschiedenen Wert. Wie in der Kategorie der von Herz beschriebenen Fälle, welche Lorenz in seine dritte Gruppe zählt, die Erfahrungen jenes Autors mit abortiven und atypischen Fällen eine prognostische Bedeutung haben, so ist bei den fünf beschriebenen Fällen der hämorrhagischen Polymyositis das Mortalitätsverhältnis bemerkenswert, denn es ist nicht gleichgültig, ob das letale Ende im Verhältnis 5 : 1 oder 6 : 2 steht. Einer beträchtlicheren Erniedrigung des prozentuellen Verhältnisses — wenn wir über größere Zahlen disponieren werden — sehen wir wahrscheinlich nicht entgegen, weil die Teilnahme des Herzens an dem krankhaften Prozesse jede befriedigendere Aussicht trübt.

Bewegung und Heilgymnastik in der Gelenktherapie.

Von Badearzt **Dr. Eduard Weisz**, Schwefelschlammbad Pistyan.

(Schluß.)

Was nun die Indikationsstellung betrifft, wollen wir in Kürze folgendes darüber aussagen:

Bei angebornen Gelenkleiden kann die Gymnastik wohl erst in späteren Stadien als unterstützendes Moment, nach orthopädischer oder operativer Behebung des Grundübels in Anwendung kommen.

Bei Neoplasmen kann natürlich von Heilgymnastik keine Rede sein, sie wäre zwecklos und schädlich.

Bei Gelenkleiden nervösen Ursprungs, vorzüglich bei den Gelenkneurosen, pflegt die Heilgymnastik schon vermöge ihrer suggestiven Wirkung von gutem Erfolg begleitet zu sein. Es kommen hauptsächlich die aktiven Widerstandsübungen in Betracht. Die Gymnastik übt auch, richtig dosiert, auf den Neurastheniker im allgemeinen einen wohltuenden Einfluß aus. Natürlich muß man sich von jedem Übereifer hüten; jede Überanstrengung hat bei den nervös Veranlagten üble Folgen. Ungefähr das nämliche gilt von hysterischen Gelenkzuständen.

Bei mit Tabes kombinierten Gelenkleiden ist jede forcierte Übung vom Gesichtspunkte der Muskulatur als auch des Gelenkes selbst strengstens zu vermeiden. Nachdem es sich in diesen Fällen meist um hochgradige Knochenveränderungen, Gelenkhydropsien usw. handelt, und auch die Gelenkbänder zumeist eine hochgradige Erschlaffung zeigen, fernerhin die knöchernen Elemente sehr oft in hohem Maße brüchig sind, erscheinen energische passive Übungen von selbst als ausgeschlossen. Somit kann es sich bei der Tabes, auch vom Gesichtspunkte der Gelenke, ebenfalls um nur jene Übungen handeln, die heute als Frenkelsche Übungen gekannt und allgemein geübt werden. Insoferne dem Tabiker das Ermüdungsgefühl häufig abgeht, ist hier noch mehr als sonst auf das richtige Maßhalten besonders zu achten.

In die Reihe der Gelenkleiden nervösen Ursprungs pflegt man noch den intermittierenden Gelenkhydrops zu rechnen, jene Erkrankung, wobei das Gelenk in einer gewissen Anzahl von Tagen ohne nennenswerte Entzündungserscheinungen periodisch an- und abschwillt. Wie die meisten Mittel, verspricht hier auch die Heilgymnastik fast gar keinen dauernden Erfolg.

Eine wichtige Rolle fällt den aktiven und passiven Übungen bei den posttraumatischen Gelenkzuständen zu, besonders dort, wo es sich um mehr minder große Versteifungen handelt. Je frischer die Verletzungen sind, desto mehr Vorsicht ist geboten. Brüche, Verrenkungen, Distorsionen verbieten selbstredend bis zur Zeit einer ziemlich konsolidierten Ausheilung jeden mobilisierenden Eingriff. Derselbe ist jedoch nach Abwägung der vorliegenden Verhältnisse so bald als möglich in vorsichtigster, schonendster Weise zu versuchen, am besten in den ersten Tagen, nur in leicht aktiver Weise, innerhab bescheidener Grenzen. Je älter der Fall und je größer sich die Aufgabe gestaltet, die Beweglichkeit des Gelenks in ihrer Gänze herzustellen, desto energischer und anhaltender müssen die Übungen durchgeführt werden. Hier ist der eigentliche Platz, wo man die manuellen Übungen gewöhnlich mit maschinellen ergänzen, ja oft genug ersetzen muß. Die Aufgabe der passiven Übungen soll es sein, die Beweglichkeit des Gelenks täglich um Haaresbreite vorwärts zu bringen, den Mechanismus des Gelenks innerhalb dieser Grenzen zu erweitern, während es Sache der aktiven Übungen sein soll, sich die täglichen Fortschritte, hauptsächlich durch Anregung energischer Innervation und durch plangemäße Kräftigung der Muskeln zu sichern.

Bei Syphilis und Tuberkulose spielt die Gymnastik keine nennenswerte Rolle. Wie bekannt, ist die anerkannteste

Art der konservativen Therapie bei tuberkulösen Gelenkleiden noch immer die Ruhigstellung, die Fixation. Ist der Fall einmal ausgeheilt, so kann es sich in der darauffolgenden Zeit wohl auch nur um allmähliche Wiederaufnahme der gewöhnlichen Verrichtungen handeln. Außertourliche Übungen kommen wenig in Betracht. Dasselbe Prinzip besteht bei allen Fällen von Syphilis zu Recht, wo Eiterung oder Verdacht einer solchen besteht. Nur ausgeheilte Fälle können, je nach der Sachlage, Gegenstand einer höchst vorsichtigen mobilisierenden Behandlung werden.

Was den Gelenkrheumatismus und die gonorrhoische Gelenkerkrankung betrifft, so sind für beiderlei Erkrankungen bis zu einer gewissen Grenze ungefähr dieselben Motive maßgebend. In akuten Fällen ist selbstverständlich jede Bewegung des Kranken absolut zu umgehen. In chronischen Fällen liegt die Sache auch ziemlich klar. Alle Attribute des chronischen Falles machen eine gut durchdachte, sowohl aktive als passive Übungstherapie unentbehrlich, nicht allein, um die zumeist in hohem Grade heruntergekommene Muskulatur langsam wieder in die Höhe zu bringen, sondern auch, um am Gelenk all das wieder gut zu machen, was die beschränkte Tätigkeit oder völlige Untätigkeit des Kranken verdorben hat. Namentlich erfordern auch die Knorpel- und Knochenelemente, wenn sie nicht schwinden sollen, eine ausgesprochene Betätigung. Für die Belebung des ganzen Gelenks, für die gehörige Auffrischung und Zuführung der Lymphe und der Synovialflüssigkeit, ferner für die Saftströmung in den Knochenkanälchen gibt es keinen mächtigeren Impuls als die Bewegung. Ja, auch die einfache Lageveränderung hat schon einen gewissen günstigen Einfluß auf die mechanischen Verhältnisse. Meist kommt man in chronischen Fällen mit leichten aktiven Übungen gar nicht mehr aus. Sehr oft bleiben Reste aus den akuten Stadien zurück: Verwachsungen, Schrumpfungen etc. Oder es entwickeln sich solche im vieljährigen Verlaufe des Falles, und diese Veränderungen erheischen eine mit taktvoller Milde gepaarte, energische und anhaltende manuelle und maschinelle Mobilisierungstherapie.

Am schwersten ist die Frage zu entscheiden in den sogenannten subakuten Fällen, wohin wir einerseits das Abklingen der akut entstandenen Fälle, andrerseits jene Erkrankungen rechnen, die ohne jeden akuten Beginn, auch nicht mit den ausgesprochenen Charakteristiken des chronischen Falles, in schleichender, heimtückischer Weise anfangen, mit kaum merkbaren Spuren von Fieber, hingegen oft genug mit lokal ausgesprochenen frischen Entzündungserscheinungen. Da kann die wichtige Lebensfrage: ob Bewegung, ob Ruhe, selbst für den Spezialisten eine sehr schwierige werden. Eine allgemein gültige Regel ist ebensowenig für alle Fälle dieser Kategorie aufzustellen, wie man nicht für den Einzelfall imstande ist, ein und dieselbe Regel ein für allemal durchzuführen.

In der Rekonvaleszenz des akuten Falles steht die Sache noch halbwegs einfacher. Wenn das Fieber einmal abgelaufen ist, wenn die lokalen Entzündungserscheinungen im Verschwinden sind und der Kranke gewissermaßen instinktiv die nötigsten Bewegungen auszuführen versucht, wird auch der Arzt im Interesse einer rascheren Abwicklung des Rekonvaleszenzstadiums den Kranken auffordern, seine Glieder von Tag zu Tag immer mehr zu gebrauchen. Die Wirkung zeigt sich bald: entweder war der Versuch vorzeitig, es verschlimmert sich der Zustand und der Patient kündigt dem Arzt den Gehorsam, oder die Probe bewährt sich, der Patient wird eifriger und der Arzt dementsprechend energischer. Solange es sich nur um Selbstübungen des Kranken oder um leichte passive Übungen handelt, die mit kaum welchen Schmerzen verbunden sind, taucht keine Schwierigkeit auf. Dieselbe wächst jedoch von Tag zu Tag, wenn sich organisierte Exsudate, sei es in Form von Verklebungen oder Verwachsungen, in schmerzhafter Weise geltend machen, oder wenn infolge lang anhaltender Beugestellung sich eine Schrumpfung der Muskeln ergeben hat. In diesen Fällen kann man mit den passiven Übungen, mit der Dehnung im buchstäblichen Sinne des Wortes nicht früh genug beginnen. Um keinen Preis darf man drastisch werden, weil sich sonst gar leicht der subjektive und objektive Zustand des Kranken verschlimmert. Also auch hier heißt es: Eile mit Weile. Sobald es die Verhältnisse gestatten, soll der Arzt sich Mühe geben, die manuellen Übungen mit passiven Übungen an entsprechenden Apparaten zu kombinieren.

Für die vom Hause aus sich subakut anlassenden Fälle ist der rasche Wechsel im Befinden des Kranken und hauptsächlich im objektiven Befunde der einzelnen Gelenke bezeichnend. Meist sind es nur einzelne Gelenke, die durch ein häufiges Aufflackern der Erkrankung die stetige Aufmerksamkeit des Kranken und des Arztes in Anspruch nehmen. Diese Gelenke können oft monate- und manchmal jahrelang dauernd nicht zur Ruhe kommen. Es kann Tage und Wochen geben, wo sich dieselben ziemlich ruhig verhalten, um manchmal ohne Sonderanlaß den subakuten Charakter wieder anzunehmen. Natürlich erheischen die kritischen Gelenke mechanotherapeutisch jeweilig eine andere, in den verschiedenen Stadien oft genug eine entgegengesetzte Behandlung. Nachdem die diversen Gelenke bei ein und demselben Kranken öfters in der buntesten Weise ihre Rolle wechseln, kommt der Arzt sehr oft in die Lage, das Übungspensum jeden Tag oder jede Woche zu variieren, indem er bald die einen, bald die andern Gelenke ruhen läßt oder nötigenfalls zu aktiven und passiven Übungen verhält.

Ein sehr dankbares Feld findet Heilgymnastik und Bewegung beim Gichtiker. Die Gicht beruht bekanntlich auf einer Anomalie des Stoffwechsels, die zu einer Anhäufung der Harnsäure an gewissen Körperstellen führt. Wir wollen hier von allen Theorien absehen und nur den Satz vor Augen halten, daß sich an gewissen Stellen, sei es infolge überschüssiger Produktion, sei es infolge eines gewissen Mangels der Weiterbeförderung, mit der Zeit die Harnsäure in abnormer Weise anhäuft, d. h. es befindet sich da mehr Harnsäure, als Blut- und Lymphzirkulation zu entfernen vermögen. Unter solchen Umständen werden wir es begreifen, wie sehr man durch das richtige Maß von Bewegung resp. Heilgymnastik die Bilanz des lokalen Stoffwechsels nicht nur in chemischer, sondern auch in mechanischer Hinsicht zu korrigieren vermag. Durch Bewegung, durch abwechselnde Kontraktion und Erschlaffung der Muskeln tritt ein förmlicher Saug- und Druckmechanismus zutage, der die Gewebsäfte ableitet und zentralwärts pumpt. Ebenso begreiflich ist es, daß zu viel Körperruhe gleichbedeutend ist mit Stagnation der Körpersäfte. Abgesehen also von dem chemischen Einfluß der Arbeit, der in Steigerung des Stoffwechsels (vermehrte Ausscheidung von Kohlensäure, Stickstoff etc.) besteht, für die Gicht also von weitestgehender Bedeutung ist, sind die mechanischen Momente, die bei der Bewegung in Betracht kommen, an und für sich hinreichend, um bei Gichtikern eine entscheidende Rolle zu spielen.

Beim chronischen Gichtiker ist das nötige Maß von Bewegung eines der wichtigsten prophylaktischen Mittel. Wenn der Beruf des Patienten ein derartiger ist, das puncto der Bewegung kein Mangel herrscht, kann man natürlich von Heilgymnastik eher absehen. Wenn jedoch die alltäglichen Verrichtungen des Patienten nicht jenes Maß von Bewegung resultieren, das zu wünschen wäre, müssen wir auf künstlichem Wege, d. h. durch Einfügung entsprechender gymnastischer Übungen für eine mechanische Durchmischung der Körpersäfte sorgen. Das Maß der Gymnastik soll stets den individuellen Verhältnissen entsprechen. Jüngere kräftige Personen dürfen mehr leisten als ältere und schwächliche. Ganz besonders ist auf den Zustand von Herz und Gefäßen Rücksicht zu nehmen. Keine einzige Phase der Übung darf anstrengend sein, auch soll nach einigen Übungen stets eine Ruhepause folgen.

Im akuten Falle verbietet sich Bewegung natürlich von selbst. Ich kann diesbezüglich dem Märchen keinen Glauben schenken, daß man imstande wäre, einen drohenden Anfall durch forcierte Bewegung hintanzuhalten. Im Gegenteil, es hat mich die tägliche Erfahrung gelehrt, daß, wenn ein Anfall im Anzuge ist und der Patient nicht frühzeitig genug Ruhe pflegt, der Anfall unvermeidlich und heftiger zum Ausbruch gelangt. Ich gebe jedem Gichtiker den Ratschlag mit auf den Weg, daß er in gesunden Zeiten reichlich Bewegung machen solle. Wenn aber, es sei aus welchem Grunde immer, frische Schmerzen während der Bewegung als Vorzeichen einer beginnende Attacke auftreten, möge er sich sofort zur Ruhe begeben und Stunden oder 1—2 Tage lang der Ruhe pflegen. Die Patienten, die dieses einfache Prinzip erlernen, haben es oft selbst in der Hand, ihre Anfälle quantitativ und qualitativ zu verringern. Während des akuten Anfalles ist also strenge Ruhe geboten, beim Entstehen des Anfalles möglichste Schonung. Bekanntlich pflegen beim chronischen Gichtiker die Anfälle mehr schleichend einzusetzen, um erst bei unvernünftiger Lebensweise die Höhe einer wirklichen Attacke zu erreichen. Es besteht hier zweifellos eine gewisse Zwischenzeit, man könnte fast von einem Inkubationsstadium sprechen, wo die nächste Zukunft des Kranken ganz davon abhängt, wie er diese kritische Zeit mehr weniger rationell durchzuleben versteht. Hinsichtlich Bewegung heißt es bei drohendem Anfall — ich will darauf nochmals hingewiesen haben — sich möglichster Schonung zu befleißen.

Wir sehen also, daß sich auch bei der Gicht, ähnlich wie beim rheumatischen und gonorrhoischen Gelenkkranken, hinsichtlich der Bewegung und Heilgymnastik das akute Stadium vom chronischen scharf abgrenzt. Ja, es besteht auch hier in dieser Beziehung ein natürlicher Gegensatz zwischen dem Verhalten bei chronischen und akuten Fällen. Wieder sind es auch hier die sogenannten subakuten Fälle, die dem Arzte am meisten zu denken geben. Es gehört eine ganz besondere Routine dazu, um nach Ablauf der akutesten Erscheinungen sagen zu können, wann der Patient aufstehen und wie viel Bewegung er machen darf. Die langjährigen Kranken haben ihre Ängstlichkeit zumeist längst verloren. Im Gegenteil, durch den glücklichen Zufall manchmal begünstigt, haben sie sich nur zu oft einen gewissen heroischen Leichtsinn angewöhnt. Diese Art Kranken sind gewöhnlich recht ungeduldig und drängen den Arzt zur Sanktion ihrer Wünsche. Gestehen muß ich, daß etwas vorzeitiger ausgeführte Bewegung beim Gichtiker lange nicht dermaßen schwerwiegende Konsequenzen nach sich zu führen pflegt, wie dies nach einem akuten Gelenkrheumatismus geschehen kann. Der gichtische Rekonvaleszent ist bei weitem nicht so heikel wie der Kranke, der einen akuten Gelenkrheumatismus überstanden hat. Wenn man also eine gewisse Vorsicht walten läßt und von Tag zu Tag tastend weiter geht, dürfte es kaum schwer sein, auch in diesen Fällen das Richtige zu treffen.

Der Vollständigkeit halber wollen wir in Kürze auch noch einiger andrer Gelenkerkrankungen Erwähnung tun.

Die hämorrhagischen Gelenkerkrankungen verbieten natürlich jeden mechanischen Eingriff, der bei einer derartigen Diathese leicht den Charakter eines Insultes annimmt.

Bei den senilen Gelenkveränderungen, die ja stets ein entschieden chronisches Kolorit haben und sehr häufig mit Unebenheiten des Gelenks, Kapsel- und Muskelschrumpfungen einhergehen, ist für eine maßvolle, vorzüglich passive Übungstherapie reichlich Gelegenheit.

Was die Gelenkerkrankungen infolge von Metallvergiftungen betrifft, ich meine also hauptsächlich die saturninen Arthralgien, sind für dieselben die bereits erörterten Prinzipe maßgebend, d. h.: In akuten Fällen Ruhe, in veralteten Fällen aktive Übungen und passive Bewegung, in subakuten Fällen ein tastendes, dem Spezialfalle genau angemessenes Vorgehen, das zwischen den Extremen von Ruhe und Bewegung die goldene Brücke machen soll.

Es erübrigt nur noch, über den Sport einige Worte zu sagen. Wie wir gesehen haben, muß man bei sehr vielen Gelenkkranken auf die richtigen Körperübungen ziemlich großes Gewicht legen. Ja, ohne Mechanotherapie kann eine große Zahl Gelenkkranker kaum radikal geheilt werden. Und gerade, weil wir zur Verbreitung dieser Lehre auch unsrerseits beitragen wollen, können wir nicht umhin, auf die Schäden hinzuweisen, die sportartige Übertreibungen zur Folge haben können. Der Sport eignet sich nicht für kranke Menschen, am allerwenigsten für Gelenkkranke, wenn dieselben auch scheinbar genesen sind. Das einmal krank gewesene Gelenk bleibt stets ein „Punctum minoris resistentiae", das man nie bis zum Grade der Anstrengung belasten darf. Bewegung und Heilgymnastik soll also beim Kranken nie bis zum Grade des Sports entarten.

Referate.

H. Pässler (Leipzig): Zur Serumtherapie der fibrinösen Pneumonie.

Verf.s Untersuchungen sind mit dem zuerst von Römer verwendeten Serum ausgeführt worden („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 82, H. 3 u. 4). Er fand: Im günstigsten Falle scheint es zu gelingen, mit Hilfe des Serums die Pneumonie zu kupieren, wenn auch bis jetzt diese ideale Heilwirkung nicht häufig erreicht wird. Es muß jedoch vorläufig dahingestellt bleiben, ob dieser Mangel in der Natur des Serums oder in der Form der bisher allein möglichen Anwendung begründet ist. Vielleicht vermögen hier experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Komplemente im Blute sterbender Pneumoniker und Versuche, etwa fehlende Komplemente zu ersetzen, auf einen Weg zu führen, der die Heilwirkung des Serums noch erhöht. Viel häufiger als ein sofortiges vollkommenes Sistieren der Krankheit sah Pässler, namentlich bei sehr schweren Fällen, eine Abschwächung der allgemeinen Infektionserscheinungen. Der vor der Seruminjektion bedrohliche Krankheitsverlauf nimmt dann einen im ganzen ausgesprochen leichteren Charakter an. Speziell beobachtete man das Schwinden schwerster Symptome von seiten der Respirationsorgane und des Kreislaufs, in den Fällen mit Pneumokokkämie vor allem auch Verschwinden der Pneumokokken aus dem Blut. Müssen wir somit die Heilwirkung des Römerschen Pneumokokkenserums bei der fibrinösen Pneumonie noch als unsicher und in den meisten Fällen als unvollkommen bezeichnen, so ist sie doch, den bisherigen therapeutischen Resultaten nach zu urteilen, der Wirkung aller sonst möglichen unmittelbar gegen die Infektion selbst gerichteten Maßnahmen unbedingt überlegen. Das Serum wirkt antitoxisch und bakterizid. B.

W. Lindemann (Kiew): Über die Resorption in der Niere.

Für die Theorie von der Resorptionsfähigkeit der Niere, der Behauptung, daß das Glomerulusfiltrat, bis es das Nierenbecken erreicht, durch Resorption innerhalb der Harnkanälchen eingeengt wird, fehlt bisher der exakte Beweis. Nach den experimentellen Versuchen Lindemanns ist diese Resorptionsmöglichkeit zu leugnen. Er fand nämlich („Zieglers Beiträge zur pathologischen Anatomie", Bd. 37, H. 1), daß es durch Injektion mit Farbflüssigkeit oder Olivenöl vom Ureter aus gelingt (nicht nur in das Nierenbecken sondern auch) mehr oder weniger hoch hinauf in die Harnkanälchen die betreffende Flüssigkeit einzutreiben, je nach dem augenblicklichen Füllungszustand der Kanälchen mit Harn. Bei starkem Injektionsdruck tritt die Flüssigkeit infolge mechanischer Läsionen des Bindegewebes (besonders bei degeneriertem Parenchym) in der Umgebung der Calices renales in die Lymph- und Blutbahnen (Kapillaren und Glomerulusschlingen) zwischen den Harnkanälchen ein und geht von da eventuell ins Filtrat der anderen Niere über, täuscht somit eine Resorption von den Harnkanälchen aus vor. Wenn man aber durch Anwendung eines gewissen Injektionsdruckes den Filtrations-

druck der Glomeruli eben paralysiert, d. h. die Filtration sistiert, dann müßte nach der Resorptionstheorie die Harnwassersäule innerhalb der Kanälchen zurückgehen und das Öl höher in die Harnkanälchen hinaufsteigen. Da dies nach seinen Versuchen durchaus nicht der Fall ist, so glaubt LINDEMANN eine Rückresorption innerhalb der Harnkanälchen sicher ausschließen zu können. B.

MORITZ OPPENHEIM (Wien): **Die kombinierte Chinin-Jodbehandlung des Lupus erythematosus nach HOLLÄNDER und eine Erklärung für diese Therapie.**

Das Verfahren, das Verf. anwendete, bestand in Folgendem: Zuerst wurde mit 0·5 *g* Chinin. sulfuric. oder bisulfuric. nach einer eventuell bestehenden Idiosynkrasie gefahndet. Fehlte diese, so bekam Pat. die ersten 3 Tage früh und abends 0·50 *g* Chinin, auch mehrmals im Tage. Bevor die Jodeinpinselung vorgenommen wurde, wurden die erkrankten Stellen nach dem von HANS V. HEBRA zur Behandlung des Lupus erythematosus angegebenen Verfahren mit Alkohol absolutus und dann mit Äther betupft. Dadurch wurden die Krusten entfernt und jetzt erst die Jodtinktur mit einem Borstenpinsel energisch eingepinselt. Nach je 3 Tagen bekamen die Patienten 0·5 *g* Chinin mehr und diese Steigerung der Dosis wurde bis eventuell zu acht halben Grammen Chinin pro die fortgesetzt, je nach der Intensität des Falles. Bei dieser höchsten Tagesdosis blieben die Kranken solange, bis eine deutliche Abblassung und Abflachung der Krankheitsherde zu konstatieren war, und dann wurde die Tagesdosis nach je 3 Tagen um ein halbes Gramm vermindert, bis wieder zweimal täglich 0·5 *g* Chinin erreicht waren. Eine Pause in der Behandlung wurde nicht gemacht; nur wenn die Kranken sich über Ohrensausen und Schwerhörigkeit beklagten, wurde die Dosis herabgesetzt; sofort nach dem Aufhören dieser Symptome wurde wieder die ursprüngliche Dosis verabreicht, die dann entsprechend vergrößert wurde. Alle behandelten Kranken bekamen über 100 *g* Chinin in wenigen Wochen und bei keinem traten unangenehme Nebenwirkungen auf. Im Gegenteil, die Patienten fühlten sich recht wohl, nahmen an Körpergewicht zu, was wohl auf die tonisierende Wirkung des Chinins zurückzuführen ist. Bis jetzt wurden an der Klinik FINGERS 6 Fälle von Lupus erythematosus in der eben angegebenen Weise behandelt; alle litten an der chronischen, zur narbigen Atrophie führenden Form, bei allen war die Lokalisation ausschließlich im Gesichte und am Kopfe. Um diese fast spezifisch zu nennende Therapie des Lupus erythematosus, die HOLLÄNDER sogar differentialdiagnostisch verwerten will, zu erklären, sucht Verf. durch Tierversuche den Nachweis zu erbringen, daß das Chinin, welches im ganzen Organismus kreist, durch das in die Haut eindringende Jod im krankhaften Gewebe gewissermaßen fixiert wird, indem sich eine Chinin-Jodverbindung bildet; es käme da die große Affinität des Jods zum Chinin in Betracht. („Wiener klinische Wochenschrift", 1905, Nr. 3.) Bei vergleichsweiser Applikation von Jodtinktur und dem von den Elberfelder Farbenfabriken neuerdings hergestellten Jothion — einem zirka 80% Jod chemisch gebunden enthaltenden, außerordentlich leicht resorbierbaren Jodpräparat — konnte nachgewiesen werden, daß größeren Jodmengen in der Tat größere Chininmengen entsprechen. Die mit Jothion gepinselte Haut enthielt die größte Menge Chinin, ungefähr doppelt so viel als die unbehandelte und um die Hälfte mehr als die mit Jodtinktur behandelte Haut. L.

SALOMON (Frankfurt a. M.): **Über Durstkuren, besonders bei Fettleibigkeit.**

Experimentelle Untersuchungen am Menschen (Sammlung klin. Abhandlungen über Pathologie und Therapie der Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen, Berlin 1905) haben gezeigt, daß Wasserentziehung folgende sichergestellte Konsequenzen mit sich bringt: 1. Entlastung des Magens, Verminderung des auf seiner Innenwand lastenden Druckes. 2. Verminderung der Gesamtleistung des Zirkulationsapparates, Schonung des Herzens. 3. Eindickung der Körpersäfte. 4. Verminderung des Körpergewichtes durch Wasserverluste. 5. Herabsetzung des Appetites. 6. Erhöhung des Eiweißzerfalles (nur bei hochgradiger Wasserentziehung). 7. Dagegen hat sich die Ansicht, daß durch Wasserbeschränkung die Verbrennungsprozesse des Körpers und insbesondere die Verbrennung des Fettes in die Höhe getrieben worden, nicht bestätigt. — Die Wasserbeschränkung bei Entfettungskuren hat bloß die Absicht, das Herz der Fettleibigen, das stets in einer gewissen Gefahr der Überbürdung steht, zu entlasten. Die Beschränkung soll nicht unter 1500 cm^3 — alles was fließt eingerechnet — gehen. Bei manchen Fettleibigen bewirkt auch die Wasserbeschränkung eine Herabsetzung des Appetites und so indirekt Abmagerung. Bei Chlorotischen ist eine weise Beschränkung der Flüssigkeit ganz rationell, da die Gewebe Chlorotischer sich durch allzu großen Wassergehalt auszeichnen. Bei Lebercirrhose vermag oft eine Durstkur das Wiederkehren des Aszites zu verhindern. Bei Magen- und Darmblutungen empfiehlt sich eine vollkommene Entziehung jeder Flüssigkeit, verbunden mit Hungern 3 bis 5 Tage lang, wodurch das Blut eingedickt und gerinnungsfähiger gemacht wird. W. ZWEIG (Wien).

SCHÖNMANN (Hagen): **Ein Beitrag zur Behandlung des tuberkulösen Aszites.**

Seit einigen Jahren behandelt Verf. die Bauchfelltuberkulose mit Punktion und Injektion steriler Jodoformemulsion in die Bauchhöhle („Zentralbl. f. Chir.", 1904, Nr. 49). Er beginnt mit 1—2 *ccm* der 1%igen Jodoform-Glyzerinemulsion und steigert die Konzentration und die Dosis bei jeder neuen Injektion, je nach der Lage des Falles, in Intervallen von 4—8 Tagen. Sieben nach dieser Methode behandelte Fälle heilten in 3—10 Wochen, nachdem sie früher lange Zeit der internen Behandlung getrotzt hatten. Bei einem 29jährigen Mädchen heilte auch die gleichzeitig vorhandene Spitzentuberkulose aus. ERDHEIM.

TH. K. STEFANOWSKI (Kasan): **Über die Myringotomie als Mittel zur Verbesserung des Gehörs bei Otitis media chronica (adhaesiva, sicca und sclerotica).**

Verf. hat in den letzten 5 Jahren 16mal die Myringotomie bei chronischer Otitis media zur Besserung des Gehörs, zur Beseitigung des Ohrensausens und des Kopfschwindels ausgeführt. Die Erfahrungen, welche Verf. an seinem Material gemacht hat, faßt er in folgenden Sätzen zusammen („Archiv für Ohrenheilkunde", 1904, Bd. 62, H. 3/4): Die Myringotomie ist leicht ausführbar, fast schmerzlos und weder quoad vitam, noch quoad functionem mit einer Gefahr verknüpft; infolgedessen muß die Myringotomie möglichst häufig als ein Mittel angewendet werden, welches das Gehör zu bessern und das Ohrensausen zu verringern vermag. Verf. hat in seinen Fällen in 62·5% Besserungen, darunter in 12·5% vollständige Heilung notiert. Der Kopfschwindel verschwand vollständig oder ließ bedeutend nach. Die Anfälle wurden seltener, die Intensität schwächer, Übelkeit und Erbrechen kamen nicht mehr vor. Je früher man zur Operation schreitet, desto sicherer kann man auf Erfolg rechnen. In sämtlichen Fällen verlief die Operation gut, ohne üble Zufälle und ohne Komplikationen; auch ist während der Behandlungsperiode eine Verwachsung der künstlichen Öffnung im Trommelfell nicht eingetreten. Unter den Patienten des Verf.s, die mit Otitis media behaftet waren, befanden sich mehr Männer als Frauen. L—y.

NUSSBAUM (Hannover): **Der Hof des Wohnhauses.**

Verf. macht den sehr beherzigenswerten Vorschlag, dem Hofe im Wohnhause der Großstädte mehr Beachtung zu schenken, als dies bisher geschieht. Ein entsprechend großer Hof mit Gartenanlagen würde es auch in der Großstadt ermöglichen, ruhige, staubfreie, gut gelüftete, im Sommer kühle Wohnräume zu gewinnen, während die der Straße zugekehrten Räume nur für Küchen- und Geschäftszwecke Verwendung finden würden. Durch Zusammenfügen von Nachbarhöfen könnten leicht größere Gartenanlagen geschaffen werden. Dem Einwande, daß eine derartige Grundplanverfügung unwirtschaftlich erscheinen müßte, weil die Straßenflucht der Wohnhäuser deren wertvollsten Teil darstellt, begegnet der Verf. damit, daß durch seinen



Vorschlag der hygienische Wert der Höfe und das Wohlbehagen, welches die nach ihnen sich öffnenden Wohnräume zu bieten vermögen, das jetzt bestehende Wertverhältnis ändern würden („Hygien. Rundschau“, 1904, Nr. 21). Ein künstlerisch durchbildeter Schmuckhof oder der Blockpark sollte auch bei uns jene Bedeutung gewinnen, die der Hof als Perle des Hauses bei den alten Völkern und noch heute bei den Völkern des Südens besitzt. A.

DEBOVE (Paris): **Lipomatosis dolorosa.**

In der letzten Zeit häufen sich die Berichte über die als „Lipomatosis dolorosa“ oder „Maladie de Dercum“ bekannte Krankheit. DEBOVE beschreibt („Gaz. des hôpitaux“, 1904, Nr. 116) eine noduläre Form dieser Erkrankung. Seine Patientin, eine 69jährige Frau, hat seit 12 Jahren Tumoren an beiden Armen, deren symmetrische Anordnung und Druckschmerzhaftigkeit, verbunden mit der allgemeinen Asthenie und den psychischen Störungen die Diagnose „Maladie de Dercum“ als berechtigt erscheinen lassen. Bei oberflächlicher Beobachtung präsentieren sich die Tumoren als gewöhnliche Lipome. Bekanntlich ist das weibliche Geschlecht, besonders im Klimakterium, für dieses Leiden prädisponiert. Ätiologisch kommt nach der Meinung DEBOVEs besonders das Nervensystem in Betracht. Bei seiner Pat. waren psychische Traumen dem Ausgang des Leidens vorausgegangen. J. St.

GRENET (Paris): **Experimentative Purpura.**

Während die von MATHIEU und GLEY sowie von anderen gemachten Experimente nur unvollständige Resultate ergaben, gelang es GRENET beim Kaninchen, eine Eruption zu erzeugen, die der Purpura exanthematica beim Menschen glich („Arch. gén. de méd.“, 19. Januar 1904). Durch intramedulläre Injektion des Glyzerinextraktes eines Purpurakranken wurde eine Intoxikation des Organismus sowie eine nervöse Reizung, durch temporäre Ligatur des Pedunculus hepaticus eine Alteration der Leber erzeugt. Diese modifiziert die Koagulabilität des Blutes, während die Alteration der Nerven die Hämorrhagien produzieren soll. J. St.

Kleine Mitteilungen.

— Den **Einfluß der Nierenspaltung auf das Nierengewebe** hat HERMAN im Tierexperiment studiert („Deutsche Ztschr. f. Chir.“, Bd. 73) und kommt zu nachstehenden Schlüssen: Nach Längsinzision der Niere (rectio renis) tritt ein bedeutender, mitunter halbseitig auftretender Schwund derselben ein. Der Grund dieses Schwundes liegt in erster Linie in der Bildung ausgebreiteter Infarkte, in zweiter Linie im Auftreten einer interstitiellen Entzündung. Bei Versuchstieren, bei denen die nicht operierte Niere vollkommen gesund war, hatte dieser künstlich im Nierengewebe hervorgerufene Defekt augenscheinlich keine größere Bedeutung. Es läßt sich daraus jedoch nicht der Schluß ziehen, daß diese Schädigung auch beim Menschen gleich harmlos sei. Den Verlust einer Nierenhälfte gleicht der Organismus durch Hypertrophie der verbliebenen Hälfte und der anderen Niere aus. Diese Hypertrophie tritt jedoch nur in dem Falle ein, wenn der Organismus jung und gesund ist, wenigstens soweit dies die Nieren betrifft. Wir können jedoch gerade bei Menschen unter diesen Bedingungen selten operieren. Bei querer Inzision der Niere ist der Schwund des Nierengewebes unvergleichlich geringer als bei Sectio renis. Die gleichzeitige Inzision beider Nieren ist ein mit großer unmittelbarer Gefahr verbundener Eingriff. Wenn durch irgendwelche Gründe diese Operation beim Menschen ausgeführt werden müßte, sollte man grundsätzlich die durchschnittenen Nieren nicht vernähen, sondern die Wunde offen lassen und nur mit steriler Gaze tamponieren. Denselben Grundsatz sollte man auch in solchen Fällen einhalten, bei welchen wir gezwungen wären, in derselben Sitzung nach Exzision der einen Niere die andere zu inzidieren. Bei beiderseitiger querer Nephrotomie haben wir bedeutend größere Wahrscheinlichkeit, das Tier am Leben zu erhalten, als bei Längsinzision. Vielleicht wäre es am Platze, auch in der Klinik an Stelle der Nephrotomia longitudinalis die Querinzision treten zu lassen, im Fall es sich erweisen sollte, daß auch dieser leichtere Eingriff imstande ist, gewissen für die Nephrotomie gestellten Indikationen Genüge zu tun.

— Aus den Erfahrungen von PODHORETZKI über gemischte **Hedonal-Chloroformnarkose** („Deutsche med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 50) geht Folgendes hervor: Der Schlaf tritt bei dieser Narkose rascher ein als bei Anwendung von Chloroform allein. Die zur Herbeiführung der Narkose sowie zu ihrer Erhaltung erforderliche Chloroformquantität ist geringer. Irgend eine unangenehme Wirkung auf Herz und Atmung wurde nicht beobachtet, wohl ein qualitativ besserer Puls konstatiert als bei Anwendung von Chloroform allein. Erbrechen wurde nach der Narkose bedeutend seltener als bei anderen Mitteln beobachtet. 2·0 Hedonal (bei Frauen) genügen, um die vorteilhafte Wirkung zu voller Bedeutung kommen zu lassen. Da das Hedonal schwerer resorbiert wird, empfiehlt es sich, das Mittel möglichst rechtzeitig, jedenfalls nicht weniger als eine Stunde vor Beginn der Chloroformierung, zu geben.

— Die **spezifische Therapie der Tuberkulose** und ein Impfverfahren gegen dieselbe erörtert MARAGLIANO („Gaz. d. osp.“, 1904, Nr. 121). Er sagt: Es gibt eine wirksame spezifische Therapie der Tuberkulose. Es gibt eine Möglichkeit, den tierischen Organismus gegen Tuberkulose zu immunisieren wie gegen andere Infektionskrankheiten, und man darf mit gutem Grunde auf ein antituberkulöses Impfverfahren beim Menschen hoffen. Die durch die tuberkulöse Infektion geschaffenen Veränderungen im Organismus sind bedingt durch die von den lebenden Tuberkelbazillen ausgeschiedenen Gifte und durch die im Körper der Tuberkelbazillen enthaltenen Gifte, die Tuberkelbazillen-Proteine. Die letzteren begünstigen die Verbreitung der Tuberkelbazillen im Körper und schaffen ein für ihre Verbreitung günstiges Terrain. Zur Wirkung der von den Tuberkelbazillen geschaffenen Läsionen gesellen sich alsbald hinzu die Mischinfektionen mit den pyogenen Pilzen, welche zur Gewebszerstörung und zu schweren toxämischen Zuständen führen. Der tierische wie menschliche Organismus verfügt über ein gewisses Quantum von Verteidigungsstoffen gegen Tuberkelbazillen, welche sich aber nur bei Einverleibung kleiner und begrenzter Quantitäten von tuberkulösem Virus äußert. Durch die Injektion tuberkulösen Giftes, seien es abgetötete, seien es lebende Bazillen, erhöht sich in progressiver und meßbarer Weise das bakterizide, das antitoxische und das agglutinierende Vermögen des Blutserums. Das diese Schutzstoffe enthaltende Serum kann zur passiven Immunisierung und zu Heilzwecken verwandt werden. Dies kann auch durch den Magen und Darm bewirkt werden. Die aktive Immunisierung beim Menschen in der Form eines Impfverfahrens kann man auf verschiedenen Wegen mit lebendem oder totem Material erlangen. Die am meisten versprechende Form einer Schutzimpfung ist die „progressive“. Sie besteht darin, daß durch abgetötete Tuberkelbazillen ein entzündlich-tuberkulöser Herd gesetzt wird, indem diese abgetöteten Tuberkelbazillen in bestimmt abgemessener Quantität sehr oberflächlich unter die Haut injiziert werden. Es soll zu einem langsam heilenden Abszesse kommen, dessen Inhalt steril bleibt, der oft 1—2 Monate länger zur Heilung braucht, keine Gefahr bringt und zur progressiven Anhäufung von Schutzstoffen im Blute führt.

— Das **Antithyreoidin MOEBIUS** ist Blutserum von Hammeln, denen man zirka 6 Wochen vor dem ersten Aderlaß die Schilddrüse exstirpiert hat. Es erhält zur Konservierung einen Zusatz von 0·5% Karbolsäure und wird ausschließlich in mit Korkstopfen verschlossenen Gläsern zu 10 cm^3 Inhalt abgegeben. Bei entsprechender Aufbewahrung ist das Antithyreoidin unbegrenzte Zeit haltbar. In einer zweiten Veröffentlichung konnte MOEBIUS diese günstigen Erfahrungen auf Grund weiterer Beobachtungen bestätigen. Er äußert sich u. a. wie folgt: Das Basedowserum hat niemals Störungen hervorgerufen und es hat zweifellos den Kranken Nutzen gebracht. Zwar schien die Zahl der Pulse nicht stark abzunehmen, aber der Umfang des Halses wurde geringer, die Kranken sagten mit Bestimmtheit, sie fühlten sich ruhiger, sie schliefen besser. Die bisher von BALLET und ENRIQUEZ, LANZ, BOERINA („Ärztl. Rdsch.“, 1905, Nr. 1) von HEMPEL („Münch. med. Wochenschrift“, 1905, Nr. 1) und THIENGER (ibidem) gewonnenen Resultate fordern zu ausgedehnter Verwendung und weiterer Nachprüfung des Serums auf, nachdem sich dasselbe als ein Mittel erwiesen hat, das vielfach bessernde, in gewissen einzelnen Fällen direkt heilende Wirkung entfaltet. Man pflegt schon nach kurzdauern-

der Verwendung des Thyreoid-Serums Abnahme des Halsumfangs, Rückgang der Puls- und Atemfrequenz, Verkleinerung des Exophthalmus und Verminderung der Schweißsekretion zu konstatieren.

— Bei Anwendung der **Spinalanalgesie** gelangte STOLZ („Archiv f. Gyn.", Bd. 73) zu folgenden Ergebnissen: Die Spinalanalgesie mit 0·05—0·08 Tropakokain, das im Liquor cerebrospinalis gelöst wird, erwies sich ungefährlich und erzeugte nur ausnahmsweise geringe Folgeerscheinungen. Die Analgesie schreitet in gesetzmäßiger Weise vorwärts und steigt von den untersten Sakralgegenden zu den Dorsalsegmenten empor. Ihr Erlöschen erfolgt in umgekehrter Richtung, so daß die Anal- und Genitalregion am frühesten und längsten analgetisch ist. Größere Dosen erhöhen die Dauer und Intensität, größere Flüssigkeitsmengen die Ausbreitung der Analgesie. Sie eignet sich vorzüglich zur Ausführung aller Operationen am Anus und am äußeren Genitale, insbesondere zu den Plastiken und Fisteloperationen. Bei Kolpoköliotomien und Köliotomien ist die Injektion von 0·07—0·08 Tropakokain erforderlich. Viele Laparotomien — 56% — ließen sich so ohne Störung vollenden, in 31% war infolge langer Dauer der Operation noch eine Inhalationsnarkose nötig, in einigen Fällen — 1·3% — versagte die Spinalanästhesie vollständig. Zur Inhalationsnarkose waren nach voraufgegangener Spinalanästhesie stets auffallend geringe Mengen nötig. In den geburtshilflichen Fällen genügte 0·05 Tropakokain, um das äußere Genitale für eine Stunde zu analgesieren. Die Wehen wurden weder in ihrer Dauer, noch in ihrer Heftigkeit beeinträchtigt, eher ließ sich eine Steigerung der Wehentätigkeit wahrnehmen. Die reflektorische Aktion der Bauchpresse wird ausgeschaltet, doch kann die Bauchmuskulatur willkürlich in Tätigkeit versetzt werden. Die Spinalanalgesie eignet sich in der Geburtshilfe für operative Eingriffe, doch ist die Lumbalpunktion wesentlich schwieriger als bei nichtschwangeren Frauen.

— Über einige Anwendungsgebiete des **Thigenol**, speziell in der Gynäkologie berichtet BLONDEL („Rev. de Thérap.", 1904, Nr. 23). Das Thigenol ist eine vereinfachte Form des Ichthyols und wird dargestellt, indem man süßes Mandelöl mit konzentrierter Schwefelsäure behandelt; es enthält 10% Schwefel, also fast 2% mehr als das Ichthyol, stellt eine dickliche, dunkelbraune, leicht in Wasser, Alkohol und Glyzerin lösliche Flüssigkeit dar von ausgeprägtem, aber nicht unangenehmem Geruch. Infolge der leichten Herstellungsweise ist der Preis des Thigenols ein geringer, es ist nicht toxisch, selbst bis zu 20 *g* pro Tag. BLONDEL wandte das Thigenolum purum mit Erfolg bei Ekzema seborrhoicum, ferner bei Prostatitis acuta und chronica als Lavements in folgender Mischung an: Thigenol, Antipyrin aa. 5·0, Aqu. dest. 100·0, besonders aber bei gynäkologischen Affektionen, und zwar bei Fluor albus, Endometritis, Entzündungen der Adnexe, Lageveränderungen des Uterus und der Adnexe usf. Meist wird das Thigenol, mit Wasser oder Glyzerin zu gleichen Teilen vermischt, in Form von Tamponade 3mal wöchentlich neben täglichen Ausspülungen mit Natr. bicarb.-Lösung angewandt. BLONDEL hat schließlich das Thigenol in einer Reihe von Fällen bei chronischer Blennorrhöe der Harnröhre und der paraurethralen Drüsen angewandt, und zwar in der Weise, daß er einen mit dem Mittel getränkten Tampon bis zur nächsten Miktion in der Harnröhre liegen ließ oder dasselbe in die Drüsen mittelst einer Platinöse einführte; 3 Wochen täglicher Einlage haben bei chronischer Urethritis zur völligen Heilung genügt. Die Wirkung des Thigenols ist jener des Ichthyols ähnlich, ohne die Nebenerscheinungen desselben — Geruch etc.

— Die **Anemonen**, ihre Pharmakologie und therapeutische Verwendung bespricht CHEVALIER („Rev. de Thér. méd. chir.", 1905). Dieselben gehören zur großen Familie der Ranunkulazeen und sind in therapeutischer Beziehung der Akonitgruppe anzureihen, mit welcher sie auch in pharmakologisch-dynamischer Hinsicht zahlreiche Berührungspunkte haben. CHEVALIER glaubt, daß die Anemonen als anästhesierende Mittel noch wertvolle Dienste leisten können, und bedauert, daß sie durch die kritiklose Anwendung von seiten der Homöopathen in Mißkredit gekommen seien. Das Extrakt der Anemonen wirkt bei den Tierversuchen als Gift des Zentralnervensystems; therapeutisch wird das wässerige, alkoholische oder Ätherextrakt aus den Blättern verwendet, und zwar in der Dosis von 0·05—0·2 in Pillenform. Beinahe spezifisch soll diese Therapie bei schmerzhaften Genitalaffektionen beider Geschlechter wirken, wie z. B. bei Dysmenorrhöe, schmerzhafter Oophoritis, Orchitis, also bei mit Schmerzen verbundenen Entzündungen der Geschlechtsorgane und deren Adnexe. Das Mittel hat ferner gute Resultate bei Keuchhusten, Asthma und überhaupt bei spastischen Affektionen, welche von Sympathikuserkrankungen herrühren, gegeben.

— Bei **harnsaurer Diathese** hat FLORET („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 4) vom Natronsalz der Anhydromethylenzitronensäure, dem Citarin, Erfolge gesehen. Dasselbe löst sich sehr leicht in kaltem Wasser; mit Zusatz von etwas Zucker nimmt es einen nicht unangenehmen, limonadenartigen Geschmack an und wird in dieser Form gern genossen. Die bisherigen klinischen Versuche sind zu dem übereinstimmenden Resultate gekommen, daß das Citarin durchaus das zu leisten vermag, was vermöge seines Aufbaues und seiner chemisch-physikalischen Eigenschaften von ihm erwartet werden konnte. Zuverlässig ist seine Wirkung bei akuter und auch chronischer Gicht. Man gibt davon mehrmals täglich 2 *g*.

— Aus den Erfahrungen von BOYE („Zentralblatt f. inn. Med.", 1905, Nr. 5) geht hervor, daß das **Metaphenylendiamin** auf akute Durchfälle einen günstigen therapeutischen Einfluß hat. Bei einigen chronischen Darmleiden sowie bei Diarrhöen von Phthisikern blieb die therapeutische Wirkung aus. Jedenfalls würde ein weiterer Versuch mit Metaphenylendiamin bei derartigen chronischen Durchfällen gerechtfertigt sein. Am meisten indiziert ist das Metaphenylendiamin aber wohl bei den akuten, durch chemische Veränderungen des Darminhaltes verursachten Diarrhöen. Ähnlich oder ebenso war der Verlauf bei allen anderen mit Metaphenylendiamin behandelten Diarrhöen der Kinder. Nie traten irgendwelche schädliche und unangenehme Nebenwirkungen auf. Ohne die Erwartungen allzuhoch zu spannen, möchte Verf. auf Grund seiner Erfahrungen empfehlen, bei Verdauungsstörungen, die von Durchfall begleitet sind, das Metaphenylendiamin (Lentin) in kleinen Dosen (für Erwachsene nicht über 0·3 *g* dreimal täglich!) zu versuchen.

— Über die neuen **Fortschritte der Untersuchung und Behandlung der Sprachstörungen** berichtet GUTZMANN („Ztschr. f. diät. u. phys. Ther.", Bd. 8, H. 10). Verf. fand bei gleichzeitigen kymographischen Atmungsaufnahmen der Brust- wie der Bauchatmung, daß bei normal sprechenden Personen die willkürliche Beeinflussung der Atmung durch den Sprechvorgang der thorakalen Bewegung das Übergewicht über die abdominale verleiht. Bei Sprachstörungen wie bei kortikomotorischer Aphasie, Stotterern und kongenital taubstummen Kindern, die die Sprache langsam erlernt haben, zeigen sich dagegen die Exspirationsbeginne beider Arten auffallend synchron. In therapeutischer Hinsicht ist daher notwendig, die kostale Atmung zu verstärken und durch Übung mehr zum Bewußtsein zu bringen. Hinsichtlich der Diagnose von Artikulationsstörungen besitzen wir einfache Apparate, die uns die Bewegungen des Mundbodens und der Lippen registrieren. Fehlerhafte Luftdurchlässe durch die Nase beim Sprechen lassen sich leicht mittelst einer in die Nasenöffnung hineingesteckten durchlöcherten Olive, welche durch einen Gummischlauch mit einer Schreibkapsel in Verbindung steht, feststellen. So werden auch die verschiedenen Formen des Lispelns unterschieden. Drei Sinne, das Gefühl, das Gehör und das Sehen üben bei der Sprachtätigkeit eine gemeinschaftliche Kontrolle aus. Bei Störungen eines dieser Sinne ist die Kompensation durch Erhöhung der Tätigkeit eines anderen zweckmäßig. Auch psychische Einflüsse sind in Betracht kommende Faktoren sowohl beim Erlernen der Sprache als bei spastischen Störungen derselben. Die Produktion der eigenen Sprache, die gerade bei solchen Personen oft rauh ist, kann durch Übung des Gefühls verbessert werden. Der Aufbau der Sprache motorisch Aphasischer durch Artikulationsübungen wird unterstützt bei Rechtshändern durch Schreibübungen mit der linken Hand, insoferne dadurch das rechte Hirn für die feineren Sprachbewegungen geübt wird. Die Regulierung der Atmungsbewegung hat sich beim Stottern und bei der spastischen Aphonie als Grundlage der gesamten Behandlung erwiesen.

— Die Haltbarkeit und Verwendbarkeit des **FICKERschen Diagnostikum** auch in tropischen Gegenden hat EICHLER erprobt („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 3). Uns ist durch dieses

Präparat ein Mittel zur Typhusdiagnose gegeben, das vor allem für Schiffsärzte von unschätzbarem Nutzen ist. Der ganze Apparat eines Laboratoriums zur Anstellung der mikroskopischen GRUBER-WIDALschen Serumreaktion fehlt an Bord vollständig. Da das FICKERsche Typhusdiagnostikum, als einwandfrei und haltbar nunmehr erprobt, die Methode zur Anstellung dieser makroskopischen Serumreaktion sehr leicht zu erlernen und ohne weitere Hilfsmittel anzustellen ist, so sollte das Diagnostikumkästchen eigentlich in keiner Schiffsapotheke mehr fehlen.

— Das **Glykosal** hat SCHOBER (Inaugural-Diss., Halle a. S. 1905) bei akutem Gelenkrheumatismus, Rheumatismen mit subfebrilen Temperaturen, chronischer Polyarthritis, Muskelrheumatismus und exsudativer Pleuritis erfolgreich gebraucht. Dasselbe ist ein aus Salizylsäure und Glyzerin unter Einwirkung von Mineralsäuren dargestellter Monosalizylsäureglyzerinester. Das weiße, leichte Kristallpulver schmilzt bei 76° C, löst sich in kaltem Wasser zu etwa 1%, in heißem außerordentlich leicht. Von Alkohol wird es gut aufgenommen, weniger gut von Äther und Chloroform. Mit Glyzerin ist es mischbar. Es wurde zumeist in Dosen von mehrmals täglich 1 *g* verabreicht. Die perkutane Anwendung (10%ige Glykosalsalbe) erscheint SCHOBER nicht empfehlenswert.

Literarische Anzeigen.

Aufgaben, Zweck und Ziele der Gesundheitspflege. Von **Prof. Dr. Johannes Orth.** Stuttgart 1904, Ernst Heinrich Moritz.

Die „Bibliothek der Gesundheitspflege" konnte nicht würdiger eingeleitet werden, als durch das vorliegende Büchlein, in welchem der berühmte Autor in vollendeter, für jedermann verständlicher Weise Entstehung und Verhütung von Krankheiten bespricht. Wir wünschen dem Unternehmen, das jedem gute, populäre Medizin zu billigen Preisen zugänglich machen will, vollen Erfolg. Jeder Arzt sollte das Eindringen dieser Schriften in die Familie nach Kräften fördern; denn auf diese Weise kann er das Kurpfuschertum in der würdigsten und wirksamsten Weise bekämpfen. A.

Über akute Exantheme. Neue Methode ihrer Prophylaxe. Von **Dr. Jaroslav Elgart**, Arzt am Brünner Krankenhause. Leipzig, Veit & Komp.

Die Erfahrungen des Autors stammen aus einigen beobachteten Hausepidemien im Krankenhause. Vom Standpunkte ausgehend, daß bei einer rationellen Prophylaxe das größte Augenmerk auf die Infektionspforten zu richten sei, und daß der Respirationstrakt diese in erster Linie abgebe, wurden prophylaktische Inhalationen mit nichttoxischen und wenig reizenden Stoffen, und zwar Aqua calcis (mit destilliertem Wasser aa.), mit 3%iger Lösung von Acidum boricum, mit 0·05% Solutio Jodi trichlorati und mit 3%iger Kochsalzlösung bei den gefährdeten Kindern in Anwendung gebracht. Die erzielten Resultate waren frappierend und regen zur Befolgung der vom Autor gegebenen Anregung sehr an. In einem speziellen Teile des Buches faßt Autor alles Wissenswerte über Ätiologie, Epidemiologie, Disposition und Immunität des Scharlachs, der Masern, des Fleckfiebers, der Pocken in interessanter Form zusammen. Ein letzter Abschnitt bringt praktische Winke für eine allgemeine Prophylaxe der akuten Exantheme. NEURATH.

Welche Aufgabe erfüllt das Krankenhaus der kleinen Städte und wie ist es einzurichten? Von Sanitätsrat **Dr. Mencke.** Fünfte Auflage, bearbeitet von **Dr. med. Fritz Carlau.** Mit 6 Tafeln Abbildungen und 7 in den Text gedruckten Holzschnitten. Berlin 1904, Richard Schoetz.

Das Büchlein enthält nicht nur alles zur Anlage, Einrichtung und zum Betriebe eines kleinen Krankenhauses — nach dem Muster englischer Hüttenhospitäler — Wissenswerte, sondern zeigt auch den Weg, wie die private Wohltätigkeit zur Herbeischaffung der nötigen Mittel heranzuziehen ist. Der Neubearbeiter hat aus Pietät gegen den Verfasser an der ursprünglichen Fassung wenig geändert, nur in einem Anhange das seit einigen Jahren bestehende, neue Verwaltungssystem besprochen. Die Notwendigkeit einer 5. Auflage beweist wohl am besten die große Verbreitung, die dieses treffliche Büchlein in allen Interessentenkreisen gefunden hat. A.

Feuilleton.

Über die Haftpflicht der Ärzte.

Von **Dr. Max Ellmann**, Wien.

(Fortsetzung.)

Eine Bedingung für die Rechtsgültigkeit des Vertrages ist die Einwilligung des Kranken oder, falls er unmündig ist, seiner Angehörigen. Einzelne Rechtslehrer gehen soweit, daß sie die allgemein gültige Straflosigkeit der ärztlichen Eingriffe, welche ihrer Ansicht nach Körperverletzungen im Sinne des Gesetzes sind, auf die Zustimmung des Kranken zurückführen! Meiner Ansicht nach sind Operationen überhaupt keine Körperverletzungen im Sinne des Gesetzes; nach österreichischem Gesetze würden sich bei dieser Auffassung geradezu fürchterliche Folgen für die Ärzte ergeben, da nach unserem Strafgesetze selbst die Einwilligung des Verletzten den Täter nicht straflos macht. Jeder Arzt, der einen Kranken operiert, müßte in den Kerker wandern!

Da aber ein Vertrag nur dann bindend ist, wenn die Vertragschließenden über alle Bedingungen und Vertragsverhältnisse sich klar sind, wird die Einwilligung nur dann rechtskräftig, wenn der Kranke die volle Wahrheit weiß. Diese Bedingung aber zu erfüllen, geht nicht immer an, wie wir früher gesehen haben. Die Operateure suchen sich in letzter Zeit durch Reverse sicherzustellen. Bevor wir über diese Frage sprechen, wollen wir aber noch einige Fragen aufwerfen — nicht lösen, denn die Lösung ist unmöglich.

Welcher Kranke hat das Recht, seine Einwilligung zu geben? Rechtlich ist das nicht klar, etwa nur der eigenberechtigte, volljährige Kranke? Wenn jemand wegen Verschwendung unter Kuratel steht, darf er dann sich nicht operieren lassen, um sein Leben zu retten? Muß er die Zustimmung seines Kurators abwarten? Gewiß nicht! Darf ein Mensch im Alter von 23 Jahren nicht seine Zustimmung geben? Muß der Arzt sich vorher durch Vorlegen des Geburtsscheines die Gewißheit verschaffen, daß der Kranke mündig ist? Mir ist folgender Fall bekannt geworden.

Eine junge Frau läßt sich von einem Spezialarzt wegen einer unbedeutenden Nasenaffektion operieren und es folgt eine heftige, aber nicht gefährliche Blutung. Der Mann, ein Advokat, droht mit der Klage, weil die Frau rechtlich nicht mündig war! Nehmen wir folgende Fälle: Ein Kranker ist bewußtlos. Die Operation ist dringend. Wer hat das Recht, die Einwilligung zu erteilen? Die Angehörigen, sagt man; welche Angehörige? Wenn wir Eltern für die Kinder, großjährige Kinder für die Eltern, Eheleute gegenseitig zur Erklärung für berechtigt halten, was soll man dann aber tun, wenn etwa der Vater die Einwilligung zur Operation gibt, die großjährige Frau sie verweigert. Sind Geschwister berechtigt, die Einwilligung zu geben? Oder gar noch entferntere Verwandte? Man sieht, daß der Arzt eigentlich immer in Begleitung seines Rechtsfreundes sein müßte, und daß er auch dann Gefahr läuft, falsch zu handeln und die Folgen tragen zu müssen, da ja auch der Rechtsfreund nicht unfehlbar ist und seine Ansichten für den Richter nicht bindend sind.

Wir sehen demnach, daß die Praxis einen Ausweg suchen muß, einen Ausweg, der aber gelegentlich irre führen kann.

RABEL [7]) sagt diesbezüglich treffend: „Der Arzt wird ferner das Recht der Eltern und Vormünder auf Dummheit respektieren müssen, so lange nicht die Behörde sich einmischt, die er anrufen darf. Er wird jedoch mindestens bei großjährigen Kranken auf die Stimme des Bruders, des Onkels oder gar der Köchin nicht zu hören brauchen. Ich wüßte nicht, warum man ihre Vorliebe für Sympathiemittel und „Naturheilkunde" schützen sollte, und sind doch teure Anverwandte, die sich dem Arzt aus Indolenz oder gar aus

[7]) L. c. pag. 33.



Rachsucht, oder in ihrer Eigenschaft als lachende Erben in spe hindernd entgegenstellen, nicht ganz außer der Welt. „Ich behaupte ruhig, daß der vom Kranken gerufene oder nach dem vermutlichen Willen desselben handelnde Arzt in der Krankheit dem Patienten rechtlich viel näher steht, als all diese Personen."

Kein Arzt zweifelt daran, daß er dort, wo plötzlich Lebensgefahr entsteht, eingreifen muß, und er wird sich hier durch keinerlei rechtliche Bedenken abhalten lassen. Ob ohne Willen oder gegen den Willen des Kranken und seiner Angehörigen, ist hier einerlei.

In einem Artikel der „Neuen Freien Presse" berichtet ein Dr. F. F. K. über Folgendes: Eine Frau vergiftet sich, die Frau sträubt sich mit Gewalt gegen die Behandlung, die Ärzte aber waschen ihr trotz alles Sträubens den Magen aus. Die Frau wird gerettet. Ein Strafrechtslehrer der Wiener Universität erklärt den Ärzten, daß sie nach § 93 St. G. B. das Verbrechen der öffentlichen Gewalttätigkeit begangen hätten! Strafe 6 Monate bis zu 1 Jahre Kerker, bei erschwerenden Umständen sogar bis zu 5 Jahre schweren Kerker! Abgesehen davon, daß meiner Ansicht nach hier nicht § 93 des Strafgesetzes (Einschränkung der persönlichen Freiheit), sondern § 98 (Erpressung: wer einer Person Gewalt antut, um sie zu einer Leistung oder Duldung oder Unterlassung zu zwingen) anzuführen wäre, glaube ich, daß kein Richter der Welt sich zu einer solch doktrinären Meinung bekennen würde.

Wo plötzliche Lebensgefahr besteht und der Arzt eingreift, geht er von folgender Voraussetzung aus:

Ein Abwarten bringt Gefahr. Bei dem Zustand des Kranken ist es demselben oder seinen Angehörigen unmöglich, in Ruhe die Gefahren des Zustandes und des Eingriffes gegenüberzustellen und ihren Entschluß zu fassen. Ich handle nach dem Willen, den der Kranke voraussichtlich haben würde, ja haben müßte, wenn er voll zurechnungsfähig wäre.

Würde man eine derartige Handlung des Arztes als Verbrechen auffassen, so wäre es auch ein Verbrechen, einem Selbstmörder beizuspringen, da er ja durch seine Tat seinen Willen deutlich genug ausgedrückt hat. Zu solchen Absurditäten kann aber nur der Buchstabenglaube führen; das wirkliche Leben weiß nichts davon.

Greift der Arzt aber ohne Not ein, ohne vorher die Zustimmung erlangt zu haben, dann verliert er nicht nur den Anspruch auf Entschädigung, den er sonst hat, sondern ist auch haftpflichtig für einen eventuellen Schaden.

Sie wissen, daß in letzter Zeit die Frage der Reverse viel besprochen wurde. Der Revers besagt, daß der Kranke in die Operation einwilligt. Inwiefern sind solche Reverse rechtskräftig? Die allgemeinen Voraussetzungen, wie Zurechnungsfähigkeit und eventuell Mündigkeit des Kranken übergehe ich.

Aus dem Reverse muß hervorgehen, daß der Kranke die Art und Gefahr des Leidens sowie die Art und Gefahr der Operation kennt! Denn nur dann ist ja der Vertrag rechtsgültig, wenn der Kranke sich über alles klar ist! Inter arma silent leges. Sollen wir sagen, unter dem Drucke des Gesetzes, vielmehr des Buchstaben des Gesetzes, schweigt die Humanität?

Kann aber der Kranke überhaupt immer die vorhandenen Verhältnisse wirklich so beurteilen, daß sein Entschluß wie das Gesetz es verlangt, frei, ernstlich, bestimmt und verständlich ist? Hochintelligente Menschen wohl manchmal, nie aber unintelligente. Intelligente Kranke sagen ja oft dem Arzt, ich vertraue mich Ihnen an, tun Sie, was sie für gut und notwendig halten.

Die Notwendigkeit des Eingriffes kann gegebenenfalls nur der Arzt bestimmen. Erklärt der Arzt eine Operation für nötig und stimmt der Kranke bei, so ist hiermit die Verantwortlichkeit des Arztes noch immer nicht behoben. Der Kranke stimmt dem notwendigen Eingriffe zu, nicht etwa dem überflüssigen. Der Revers würde daher in letzterem Falle den Arzt nicht exkulpieren.

Kann aber der Arzt immer die Notwendigkeit des Eingriffes bestimmen?

Nein! Bei einem eingeklemmten Bruch, bei einer Kehlkopfstenose, bei einer Blutung ist die Notwendigkeit klar. Wie aber bei Krebs in gewissen Stadien? Ein Operateur erklärt die Operation für aussichtslos und unmöglich, der andere für möglich und bei der absoluten Tödlichkeit des Leidens für notwendig!

In anderen Fällen hängt die Notwendigkeit des Eingriffes gar von dem subjektiven Befinden des Kranken ab, von seinem Berufe etc., also von Verhältnissen, die der objektiven Beurteilung nicht so leicht zugänglich sind. Ist bei einer Neuralgie die Resektion des Nerven „notwendig"? Der eine Kranke hält lieber die Schmerzen aus, dem anderen machen sie den Tod wünschenswerter als das Leben!

In solchen Fällen wird daher nicht der Arzt, sondern der Kranke die Notwendigkeit des oft gefährlichen Eingriffes zu bestimmen haben.

Wie aber, wenn der Arzt während des Eingriffes findet, daß eine größere, gefährlichere Operation nötig ist? Soll er von dem Kranken von vornherein sich für alle Zufälle den Revers geben lassen, dem Kranken meist überflüssige Sorge und Angst machen?

Kann die Operation unterbrochen werden, nun gut, dann kann auch die neuerliche Einwilligung eingeholt werden, die wohl meist versagt werden dürfte. Zum zweitenmal läßt man sich gewiß nicht gerne operieren, zumal wenn man weiß, daß der Arzt sich schon einmal geirrt hat. Ist eine Unterbrechung der Operation unmöglich, dann ist die Haltung des Operateurs gegeben. Er muß die Operation nach bestem Wissen und Gewissen zu Ende führen.

Ein Revers, der sich auf eine bestimmte Operation bezieht, ist immer ein zweifelhafter Schutz des Arztes. Der Revers müßte etwa so lauten: Ich anvertraue mich dem Dr. X und erlaube ihm, alle nach seiner Wissenschaft für nötig befundenen Eingriffe an mir vorzunehmen, um mich von dem Leiden, das er bei mir konstatiert hat, zu befreien. Durch einen derartigen Revers gibt der Kranke deutlich zu verstehen, daß er von dem Leiden befreit werden will und daß er in einen nötigen Eingriff einwilligt. Der Arzt würde trotzdem verpflichtet sein, dem Kranken die Wahrheit zu sagen, weil nur dann seine Einwilligung eine freie und bestimmte sein kann. Der Arzt wird durch einen solchen Revers nur insofern geschützt, daß er für eine etwa sich als nötig herausstellende größere Operation, als ursprünglich angenommen wurde, gedeckt erscheint. Vorausgesetzt ist hierbei natürlich, daß der Arzt den Zustand des Kranken vorher genau untersucht hat. Ein Irrtum in der Diagnose ist straffrei und ohne Folgen, denn Irrtümer sind möglich. Nur die Fahrlässigkeit ist strafbar und macht haftbar.

Ebensowenig kann ein Revers den Arzt vor den Folgen etwaiger Kunstfehlern schützen. Nur vor den Folgen von Unglücksfällen, welche außerhalb des Verschuldens des Arztes liegen, kann sich der Arzt schützen.

Ein Beispiel möge das klar machen. Der Arzt hält eine Operation in der Bauchhöhle für nötig, etwa die Entfernung der krebsig erkrankten Gebärmutter. Hat er genau untersucht und die Grenzen der erkrankten Gewebe nicht erkennen können und verletzt er bei der Operation etwa den Darm, dann hat er für die Folgen nicht aufzukommen, da er keinen Kunstfehler begangen und die Erlaubnis für die nötige Operation erhalten hat.

Verspricht er aber trotz des undeutlichen Befundes der Kranken, daß er die Gebärmutter entfernen werde, daß die Operation keine Komplikationen zur Folge haben könne, dann ist er haftbar, wenn trotzdem eine Komplikation eintritt und für die Kranke hieraus ein Schaden entsteht.

Besonders vorsichtig muß aber der Arzt sein, wenn ein Eingriff nicht notwendig ist, der nur die Beseitigung von Gebrechen und Leiden, die nicht gefährlich sind, bezweckt, z. B. bei kosmetischen Operationen, oder wenn eine andere, langwierigere oder weniger sichere Behandlungsmethode möglich ist, der Kranke aber schnell geheilt sein will. In solchen Fällen versprechen Sie ja gewiß nichts. Die ganze Verantwortung, abgesehen von Kunstfehlern und Fahrlässigkeit, muß hier immer dem Kranken überlassen sein. Er allein soll die Entscheidung treffen, ob die Operation für ihn nötig ist. Das einzige, was Sie sagen dürfen, ist: nach meiner Erfahrung ist der Eingriff nicht gefährlich und erfolgversprechend.

Der Arzt soll überhaupt nicht bestimmt Erfolg versprechen, er ist Diener, nicht Herr der Natur. Allerdings gehe ich nicht so weit, einem Arzte einen Vorwurf daraus zu machen, eventuell ihn sogar zur Verantwortung zu ziehen, wenn er einem todkranken Menschen, dem

er durch eine Operation die letzten Tage und Wochen des Lebens erleichtern und erträglich machen will, Genesung verspricht. Eine Täuschung des Kranken ist eben oft unvermeidlich und doktrinären „Rechtsverfechtern" wäre nur zu raten, mitanzusehen, in welche Situationen der Arzt oft gerät.

Der Arzt haftet ferner für Kunstfehler. Die Definition für Kunstfehler in dem Strafgesetz haben wir schon gehört. Grobe Unwissenheit und ungeschickte Operationen sind Kunstfehler. Ungeschickt ist aber auch eine Operation nach der richtigen Auslegung des obersten Gerichtshofes [8]), welche zwar richtig und kunstgerecht ausgeführt, aber nicht am Platze war. Also falsche Diagnose und Indikationsstellung für eine Operation, wenn sie auf grobe Unwissenheit, nicht bloß auf Fahrlässigkeit zurückzuführen sind, sind Kunstfehler. Wenn Sie z. B. bei einer Geburt die Zange anlegen, ohne Indikation, so begehen Sie einen Kunstfehler, selbst wenn Sie den Eingriff regelrecht ausführen. Strafrechtlich und auch nach der Haftpflicht sind Sie aber allerdings nur dann haftbar, wenn hieraus ein Schaden für die Kranke erwachsen ist. Haben Sie aber gewußt, daß die Zange nicht indiziert ist, so haben Sie ein schwereres Verschulden auf sich geladen, nämlich ein Vergehen gegen die Sicherheit des Lebens.

Was ist aber de facto ein Kunstfehler, das heißt grobe Unwissenheit, ungeschickte Operation? Eine Antwort hierauf läßt sich höchstens für den speziellen Fall geben. Es ist sicher, daß bei Querlage des Kindes die Geburt nicht vor sich gehen kann. Unterläßt der Arzt die Lage zu korrigieren, so begeht er einen Kunstfehler. Es ist sicher, daß ein Mensch verblutet, wenn ein größeres Gefäß verletzt ist. Unterläßt der Arzt die Blutstillung, so begeht er einen Kunstfehler. Solcher absoluter Wahrheiten gibt es aber in der Medizin relativ wenige.

Ein Prager Kliniker sagte in bezug auf die Laparotomien SPENCER WELLS' seinen Hörern: Meine Herren, in England lebt ein Mann, der schneidet den Weibern den Bauch auf, das dürfen Sie nicht, das ist Mord!

Als SKODA seine bahnbrechenden Beobachtungen über den Krankheitsverlauf machte und die naturwissenschaftliche Beobachtung in die Medizin einführte, überhäuften Ärzte die Behörden mit Anzeigen gegen ihn. Er morde die Leute, weil er nicht zur Ader lasse, anerkannte Medikamente nicht gebe etc. Ja, selbst die Fakultät beriet, ob man ihm nicht das Diplom entziehen solle! SKODA hat nach Ansicht der damaligen Ärzte gewiß grobe Unwissenheit bewiesen und die Kranken schwer geschädigt.

Der Richter ist bei Beurteilung dieser Frage vorwiegend auf die Aussage der Sachverständigen angewiesen. Leider stehen die Sachverständigen nicht immer auf der Höhe ihrer Aufgabe. Viele fällen ein Urteil, ohne selbst jenen Grad des Wissens und Könnens zu besitzen, welcher zu einem so verantwortungsvollen Amte befähigt. Andere berücksichtigen, selbst auf der Höhe der Wissenschaft stehend, nicht das Treiben und Leben in den Niederungen des medizinischen Berufes. Sie fordern vom übermüdeten, abgehetzten Landarzt, der unter den ungünstigsten Verhältnissen, in schmutzstarrenden Hütten, ohne Licht und Luft, ohne Assistenz, mit wenigen Instrumenten eingreifen muß, ein Vorgehen, wie es auf den Kliniken möglich ist.

Sie verlangen aber oft auch ein Wissen von ihm, wie nur der Spezialarzt auf dem betreffenden Gebiete es besitzen kann. Der alte, urwüchsige STELLWAG, dessen Lieblingswort „cave collegam" war, hat als Sachverständiger vor Gericht gesagt, man verlangt, daß der gewöhnliche Arzt so viel wisse wie die ganze Fakultät. Allerdings soll der Arzt die Grenzen seines Könnens wissen. Das schützt ihn aber doch manchmal nicht vor Fehlern.

Schwierig werden all diese Fragen, wenn es sich um eine von der herrschenden Doktrin abweichende Behandlungsmethode handelt. Die Sachverständigen vergessen hierbei oft, daß es in der Medizin Lehren und Hypothesen, aber keine Dogmen gibt. Die Geschichte des Aderlasses lehrt uns schon, vorsichtig zu sein. VIRCHOW sagte einmal, früher war es ein Kunstfehler, wenn man die Eiterung nicht unterhielt, jetzt ist es ein Kunstfehler, wenn es zur Eiterung kommt. Festhalten an solchen Doktrinen würde jeden Fortschritt unmöglich machen. NUSSBAUM, ein einsichtiger Chirurg, wollte, daß der Gebrauch der Antisepsis den Ärzten durch das Gesetz geboten werde. Hierdurch würde die Asepsis, das jüngere Kind der Forschung, vor der Geburt getötet worden sein. In letzter Zeit behauptete ein Arzt, Unterlassung der Impfung mit Diphtherieantitoxin ist ein Kunstfehler und forderte ein diesbezügliches Gesetz! Ein jeder Arzt darf behandeln, wie er es für richtig findet. Das wird allgemein anerkannt, aber wenig beachtet. Wird eine neue Behandlungsmethode vom Arzte angewendet, so handelt es sich darum, ob diese Methode eine wissenschaftliche Grundlage hat oder nicht. CHROBAK [9]) sagt sehr richtig: „Es ist ein tiefergehender Unterschied zwischen der privaten und der Spitalpraxis nicht zu machen. Auch in der Privatpraxis ist ja der Arzt nicht bloß berechtigt, sondern geradezu verpflichtet, Neues zu versuchen, neue Mittel, neue Methoden anzuwenden. Was würde der private Kranke dazu sagen, wenn ihn sein Arzt immer so behandeln würde, wie er es vor 30 Jahren gelernt hat? Wie könnte ein Chirurg, welcher nicht in einem Spital angestellt ist, je eine neue Operationsmethode in Anwendung bringen? Und doch müssen wir zugeben, daß ganz wichtige und vorteilhafte Neuerungen und Entdeckungen von „nur" praktischen Ärzten stammen."

Es haben aber nicht nur wenige, auserwählte, amtlich geeichte Häupter das Recht zu forschen und ihrer Überzeugung nach vorzugehen, sondern jeder Arzt. Hiermit soll aber der Kranke nicht den ungeschickten, unüberlegten Versuchen eines jeden Arztes preisgegeben sein. Hier die Grenze zu finden ist schwer. Der Sachverständige, der hierüber zu urteilen hat, sollte nicht nur im Besitze eines großen Wissens, sondern auch eines großen, vorurteilsfreien Charakters sein.

Als MARION SIMS seine Methode der Blasenscheidenfistel ausarbeitete, mußte er an jeder der ersten Kranken die Operation fast 30mal machen, bevor sie gelang. Die Krankheit galt als unheilbar. SIMS hat daher eine „ungeschickte Operation" gemacht, der Erfolg sprach ja anfänglich gegen ihn.

Ich erinnere Sie ferner an den historischen Vorgang vor der ersten Chloroformnarkose, die SIMPSON ausführte. Die Flasche mit Chloroform wurde zerschlagen und da kein anderes Chloroform vorhanden war, drückte man der Kranken einen nassen Schwamm vor den Mund. Die Kranke starb! Hätte man Chloroform wirklich gegeben, dann wäre SIMPSON wohl als Mörder angesehen worden!

RABEL [10]) sagt treffend: „Zu fordern ist vom Sachverständigen, daß er nicht apodiktisch aussage, wo ein Zweifel bleibt, und insbesondere daß er, wenn er einer medizinischen Schule angehört, das Bestehen einer gegnerischen nicht ignoriere. Es wäre absurd, wenn sich Ihre unausgetragenen Kontroversen in gegenseitiger Verurteilung wegen Tötung austobten." Das mögen sich die medizinischen Sachverständigen von einem Juristen gesagt sein lassen. (Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

II.

KÖRTE (Berlin): **Über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens bei der Wurmfortsatzentzündung.**

Vortr. gibt einen kurzen historischen Überblick über die Wahl des Zeitpunktes der Appendizitisoperation, soweit auf den verschiedenen Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie dahingehende Vorträge gehalten und Meinungen geäußert worden sind, und geht dann auf die Frage der Gefahr des akuten Anfalles ein, der gewöhnlich und leider von vielen inneren Klinikern für ungefährlicher gehalten wird, als er in der Tat ist. Er schildert die überraschenden Resultate, die man nicht selten operativ erhält, wenn man bei einer nur gering-

[8]) Entscheidung des obersten Gerichtshofes vom 4. Nov. 1887.

[9]) „Zentralblatt für Gynäkologie", 1904, Nr. 10, Über die Einwilligung des Kranken zu ärztlichen Eingriffen.

[10]) L. c. 30.

fügige Erscheinungen machenden Erkrankung eine Frühoperation vornimmt. Er hat schon nach 13 Stunden Eiter in der Bauchhöhle gesehen und stellt daher das absolute Postulat auf, in den ersten beiden Tagen zu operieren, der dritte sei oft bereits verhängnisvoll. Von 180 Fällen solcher Frühoperation hat KÖRTE keinen verloren.

Vortr. geht dann noch auf die Komplikationen ein, die Pylephlebitis, Leberabszesse, Tubooophoritis, Darmverschluß etc., die er auch durch die Frühoperation zu unterdrücken hofft.

Adhäsionen hat er nur nach mehreren Anfällen gefunden. In den Wurmfortsätzen selbst wurden alle bekannten und beschriebenen Stadien gefunden. Einen Unterschied zwischen Appendicitis purulenta und gangraenosa kann Vortr. nicht machen. Primäre Gefäßveränderungen hat er niemals gesehen. Die Radikaloperation im intermediären Stadium hält er nicht für so günstig wie die einfache Abszeßspaltung; es traten häufiger Kotfisteln auf, weil die Gewebe nicht mehr halten, die Nähte durchschneiden und der Erfolg ein negativer ist. Bei den Operationen im Intervall hat er 1% Todesfälle. Man soll auch hier nicht zu häufige Anfälle abwarten, weil mit jedem neuen Anfall die Operation schwieriger wird. KÖRTE geht dann noch mit einigen Worten auf die Fälle von falscher Appendizitis, die Appendicitis obliterans, das Karzinom des Wurmfortsatzes ein und gibt dann noch einmal seine Schlußthesen: Akute Appendizitis soll auch mit peritonitischer Reizung in den ersten beiden Tagen radikal operiert werden, bei den Intermediäroperationen soll man möglichst gleich nach dem ersten Anfall operieren.

Roux (Lausanne) schließt sich im wesentlichen den Thesen KÖRTES an, doch macht er nicht mit Unrecht darauf aufmerksam, daß die Statistik der sogenannten Frühoperation dadurch so wesentlich gebessert wird, weil man zahlreiche Fälle operiert, die einen angeblichen Anfall gehabt haben, niemals aber eine Appendizitis waren, aus der einfachen Furcht, etwas zu versäumen, wenn man nicht schnell operierte.

Kümmell (Hamburg) ist ein absoluter Anhänger der Frühoperation. Die Appendizitis ist eine prognostisch durchaus unzuverlässige Erkrankung. Aber nach dem dritten Tage, darin stimmt er mit KÖRTE überein, soll man unbedingt abwarten, bei Abszedierung den Abszeß spalten und erst nach 6—8 Wochen die Entfernung des Wurmfortsatzes anschließen.

Rotter (Berlin) gibt die Mortalitätsziffer der von ihm operierten Fälle, die Befunde am 1. und am 2. Tage, die deutlich beweisen (am 1. Tage von 25 Fällen 4 und am 2. Tage von 65 Fällen 31 eitrige Exsudate), daß der beste Zeitpunkt zur Operation in den ersten 24 Stunden ist.

Federmann (Berlin) (für SONNENBURG) erörtert die Resultate des Moabiter Krankenhauses. SONNENBURG sei nicht absoluter Anhänger der Frühoperation, besonders nicht bei den leichten Fällen, doch stehe er im allgemeinen auch auf dem Standpunkt, daß in den ersten 48 Stunden operiert werden soll; denn die leichten Fälle haben oft genug gezeigt, daß man ohne Grund operiert hat, wo keine Appendizitis vorlag. Andrerseits strebte SONNENBURG in vielen Fällen die Resorption an.

Riedel (Jena) wünscht, daß KÖRTE seine Technik angebe.

Riese (Britz) kann sich bei der absoluten Unmöglichkeit der Prognose nur zu einer Frühoperation entschließen. Den Standpunkt SONNENBURGS, den FEDERMANN dargelegt hat, kann er nach den jetzigen Anschauungen nur so erklären, daß SONNENBURG besser die prognostisch leichten von den schwer verlaufenden Fällen unterscheiden könne.

Schlange (Hannover) legt besonders Wert auf das Stadium der Appendizitis, das von den praktischen Ärzten vielfach als das Prodromalstadium bezeichnet wird, das sind die Fälle, bei denen das Exsudat des Wurmfortsatzes noch von der intakten Serosa zurückgehalten wird, das sind aber auch zugleich die Fälle, die am dritten Tage ihr Gesicht vollkommen ändern und die unsere Mortalitätsstatistik füllen.

Rehn (Frankfurt a. M.) freut sich, konstatieren zu können, daß seine Prognose, sich mit KÖRTE zu einigen, eingetroffen ist in bezug auf die akute Appendizitis, und daß es auch noch in Hinsicht auf die Intervalloperation geschehen wird. Diese Frage, glaubt er, wird lediglich eine Frage der Technik sein ebenso wie die der Operation der entfernteren Abszesse.

Amsperger (Heidelberg) legt den Standpunkt der Heidelberger Klinik dar, der eine eingeschränkte Frühoperation vorzieht. Bei der Intervalloperation erstreben sie aber wie REHN neben der Abszeßeröffnung zugleich die Entfernung des Wurmfortsatzes, scheuen nicht die Lösung von Verwachsungen und sehen eine Kontraindikation gegen ein so radikales Vorgehen höchstens in den ganz großen subakuten Prozessen.

Payr (Graz) legt großen diagnostischen und prognostischen Wert auf die Spannung der Muskulatur des Bauches, deren Rigidität stets schwerere Prozesse vermuten läßt. Bei den Frühoperationen glaubt er, daß in 9—10% Hernien zurückbleiben werden.

Hochenegg (Wien) beleuchtet die Kriterien der Douglasabszesse nach Perforation des Wurmfortsatzes, als welche er drei aufeinanderfolgende Stadien unterscheidet: 1. die aufgehobene Peristaltik des Darms, 2. die objektiv und subjektiv fühlbare Peristaltik mit Darmsteifung, 3. die Sphinkterlähmung. Er betont, daß die Erkrankung des Wurmfortsatzes dazu keine besonders umfangreiche zu sein braucht.

Silbermark und **Schnitzler** (Wien) erörtern ihre Erfahrungen und Ansichten.

Sprengel (Braunschweig) hofft, daß es doch auch gelingen werde, aus äußeren Symptomen auf die Schwere der inneren Erkrankung zu schließen, PAYR habe ja schon auf ein Symptom der Eiterung aufmerksam gemacht. Nach seiner Meinung sei es bis dahin genug, daß man zwei Unterscheidungen mache: Appendicitis simplex und destructiva. Solange die praktischen Ärzte, wie es nicht anders erwartet werden kann, in der differentiellen Prognose und Diagnostik nicht geübt sind, solange müsse man an der Frühoperation in den ersten 48 Stunden festhalten.

Körte (Berlin) glaubt konstatieren zu können, daß im allgemeinen eine Einigung zur Frühoperation erzielt ist. Er will noch betonen, daß die Leukozytenzählung ihn in vielen Fällen im Stich gelassen und geradezu irregeleitet hat.

---

22. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

III.

AUG. HOFFMANN (Düsseldorf): **Über therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen bei gemischtzelliger Leukämie.**

Nach einem kurzen Rückblick auf die inzwischen rasch gewachsene Literatur, aus der hervorgeht, daß mehr als 90% aller mit Röntgenstrahlen behandelten Fälle von myeloider Leukämie günstig beeinflußt werden, berichtet Vortragender über 6 eigene Fälle, von welchen 2 als nicht genügend lange beobachtet für die Beurteilung der Heilwirkung ausscheiden müssen. Von den 4 übrigen war ein Fall weit fortgeschritten — Verhältnis der weißen zu den roten wie 1 : 8 —, zwei waren mittelschwer — 1 : 14 und 1 : 16 —, einer konnte als leicht resp. wenig vorgeschritten bezeichnet werden — 1 : 34. Entsprechend war die Störung des Allgemeinbefindens und die Vergrößerung der Milz. Der schwere Fall, bei welchem Milz und Knochen bestrahlt wurden, zeigte nur geringe Besserung und ging nach Abbruch der Behandlung an interkurrenter Pneumonie zugrunde. Die mittelschweren Fälle zeigten eine rasche Besserung des Blutbefundes, der aber nicht die Norm erreichte. Der leichte Fall wurde nach dreiwöchentlicher Behandlung, was Milz und Blutbefund anbetrifft, zur Norm gebracht. Nach Aussetzen der Behandlung trat aber eine noch weitere Verringerung der Leukozytenzahl ein, die schließlich subnormal wurde. Die Tatsache, daß bei alleiniger Milzbestrahlung eine so eingreifende Änderung des Blutbefundes eintrat, ferner, daß nach wochenlangem Aussetzen der Bestrahlung eine noch weitere Abnahme der Leukozyten stattfand, mußte zu der Annahme führen, daß nicht die direkte Zerstörung des lymphoiden und blutbildenden Gewebes (HEINEKE) durch die Strahlen die Ursache der Blutveränderung sein könne. Es sprach dies alles für eine im Blut kreisende Noxe für die weißen Blutkörperchen.

Erst die Erfahrung kann lehren, ob wirklich einzelne Fälle zur Dauerheilung zu bringen sind. Dazu aber ist die Zeit zu kurz. Als Nebenwirkungen sind besonders zu befürchten: Dermatitis und tiefe Verbrennung. In einem Falle trat nach Aussetzen der Behandlung zunächst ein Erythem, später nach Monaten noch ein Geschwür auf. Außerdem ist vielleicht die Leukopenie zu fürchten, die, wenn sie hohe und höchste Grade erreicht, gewiß nicht für den Organismus gleichgültig ist. Eine fortlaufende Blutkontrolle ist deshalb am Platze und ein Aussetzen der Behandlung, sobald annähernd normale Werte erreicht sind.

LINSER und **HELBER** (Tübingen): **Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut im Tierexperiment.**

Es fand sich, daß es mit Röntgenstrahlen gelingt, die Leukozyten bei Tieren (Hunden, Kaninchen und Ratten) völlig oder bis auf geringe Reste aus dem kreisenden Blute verschwinden zu lassen. Diese Wirkung, die nur den Röntgenstrahlen, nicht aber dem Radium und dem ultravioletten Lichte zukommt, ist auf eine primäre Zerstörung der Leukozyten im kreisenden Blute zurückzuführen, im Gegensatz zu HEINEKE, der darin die Folge einer Schädigung der leukozytenbildenden Organe durch die Röntgenstrahlen sieht. Die Vortr. stützen sich auf die Tatsache, daß man bei Tieren, die durch Röntgenbestrahlungen völlig leukozytenfrei (im kreisenden Blute) geworden sind, noch reichlich weiße Blutzellen in Milz, Knochenmark etc. finden kann, ferner, daß es für den Erfolg der Bestrahlung bei größeren Tieren völlig gleichgültig ist, welcher Körperteil bestrahlt wird. Auch außerhalb des Körpers zeigt sich in frischen und gefärbten Präparaten deutlich die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Leukozyten in einem ausgesprochenen Zerfall derselben. Durch den Zerfall der Leukozyten infolge Röntgenbestrahlung entstehen in dem Blutserum giftige Substanzen, Leukotoxine. Dieses leukotoxisch wirkende Serum ruft, normalen Tieren injiziert, erhebliche Zerstörung von weißen Blutzellen hervor, während normales, nicht bestrahltes Serum Hyperleukozytose erzeugt. Die Wirkung dieses „Röntgenserums" hängt ausschließlich von der An-



wesenheit bzw. der Menge der der Bestrahlung ausgesetzten und dadurch zerstörten Leukozyten ab. Es entsteht also aus dem Zerfall derselben. Durch Erhitzung auf 55—60° läßt es sich inaktivieren.

Auf dieselben leukotoxischen Substanzen sind wahrscheinlich auch die Nierenentzündungen zurückzuführen, die sich bei den bestrahlten Tieren stets fanden. Ferner wurde das Auftreten einer gewissen Immunität gegen das Leukotoxin bei einer Anzahl von bestrahlten Tieren beobachtet. Nach dem anfänglichen tiefen Abfall der Leukozytenzahl im kreisenden Blute stellte sich trotz fortgesetzter Bestrahlungen ein spontanes Wiederansteigen der Leukozytenzahl ein.

PAUL KRAUSE (Breslau): **Über Röntgentherapie der Leukämie, Pseudoleukämie.**

Es wurden 6 Fälle von myelogener, 2 Fälle von lymphatischer Leukämie, 2 Fälle von Pseudoleukämie, 2 Fälle von Lymphosarkom, 1 Fall von Anaemia splenica, 3 Fälle von chronischem Milztumor (bei sonst fast normalem Milzbefund) behandelt. Nach Schilderung der angewandten Technik und kurzer Skizzierung der Krankheitsfälle faßt der Vortragende als Resultat seiner Erfahrungen zusammen: Bei 5 Fällen von myelogener Leukämie trat eine prompte Wirkung ein: Zurückgehen der Leukozytenzahl, Anstieg der Erythrozyten und des Hämoglobingehaltes, Kleinerwerden resp. Verschwinden des Milztumors, selbst bei exzessiver Größe desselben, Anstieg des Körpergewichts, in einem Teile der Fälle Ausscheidung größerer Harnsäure- und Purinbasenmengen während des Zurückgehens der Leukozyten, bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens. Ein Fall von myelogener Leukämie, welcher mit hämorrhagischer Nephritis kompliziert war, blieb nach zirka 300 Minuten langer Bestrahlung refraktär. Ein Fall von lymphatischer Leukämie wurde sehr gebessert (Zurückgehen der Lymphdrüsentumoren und der Leukozyten, Besserung des Allgemeinbefindens); der zweite Fall erfuhr keine Besserung. Bei den beiden Fällen von Pseudoleukämie trat prompte Besserung ein, während dieselbe bei den übrigen Fällen entweder ausblieb oder nur in geringem Grade sich einstellte. Ernste Schädigungen wurden vermieden.

Notizen.

Wien, 6. Mai 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) Den Manen des Dichterfürsten, dessen Ruhm heute durch alle Lande klingt und der in seiner Laufbahn Anfang das harte Los der Medizin erkoren, war die gestrige Sitzung geweiht. In schwungvollen, poetisch schönen Worten entwarf Prof. NEUBURGER, „SCHILLERS Beziehungen zur Medizin" erschöpfend, ein Bild des gewaltigen Ringens, das den „Medikus ohne Portepee" des Regiments Augé zu den höchsten Höhen dichterischen Schaffens emporgeführt hat. NEUBURGER zeigte uns, daß SCHILLERS ideal veranlagte Natur erst durch die Medizin auf die treibende Kraft des Materiellen aufmerksam wurde, daß aber sein Genius alsbald den nahen Zusammenhang des Physischen mit dem Psychischen klar erkannt hat. Wie sich in mannigfacher Variation der Grundgedanke von der Wechselwirkung des körperlichen und des geistigen Lebens in SCHILLERS Werken wiederspiegelt, wie sehr der Heros in den Ketten des Feldschertums geschmachtet, wie er humorvoll dieser Ketten spottet, um schließlich in seiner Dichterwelt herrliches Gefüge noch manchen Zug medizinischen Denkens einzuschieben, dies alles hat NEUBURGER ausgeführt und durch treffliche Beispiele erläutert. Mit ihm, mit seinem Schlußworte, dürfen auch wir Ärzte von SCHILLER sagen: „Er ist unser gewesen." — Am Anfange der Sitzung demonstrierte Doz. FREUND eine Frau, bei der ein exulzeriertes Mammakarzinom unter Röntgenbestrahlung vollkommen verschwunden ist und der zurückgebliebene Defekt sich überhäutet hat. Der Schwund der karzinomatösen Massen ist anfangs unter Jauchung, später unter seröser Exsudation erfolgt.

(Universitätsnachrichten.) Der ordentliche Professor an der deutschen Universität in Prag Dr. PHILIPP JOSEF PICK und der Ordinarius an der dortigen böhmischen Universität Dr. KARL PAWLIK haben Titel und Charakter eines Hofrates erhalten. — Dr. KARL R. v. STEJSKAL hat sich an der medizinischen Fakultät der Universität in Wien als Privatdozent für interne Medizin habilitiert.

(Vorkehrungen gegen die Genickstarre.) Die n.-ö. Statthalterei hat folgenden Erlaß publiziert: Anläßlich des in den letzten Wochen häufigeren Auftretens der epidemischen Genickstarre in Galizien, Schlesien und einzelnen Gemeinden Mährens und der damit zusammenhängenden Gefahr der Verschleppung der Erkrankungsfälle werden die politischen Behörden und die Krankenanstalten beauftragt, im Sinne der bestehenden Vorschriften auf die strengste Erfüllung der Anzeigepflicht bei Meningitis cerebrospinalis zu dringen und nicht nur im Falle des epidemischen Auftretens die vorgeschriebene Anzeige an die Statthalterei zu erstatten, sondern auch in jedem Falle sporadischen Vorkommens dieser Krankheit die nötigen Erhebungen, insbesondere hinsichtlich der Provenienz, eingehendst durch den Amtsarzt zu pflegen und die Berichte hierüber ohne Verzug der Statthalterei vorzulegen. Bei zweifelhaften Todesfällen wird die sanitätspolizeiliche Obduktion vorzunehmen sein. Dem Reiseverkehre aus den verseuchten Gegenden ist die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Insbesondere sind die aus den bekannten Epidemiegebieten eintreffenden Arbeiter in sanitärer Beziehung zu überwachen. Bei dieser Gelegenheit werden auch die Ärzte auf die hohe Infektiosität des Nasensekretes bei Meningitiskranken aufmerksam gemacht und wird die Desinfektion aller Gegenstände, die mit Nasenschleim beschmutzt worden, dringend empfohlen.

(Jubiläum.) Der Nestor der ungarländischen Balneologen, königl. Rat Dr. HEINRICH MANGOLD, der während einer langen Reihe von Jahren im Kurorte Balatonfüred tätig war, erreicht am 24. Juni d. J. die fünfzigste Jahreswende seiner Doktorpromotion. Aus diesem Anlasse wird die medizinische Fakultät der Budapester Universität den greisen Jubilar durch Verleihung des Ehrendiploms auszeichnen.

(Die nächste Naturforscherversammlung) findet bekanntlich in Meran statt. Die Vorarbeiten schreiten rüstig vorwärts; für die wissenschaftlichen Sektionen wurden die Einführenden und Schriftführer bereits nominiert. Die Stelle des verstorbenen Geschäftsführers Geheimrat SADEBECK hat der Professor der Botanik an der Innsbrucker Universität Dr. HEINRICHER übernommen. In den nächsten Tagen wird die Versendung der ersten Einladungen beendet sein. Auch diesmal wurde die Vereinigung verwandter Fächer beibehalten. Für die naturwissenschaftliche Hauptgruppe bestehen 14, für die medizinische Hauptgruppe 17 Sektionen. Die allgemeinen Sitzungen werden am 25. und 29. September abgehalten werden. Für den 28. September ist die Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen angesetzt; in derselben werden LANGLEY (Cambridge) „Über die neueren Erfahrungen in der Nervenlehre", CARREUS (Leipzig) und HEIDER (Innsbruck) über „Vererbungsgesetze" sprechen. Am 28. September sollen für jede der beiden Hauptgruppen gemeinsame Sitzungen stattfinden. Die übrigen Tage werden durch Sektionssitzungen ausgefüllt. Auch in Meran wird ein Damenkomitee die Aufgabe übernehmen, die Damen der Teilnehmer während der Sitzungszeit zu unterhalten. Auch eine Ausstellung für medizinische Apparate, Instrumente, Badeeinrichtungen, Quellenprodukte etc. schließt sich der Versammlung an.

(Krankenverein der Ärzte Wiens.) Am 26. April l. J. fand die allgemeine Mitgliederversammlung des Krankenvereines der Ärzte Wiens statt. Der Obmann Dr. ADOLF KLEIN entwarf ein Bild der segensreichen Tätigkeit des Vereines, wobei er konstatierte, daß der schwere und hemmende Druck der Existenzfrage überwunden und die Zeit der ruhigen, doch stets fortschreitenden Entwicklung nunmehr auch für den Krankenverein gekommen sei. Der Vermögensstand betrug am 31. Dezember 1904 K 124.484·23; an Krankengeld wurde im abgelaufenen Jahre an 88 erkrankte Mitglieder die nicht unbeträchtliche Summe von K 19.384 ausbezahlt. Im vergangenen Jahre verlor der Verein infolge Ablebens 12 Mitglieder (die höchste Zahl der Todesfälle in einem Jahre seit Bestehen des Vereines) und betrugen demnach die ausgezahlten Leichenkostenbeiträge K 3600. Die Zahl der Mitglieder am 31. Dezember 1904 betrug 471. (Anmeldungen zur Aufnahme sind an den Obmann Dr. ADOLF KLEIN, III/1, Hauptstraße 50, zu richten.)

(Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Ärzte Niederösterreichs.) Der soeben erschienene 5. Jahresbericht lehrt, daß dieser Verein sich im abgelaufenen Jahre recht befriedigend entwickelt hat. Die Zahl der Mitglieder ist um 55 gestiegen; sie beträgt jetzt im ganzen 844 (wirkliche Mitglieder). Für die Zukunft des Vereines ganz besonders erfreulich ist die Tatsache, daß 65% der Mitglieder unter 40 Jahre alt und nur 4% über 60 Jahre alt

sind. An die Hinterbliebenen von sieben im Berichtsjahre verstorbenen Vereinsmitgliedern sind K 11.016 ausbezahlt worden. Der Reservefonds verfügte am 31. Dezember 1904 über K 14.716·46.

(Annahme von Krankenkassen- resp. Vereinsarztesstellen.) Die oberösterreichische Ärztekammer hat einem Kollegen gegenüber zu dieser Frage in folgender Weise Stellung genommen: Wo es angeht, mögen die Kollegen bei einer Kassa resp. einem Vereine weder auf Pauschalhonorare eingehen, noch separate Tarife annehmen. Dies wird besonders an jenen Orten möglich sein, wo nur ein oder höchstens zwei Kollegen ansässig sind. Nur wenn keine neuen, den freien Erwerb des Arztes einschränkenden Spezialtarife und Pauschalhonorare mehr angenommen werden, wird eine Besserung der ärztlichen Verhältnisse möglich sein. Es wird sich auch empfehlen, bei Eingehung solcher Verträge sich nicht einem Schiedsgerichte zu unterwerfen, das wiederum aus Kassenärzten desselben Vereines und Mitgliedern des Vorstandes besteht; es dürfte vielmehr im Interesse der beteiligten Ärzte sein, daß in ein solches Schiedsgericht die gesetzliche Vertretung der Ärzte, die Ärztekammer, einberufen werde.

(Die neuen Arzneimittel und die Notlage des Ärztestandes.) Das „Österr. Ärzte-Kammer-Bl.“ vom 1. d. M. enthält eine in vielen Punkten zutreffende Zuschrift eines Kollegen über den kausalen Zusammenhang zwischen dem „ärztlichen Elend“ und den neuen Arzneimitteln. In dieser Zuschrift heißt es unter anderem, daß die neuen Medikamente, da sie „unschädlich“, von „unfehlbarer Wirkung“, zumeist auf der Verpackung mit ihren Indikationen versehen und in fast sämtlichen Tagesblättern mit Abdruck ärztlicher Atteste angepriesen sind, es dem Publikum möglich machen, den Arzt zu umgehen. Denn „wozu einen Arzt rufen, da man aus der Zeitung oder von einem Bekannten weiß, daß das Mittel bei dieser Krankheit so gut hilft?“ Der Kollege verlangt folgerichtig, daß den neuen Arzneimitteln von der Fabrik nur der Name beigegeben werde und daß dieselben nur in medizinischen Zeitschriften annonciert werden.

(Alkoholfreie Getränke.) Das Ministerium des Innern macht darauf aufmerksam, daß mit der Bezeichnung „alkoholfreies Getränk“ in manchen Fällen geschäftlicher Mißbrauch getrieben werde, indem vielfach alkoholhaltige Getränke als alkoholfrei bezeichnet werden. Es werden daher die mit der Überwachung der Lebensmittel betrauten Behörden angewiesen, dem Vertriebe der als „alkoholfrei“ bezeichneten Getränke ein besonderes Augenmerk zu widmen und deren Untersuchung auf ihren Alkoholgehalt zu veranlassen, sobald sich hinsichtlich ihrer Alkoholfreiheit ein Verdacht geltend machen sollte.

(Hygienisches.) In einer Eingabe an das Ministerium des Innern bittet der Budapester Stadtrat, das Eis möge in der neuen Ausgabe der ungarischen Pharmakopoe unter das Verzeichnis der offizinellen Mittel aufgenommen werden; er motiviert sein Ansuchen mit dem Umstande, daß das aus Gast- und Kaffeehäusern bezogene Eis zumeist durch organische Substanzen verunreinigt ist.

(Statistik.) Vom 23. bis inklusive 29. April 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7820 Personen behandelt. Hiervon wurden 1490 entlassen, 209 sind gestorben (12·3% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 97, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 73, Scharlach 40, Masern 528, Keuchhusten 44, Rotlauf 46, Wochenbettfieber 3, Röteln 52, Mumps 38, Influenza 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 3, Milzbrand 1, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 765 Personen gestorben (— 36 gegen die Vorwoche).

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 11. Mai 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik Neusser.

I. Demonstrationen. — II. Diskussion zum Vortrage von Dr. G. Kapsammer: Wandlungen in der funktionellen Nierendiagnostik. (Zum Worte gemeldet: Dr. Lichtenstern, Doz. Dr. Latzko, Hofr. Prof. Weinlechner, Dr. Schüller, Dr. Reitter.)

Patent-Bericht,

mitgeteilt vom Patentanwalt Dr. Fritz Fuchs, diplomierter Chemiker, und Ingenieur Alfred Hamburger, Wien, VII., Siebensterngasse 1. Auskünfte in Patentangelegenheiten werden Abonnenten dieses Blattes unentgeltlich erteilt. Gegen die Erteilung unten angeführter Patentanmeldungen kann binnen zweier Monate Einspruch erhoben werden. Auszüge aus den Patentbeschreibungen werden von dem angeführten Patentanwaltsbureau angefertigt.

Österreich.

Kl. 30 f. Dr. Josef Thenen, Arzt in Wien. Verfahren zur Herstellung eines Bades von naszierendem Sauerstoff: In das Badewasser wird Wasserstoffsuperoxyd und ein die Zersetzung desselben beförderndes katalytisches Mittel gebracht.

Kl. 30 f. Benno Rotnziegel, Apotheker in Wien. Verfahren zur Herstellung eines Schutzverbandes für Impfstellen: Sterilisierte Zelluloidscheibchen werden mit einer sterilisierten Wachsemulsion imprägniert, worauf der Überschuß der Emulsion durch geeignete Lösungsmittel entfernt wird.

Deutsches Reich.

Kl. 30 d. Vorrichtung zur Beseitigung des runden Rückens. Dr. Manfred Benarova, Berlin, Kurfürstenstraße Nr. 40.

Kl. 30 d. Vorrichtung zur Prüfung stereoskopischen Sehens und zur Behandlung der Augen Schielender. Paul Polikeit, Halle a. S., Sophienstraße Nr. 28.

Kl. 30 d. Zelluloidkapseln für Augenverbände. Dr. P. Schreiber, Magdeburg, Fürstenwall 3.

Kl. 30 d. Filzwellpappe für chirurgische Verbände. Dr. Julius Schwartz, Mittweida.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 14. Mai 1905. Nr. 20.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“** in Wien, I., **Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von
Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die entzündlichen Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes.

Von **Privatdozent Dr. Wilh. Roth**, Wien.*)

I.

M. H.! Ich habe mir heute das Ziel gesetzt, über die entzündlichen Erkrankungen eines Körperabschnittes zu sprechen, welcher seiner anatomischen Lage nach sowohl zum Respirations- als auch zum Digestionstrakte in Beziehung steht, und wegen dieser Beziehung geeignet ist, das Interesse des praktischen Arztes zu erwecken. Ich kann Ihnen allerdings nichts neues aus diesem Gebiete mitteilen, ich will bloß die Erkrankungen nach dem Standpunkte unseres heutigen Wissens in übersichtlicher, zusammenhängender Weise besprechen und hoffe, daß hierdurch das Verständnis mancher Krankheitserscheinungen gefördert und eine Richtschnur für das therapeutische Handeln gewonnen werden kann.

Die Schleimhaut des Rachens, und zwar sowohl des oralen als auch des retronasalen Abschnittes, ist sehr reich an lymphoidem Gewebe, welches teils in Form von Follikeln, teils in Form von lymphoider Infiltration das Stroma der Schleimhaut durchzieht und an einigen Stellen sich zu größeren, über die Oberfläche hervorragenden Gebilden, sogenannten Tonsillen, entwickelt. Dieses Gewebe wurde von Henle „konglobierte Drüsensubstanz“, von Kölliker „zytogenes Lager“, von His „adenoides Gewebe“ genannt, die Gesamtheit desselben wird jedoch gegenwärtig nach dem Vorschlage Waldeyers als „lymphatischer Rachenring“ bezeichnet, weil die Anordnung dieses Gewebes mehr weniger einem frontal gestellten, ovalen Ringe entspricht. Es beginnt dieses Gewebe mit der Tonsilla pharyngea im Epipharynx, am Dache desselben, läuft dann beiderseits seitlich sowohl durch die Rosenmüllerschen Gruben, als auch durch die Tubenwülste nach abwärts, setzt sich unterhalb dieser in den hinter den hinteren Gaumenbögen gelegenen sogenannten „Seitenwülsten“ und in den zwischen den Gaumenbögen gelegenen „Gaumenmandeln“ fort und endet nach unten in einer quer über dem Zungengrund gelegenen Anhäufung von Lymphfollikeln, der sogenannten „Zungenmandel“. Überdies ist die Schleimhaut der hinteren Rachenwand teils mit zerstreuten Lymphfollikeln versehen, teils mit lymphoiden Zellen infiltriert.

Dieser lymphatische Rachenring bildet somit eine Einheit gleichgebauten Gewebes, welchem nach der neuesten Anschauung die Aufgabe zufällt, über dem Eingange des Digestions- und des Respirationstraktes zu wachen und etwa eindringende Schädlichkeiten abzuhalten, zu vernichten. Diese Annahme der Schutzwirkung gründet sich einerseits auf die von Stöhr festgestellte Tatsache, daß weiße Blutzellen, Leukozyten, fortwährend aus dem Innern der Lymphfollikel durch die unversehrten Epithelien nach der Oberfläche auswandern, andrerseits aber auf die Beobachtung Metschnikoffs, daß den Leukozyten die Fähigkeit innewohne, Körperchen in sich aufzunehmen und in ihrem Leibe zu vernichten, sogenannte Phagozytose. Es wird sohin nach der gegenwärtig herrschenden Anschauung der lymphatische Rachenring als Schutzorgan angesehen, doch können wir ihm nur einen sehr beschränkten Schutz beimessen, erstens, weil die mangelhafte oder reichliche Entwicklung desselben durchaus nicht parallel geht

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des „Wiener medizinischen Doktorenkollegiums“ am 19. Dezember 1904.

mit der Disposition für Infektionskrankheiten, zweitens aber, weil in die Zeit der höchsten Entwicklung des lymphatischen Rachenringes, das ist in das Alter von 2—15 Jahren, auch die Hauptepoche der Infektionskrankheiten fällt und in dieser Zeit das adenoide Gewebe sogar den bevorzugten Sitz der Infektionen darstellt.

In pathologischer Beziehung bildet der lymphatische Rachenring gleichfalls eine zusammenhängende Einheit und es erkrankt nicht selten der gesamte Apparat zu gleicher Zeit, oder nur einzelne Abschnitte desselben. Die häufigste Erkrankungsform ist die Entzündung, wir wollen uns daher mit dieser, und zwar sowohl in ihrer akuten, als auch in ihrer chronischen Form beschäftigen.

Die akute Entzündung tritt uns entweder als katarrhalische, als phlegmonöse oder als membranöse entgegen, und da wir gewohnt sind, diese drei Formen der akuten Entzündung an den Gaumentonsillen zu beobachten, uns daher die Krankheitsbilder von diesen her bekannt sind, wollen wir untersuchen, wie sich die übrigen Anteile des lymphatischen Rachenringes bei diesen Entzündungen verhalten und welche subjektiven Symptome hierbei in Erscheinung treten.

Die akute katarrhalische Entzündung der Gaumenmandeln ist, wie allgemein bekannt, durch eine mehr weniger intensive Rötung und Schwellung derselben, durch Fieber und Schlingschmerz charakterisiert; zumeist erscheinen auch die benachbarten Teile, wie die Gaumenbögen und der weiche Gaumen mitergriffen. Ist der Sitz der Entzündung in den Krypten und Lakunen der Mandeln gelegen, dann ist die Rötung der Mandeloberfläche weniger auffallend, dagegen erscheint die Umrandung der Krypten und Lakunen intensiv gerötet, ihre Ausmündungen sind mit einem gelblichen Sekrete bedeckt, welches im Beginne der Erkrankung punktförmig, oder in rundlichen oder ovalen Flecken erscheint, bei Konfluenz derselben jedoch größere zusammenhängende Belege bildet, welche bei oberflächlicher Betrachtung für Membranen angesehen werden können. Diese letztere Form wird als Angina oder Tonsillitis lacunaris, oder, weil bei derselben die Follikel vereitern, als Tonsillitis follicularis bezeichnet.

Genau dieselben Veränderungen kann man auch bei der akuten katarrhalischen Entzündung der übrigen Anteile des lymphatischen Rachenringes beobachten, man sieht sie bloß für gewöhnlich nicht, da deren Inspektion ohne Zuhilfenahme eines Spiegels unmöglich ist. Die Zungen- und Rachentonsillen erscheinen im Zustande akuter katarrhalischer Entzündung ebenfalls diffus gerötet und geschwellt, die entzündliche Rötung und Schwellung pflanzt sich bei der ersteren nicht selten auf die Plicae glosso-epiglotticae und die vorderen Gaumenbögen, bei der letzteren auf die Tubenwülste und die ROSENMÜLLERschen Gruben fort, und sind die Balgdrüsen des Zungengrundes ergriffen, dann sieht man die gelblichen punktförmigen Belege an denselben —, Tonsillitis follicularis lingualis; sind dagegen die tiefen spaltförmigen Einsenkungen der Rachenmandel Sitz der Entzündung, dann erscheinen diese mit einem dickflüssigen, gelblichen Belage bedeckt —, Tonsillitis lacunaris pharyngea. Es äußert sich somit die akute katarrhalische Entzündung an allen drei Tonsillen in analoger Weise, an den Seitensträngen dagegen kommt es bei der akuten katarrhalischen Entzündung lediglich zur diffusen Rötung und Schwellung, die lakunäre Exsudation wird an diesen, mangels von Lakunen, niemals wahrgenommen.

Dieselbe Analogie, ja, man kann sagen, Gleichheit der Veränderungen und klinischen Erscheinungen zeigen sämtliche Tonsillen auch bei der phlegmonösen Entzündung. Diese stellt einen höheren Grad von Entzündung dar und wird dadurch hervorgerufen, daß virulente Bakterien, Strepto- oder Staphylokokken in das Innere des Organes eindringen und sich dort vermehren. Die Gaumenmandeln sowohl als auch ihre nächste Umgebung erscheinen bei dieser Entzündung düsterrot geschwellt, es tritt Ödem der Ovula und der Gaumenbögen ein, die Schwellung erweist sich bei Betastung mit dem Finger als derbelastische Infiltration, und dieser Entzündungsprozeß, der mit ziemlich hohem Fieber und mit sehr beträchtlichen Schlingschmerzen einhergeht, geht im weiteren Verlaufe entweder in Lösung über, das Infiltrat wird resorbiert und es kehrt der normale Zustand wieder, oder, und das ist wohl bei dieser Entzündung das häufigere Vorkommnis, es stellt sich Vereiterung des Gewebes ein, es entsteht der tonsillare oder peritonsillare Abszeß und erst nach der spontanen oder künstlichen Entleerung desselben sieht man die Entzündungserscheinungen schwinden.

An der Zungentonsille ist eine analoge Entzündungsform schon seit langer Zeit bekannt; unter Fieber und heftigen Schmerzen, die sowohl beim Schlingen als auch bei den Bewegungen der Zunge sich bemerkbar machen, entsteht am Zungengrunde eine düsterrote, derbe Infiltration; die Plicae aryepiglotticae und die Schleimhaut an der lingualen Fläche der Epiglottis werden ödematös, es entwickelt sich in der Tiefe ein Abszeß, dessen spontane Eröffnung wir wegen der außerordentlichen Beschwerden, die er dem Kranken bereitet, nicht abwarten können, wir müssen vielmehr trachten, so rasch als möglich dem Eiter auf künstlichem Wege Abfluß zu gestatten, weil sonst durch das Ödem der benachbarten Larynxabschnitte leicht hochgradige Erstickungsgefahr herbeigeführt werden kann. Eine Resorption des Infiltrates ohne Abszeßbildung wird wohl hie und da auch bei dieser Entzündung beobachtet, doch ist dieser Ausgang als recht selten zu betrachten.

An der Rachentonsille dagegen waren derartige tiefgehende intensive Entzündungsvorgänge unbekannt und wenn auch einige Autoren, wie WENDT und andere von Entzündung mit follikulärer Abszeßbildung Mitteilung machten, sind derartige parenchymatöse Entzündungen der Rachenmandel mit ausgebreiteten Abszedierungen, wie sie an den Gaumenmandeln und der Zungenmandel beobachtet wurden, in der Literatur nicht niedergelegt. Vor etwa vier Jahren habe ich nun einen derartigen Prozeß mit Abszeßbildung auch an der Rachenmandel beobachtet und habe darüber in der laryngologischen Gesellschaft berichtet. Der Prozeß begann mit hohem Fieber (39—40°), starkem Schlingschmerz, der sich besonders in beiden Ohren lokalisierte, und starker Verstopfung der Nase. Bei der Untersuchung zeigten sich die Abschnitte der Meso- und Hypopharynx unverändert, im Epipharynx dagegen war eine düsterrote Geschwulst sichtbar, die vom Rachendache ausging und nach abwärts sich erstreckend mehr als die Hälfte der Choanen bedeckte. Die Betastung der Geschwulst mit dem Finger war wegen der besonderen Empfindlichkeit des Patienten unmöglich. Das Fieber erhielt sich durch sechs Tage auf gleicher Höhe, die Schlingschmerzen erreichten einen unerträglichen Grad, so daß der Kranke nichts zu sich nehmen konnte, und wollte er seinen Speichel schlucken, verzerrte er das Gesicht vor Schmerz. Am 6. Tage der Erkrankung entleerte Pat. durch Mund und Nase eine größere Menge dicken Eiters und von diesem Momente schwanden alle Krankheitserscheinungen. Nach dieser meiner Publikation sind noch ähnliche Beobachtungen gemacht worden und es erscheint demnach zweifellos, daß sich die Rachenmandel auch in dieser Hinsicht analog den anderen Mandeln verhält. Nach den spärlichen diesbezüglichen Publikationen muß man wohl annehmen, daß die Phlegmone der Rachenmandel zu den großen Seltenheiten gehört, doch muß hier auch hervorgehoben werden, daß ja auch die Phlegmone der Zungenmandel weitaus seltener beobachtet wird als die der Gaumentonsillen, und es dürfte für diese Verschiedenheit die versteckte Lage der Zungen- und Rachenmandel, wobei die krankmachenden Bakterien schwer zu denselben gelangen können, zur Erklärung herangezogen werden.

Die dritte Form der akuten Entzündung ist jene, bei welcher es zur Ausscheidung einer die ergriffenen Gebilde

überziehenden weißen, manchmal auch grauweißen, oder gelblichweißen Membran kommt, und die wir unpräjudizierlich mit dem generellen Namen Tonsillitis membranacea bezeichnen wollen. Diese Form der Entzündung entsteht aus den verschiedenartigsten Ursachen durch Verbrennung, durch Verätzung mit Säuren oder Alkalien, durch verschiedene Mikroorganismen, wie Löfflerschen Bazillus, Streptokokken, Bacterium coli, Bacillus fusiformis, Bacillus Friedländer etc., es kann somit die spezielle Diagnose erst nach Feststellung des ätiologischen Momentes gestellt werden und man bezeichnet gegenwärtig nur jene Tonsillitis membranacea als „Diphtheritis", welche durch Löfflersche Bazillen hervorgerufen wird. Auch diese Form der Entzündung befällt, wahrscheinlich gleichfalls aus dem Grunde, weil sie den Schädlichkeiten in höherem Grade ausgesetzt sind, in überwiegender Mehrzahl die Gaumenmandeln, aber auch die übrigen Partien des lymphatischen Rachenringes bleiben von derselben nicht verschont und so sehen wir denn mitunter, wenngleich seltener, auch die Zungen- und Rachentonsille und die Seitenstränge von einer membranösen Entzündung befallen werden. Dabei können diese Teile entweder ex contiguo durch Weiterschreiten der Erkrankung von den Gaumenmandeln oder von der Nasenschleimhaut, oder auch primär ergriffen werden und sie bieten dann dasselbe objektive Bild dar wie die erkrankten Gaumenmandeln.

Halten wir uns nun vor Augen, daß alle drei soeben erwähnten Formen der akuten Entzündung, gleichviel an welchem Teile des lymphatischen Rachenringes sie sich lokalisieren, Fieber erzeugen und mit Schlingschmerzen einhergehen, so resultiert aus der vorgehenden Betrachtung für den Praktiker die Pflicht, in jedem mit Fieber und Schlingschmerzen einhergehenden Krankheitsprozesse sich nicht bloß mit der Inspektion der Gaumenmandeln zu begnügen, sondern auch die anderen Abschnitte des lymphatischen Rachenringes zu untersuchen. Findet man die Gaumenmandeln entzündet, kann durch eine solche Untersuchung festgestellt werden, ob sich die Entzündung nur auf diese beschränkt oder auch einen anderen Abschnitt des Rachenringes mitergriffen hat, so wird hierdurch die Diagnose komplettiert. In einem anderen Falle findet man die Gaumenmandeln intakt, dann deckt die weitere Untersuchung erst den Krankheitssitz auf, es zeigt sich, daß etwa die Zungen- oder Rachentonsille, oder die Seitenstränge der Sitz der Entzündung sind, während ohne diese Untersuchung die Ursache des Fiebers und der Schlingschmerzen mysteriös bleibt.

An dieser Stelle möchte ich nur kurz erwähnen, daß, nachdem einmal unsere Aufmerksamkeit darauf gelenkt wurde, nicht gar so selten ein Krankheitszustand an den Gaumentonsillen beobachtet wird, der leicht mit akuter Tonsillitis verwechselt werden kann, ich meine den Tonsillarschanker. Diese Verwechslung kann insoferne von verhängnisvollen Folgen begleitet sein, als solche Patienten in Unkenntnis ihres Leidens die Erkrankung auf andere übertragen können. Das fieberlose Auftreten und der langsame Verlauf dieser Affektion, die außerordentliche Härte der Tonsille oder, wenn Ulzeration eingetreten ist, die Härte des Geschwürsrandes, endlich, und das ist wohl das wichtigste, das Auftreten großer indolenter Drüsentumoren am Halse, führen wohl in den meisten Fällen auf die richtige Fährte, allein im Beginne der Erkrankung ist diese Unterscheidung doch außerordentlich schwer zu machen und es vergehen zumeist einige Tage, ehe die Diagnose mit Sicherheit gestellt werden kann.

Wenden wir uns nun der Besprechung der chronischen Entzündung des lymphatischen Rachenringes zu, so sehen wir zwei dominierende Erscheinungen, welche diese Entzündungsform charakterisieren: die Schleimsekretion und die Hyperplasie des Gewebes. Einige Autoren, wie Morell, Mackenzie, unterscheiden eine sekretorische und eine hyperplastische chronische Entzündung; die klinische Beobachtung lehrt jedoch, daß es weder eine rein sekretorische noch eine rein hyperplastische Entzündung gibt, sondern daß sich in jedem Falle beide Veränderungen in verschiedenem Verhältnisse miteinander kombinieren. Zum Zwecke des leichteren Verständnisses und der rascheren Bezeichnung des jeweilig vorliegenden Falles mag man wohl die Mackenziesche Bezeichnung beibehalten, muß aber unter sekretorischer Entzündung jene verstehen, bei welcher die Sekretion, und unter hyperplastischer Entzündung jene, bei welcher die Gewebszunahme prävaliert.

Die vermehrte Sekretion gibt sich dem Patienten als fortwährende, oder zu gewissen Tageszeiten besonders stark hervortretende Verschleimung des Halses kund, deren er sich durch Räuspern, Harksen, Schnauben zu entledigen sucht.

Das Sekret ist auch qualitativ verändert, es ist zähe, haftet fest an der Schleimhaut und kann nur mit großer Mühe von derselben losgelöst werden. Hierbei kommt es nicht selten zu Würgbewegungen und wirklichem Erbrechen, manchmal auch zu Blutungen aus der Schleimhaut. Diese verschiedenen, mehr minder starken Bewegungen zum Zwecke der Herausbeförderung des Schleimes wirken nun ihrerseits wieder als starker mechanischer Reiz, es entwickelt sich ein „Circulus vitiosus", den man nur durch vollkommene Behebung der Entzündung beseitigen kann.

Therapeutisch kommen da in Betracht: hygienische Maßnahmen, wie Vermeidung heißer, reizender Speisen und Getränke, Unterlassung des Rauchens, Aufenthalt in staubfreier, wenn möglich feuchter Luft (daher die günstige Wirkung der Seeluft) und medikamentös die Applikation von Adstringentien auf die affizierten Teile. Nicht selten ist der Sitz der zu übermäßiger Schleimbildung führenden chronischen Entzündung in den Lakunen und Krypten der Gaumentonsillen, oder in den tiefen Einsenkungen der Rachentonsille gelegen; in solchen Fällen empfiehlt es sich, die Taschen der Gaumentonsillen zu schlitzen und durch den nunmehr erweiterten Eingang das Adstringens aufzutragen, bei der Rachentonsille die Buchten mit dem scharfen Löffel auszukratzen und dann gleichfalls adstringierend zu behandeln.

Die Hyperplasien der einzelnen Abschnitte des lymphatischen Rachenringes haben eine große Reihe von Beschwerden im Gefolge, die man ihrer Entstehungsweise nach in direkte oder primäre und in indirekte oder sekundäre unterscheiden kann. Um diese Beschwerden übersichtlicher besprechen zu können, wird es gut sein, die Vergrößerungen der einzelnen Abschnitte des Rachenringes gesondert zu betrachten.

A. Die Hyperplasie der Gaumentonsillen, wenn dieselbe eine gewisse Größe erreicht hat, äußert sich zunächst als eine Raumbeschränkung, die Deglutition und die Atmung werden durch dieselbe behindert. Bei der Nasenatmung, die ja die normale Atmung darstellt, kommt die Behinderung bei Vergrößerung der Gaumentonsillen dadurch zustande, daß die Passage zwischen Epi- und Mesopharynx durch das Hinaufgedrängtsein des weichen Gaumens an die hintere Rachenwand verengt wird, aber auch die Mundatmung kann nicht in ausgiebiger Weise vor sich gehen, weil der Isthmus faucium durch die vorspringenden Tonsillen wesentlich eingeengt ist und diese Einengung durch den Zungengrund und durch die mechanische Fixation des Gaumensegels eine weitere Vermehrung erleidet. Diese letztere bedingt zuweilen auch ein Regurgitieren der eingenommenen Nahrungsmittel nach der Nase sowie auch ein Verschlucken nach dem Kehlkopfe.

Eine zweite direkte Folge der Vergrößerung der Gaumentonsillen ist die Veränderung der Sprache, dieselbe wird guttural, klosig, und bei der vorhandenen Atmungsstörung treten hierbei auch leicht Koordinationsstörungen auf in Form von Überhasten und Stolpern der Sprache, Stammeln, Stottern etc.

Als indirekte oder sekundäre Folge der Mandelhypertrophie macht sich zunächst die Vermehrung des Schleimes

geltend, welcher zum großen Teile verschluckt wird und zu Verdauungsstörungen Veranlassung gibt. Diese Verdauungsstörungen mit der früher erwähnten erschwerten Nahrungsaufnahme vereinigt, ferner die ungenügende Atmung führen mit der Zeit zur Kachexie, die sich insbesondere im kindlichen und jugendlichen Alter bemerkbar macht; die Kinder werden blaß, anämisch, mager, auch die Psyche leidet, es besteht Schläfrigkeit, Unlust zu geistiger Tätigkeit.

In anderen Fällen beobachtet man bei hypertrophierten Gaumentonsillen eine besonders starke Entwicklung der Krypten und Lakunen, in welchen sich Schleim, abgestoßene Epithelien und Speisereste anzusammeln pflegen, die man dann als weißgelbliche Pfröpfe herausragen sieht. Diese geben einen außerordentlich günstigen Nährboden für Mikroorganismen ab und begünstigen daher die Entstehung akuter Tonsillitiden. Ebenso muß man in den vergrößerten Gaumenmandeln ein prädisponierendes Moment auch für andere Infektionen, namentlich für Diphtheritis, Skarlatina, akuten Rheumatismus erblicken, und Bloch sucht dies damit zu erklären, daß beim Mundatmen der erste Anprall der in der Luft suspendierten Schädlichkeiten an diesen Tonsillen stattfindet, somit hier der Ort ihrer ersten Ansiedelung ist. Diese Ansicht findet eine Stütze in der Erfahrung, daß beispielsweise Tonsillardiphtherie bei Säuglingen nicht beobachtet wird, bei denen Mundatmung unbekannt ist, und erst in jenem Alter aufzutreten pflegt, in welchem aus irgend einer Ursache auch Mundatmung einzutreten pflegt.

Gehörsstörungen treten bei Tonsillarhypertrophie durch die infolge der behinderten Atmung und Deglutition mangelhaft vor sich gehende Ventilation des Ohres zustande.

Auch Epistaxis und asthenopische Sehstörungen sollen ursächlich mit hypertrophischen Tonsillen zusammenhängen. Die Tatsache läßt sich nicht in Abrede stellen und in der Literatur erscheinen zahlreiche Fälle niedergelegt, in denen diese Störungen nach Abtragung vergrößerter Mandeln zum Schwinden gekommen sind, doch ist eine einwandfreie Erklärung dieses Zusammenhanges bisher noch nicht gegeben worden.

Fassen wir alle diese direkten und indirekten Störungen ins Auge, so müssen wir auf eine möglichst rasche und gründliche Beseitigung der vergrößerten Tonsillen bedacht sein, denn nur durch eine solche werden die primären Symptome beseitigt, die sekundären in ihrem Entstehen gehindert. Ich muß mich jedoch mit aller Entschiedenheit gegen die Ausdehnung dieser Indikation auch auf jene großen Tonsillen aussprechen, deren Vorhandensein man bei der Inspektion wohl konstatiert, die aber absolut keine Störungen verursachen. Eine große Tonsille kann angeboren individuell groß sein und braucht keine der obenerwähnten Störungen zu veranlassen, in einem solchen Falle soll an eine Operation überhaupt nicht gedacht werden. Andrerseits soll eine etwa vorhandene Disposition zu akuten Anginen nicht immer in die Tonsillen verlegt werden, wir sehen ja eine solche nicht selten auch bei ganz kleinen, kaum aus der Nische hervorstehenden Tonsillen bestehen und bei großen Tonsillen kann man mitunter auch nach operativer Entfernung derselben die akuten Anginen sich noch oft wiederholen sehen.

Eine richtige Beurteilung des kausalen Zusammenhanges wird man in derartigen Fällen nur durch genaue Beobachtung und durch vorsichtige Abschätzung aller in Betracht kommenden Umstände gewinnen können.

Von den sonstigen Behandlungsweisen, wie Pinselungen, Brunnen- und Bäderkuren ist bei Störungen veranlassenden hypertrophischen Tonsillen nichts zu erhoffen, und das Schlitzen der Krypten verheißt nur dann Erfolg, wenn deren nicht viele vorhanden sind. Ist jedoch die ganze vergrößerte Tonsille mit derartigen Krypten versehen, so daß die Oberfläche derselben ganz durchlöchert aussieht, dann würde das Schlitzen all dieser Taschen mit sehr viel Mühe für den Arzt und vielen Unannehmlichkeiten für den Patienten verbunden sein und überdies bleibt es noch zweifelhaft, ob es technisch gelingen könnte, alle Krypten zu eröffnen. Für solche Fälle, und insbesondere bei Kindern, ist die operative Entfernung der Tonsille das rascheste und sicherste Verfahren. Auch von der galvanokaustischen Stichelung, welche das Tonsillargewebe zur Schrumpfung bringen soll, gilt dasselbe wie von der Schlitzung, es ist ein langsames, mühevolles und doch nicht ganz sicheres Verfahren und soll nur dort in Anwendung gezogen werden, wo messerscheue Individuen die ohnehin sehr rasch und bei Anwendung der Kokainanästhesie mit geringen Schmerzen durchführbare Tonsillotomie verweigern.

B. Die Hyperplasie der Zungentonsille wird viel seltener angetroffen als die der Gaumentonsillen, und dies mag wohl darin seinen Grund haben, daß die Zungenbalgdrüsen infolge ihrer versteckten Lage beim Atmen und beim Schlingakte nicht so leicht von Schädlichkeiten getroffen werden, daher auch nicht so oft von chronischer hyperplastischer Entzündung ergriffen sind. Bei der Nasenatmung ist die Berührung derselben mit der Atmungsluft überhaupt ausgeschlossen, bei der Mundatmung und beim Schlingakte dagegen werden sie durch die Erhebung des Zungengrundes derartig verdeckt, daß die Luft oder der Bissen über sie hinwegstreichen, sie werden daher von beiden nicht tangiert.

Die Hyperplasie der Zungentonsille erzeugt das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse, welches aber vom Kugelgefühl des hysterischen „Globus" deutlich zu unterscheiden ist, ruft durch Reibung der Epiglottis reflektorisch Husten hervor und setzt bei Sängern die Gesangsfähigkeit bedeutend herab. Es wurden auch Inkarzerationen des Epiglottisrandes unter der hyperplasierten Zungentonsille beobachtet, wobei heftiger Husten und Würgbewegungen bestanden, die aber sofort aufhörten, sobald die Epiglottis mittelst einer Sonde aus ihrer Einklemmung befreit wurde.

Es ist einleuchtend, daß beim Vorhandensein derartiger Beschwerden, sobald eine vergrößerte Zungentonsille als Ursache derselben erkannt wurde, nur die operative Entfernung dieser dauernde Heilung bringen kann. Andere Behandlungsweisen, Pinselungen, Ätzungen, Brunnenkuren u. dgl. mehr führen auch in diesen Fällen nicht zum Ziele.

Über die richtige Einstellung der Röntgenröhren.

(Zu Dr. G. Holzknechts Artikel „Die Gleichmäßigkeit der Röntgenreaktion".*)

Von **Privatdozent Dr. Leopold Freund**, Wien.

Dr. G. Holzknecht beliebt seit Jahren, in seinen Publikationen Bemerkungen unterzubringen, welche meine wissenschaftliche Reputation zu schädigen bezwecken. Seitdem einmal von offizieller Seite gekennzeichnet wurde, mit welchen Mitteln Holzknecht hierbei kämpft, daß er „Behauptungen entgegentritt, welche von seinen Gegnern nicht in dem von ihm supponierten Sinne gemacht wurden"[1]), habe ich es verschmäht, auf seine stets persönlichen, in hämischem Tone vorgebrachten Angriffe zu erwidern. Diese Nichtbeachtung meinerseits scheint aber Holzknecht als Schwäche zu deuten, er bringt — augenscheinlich in der Hoffnung, dies unberichtigt tun zu dürfen — Dinge vor, welche den Tatsachen vollständig widersprechen, er legt mir Äußerungen in den Mund, die ich nie gemacht habe, um in deren Bekämpfung seinen Geist leuchten zu lassen. Dieses Vorgehen, welches er wieder in seinem Artikel „Die Gleichmäßigkeit der Röntgenreaktion"[2]) einzuschlagen beliebte, zwingt mich, aus meiner Reserve zu treten, und zur Abwehr.

*) Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Bd. 8, H. 2, pag. 100.

[1]) Siehe offiz. Protokoll der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Wiener klin. Wochenschr., 1902, Nr. 45, pag. 1202.

[2]) Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, Bd. 8, H. 2, pag. 100.

Bezüglich dieser Publikation erkläre ich, soweit sich dieselbe mit mir beschäftigt:

I. Es ist unwahr, daß die Maxima der Röntgenreaktion im Zentrum und an den vorspringenden Punkten von mir gänzlich mißverstanden wurden, was aus dem von mir mitgeteilten Verlaufe einer bestrahlten Sykosis barbae hervorgehen soll, bei welcher während einer mittelstarken Reaktion „der Eiter sich an den abhängigen Partien", also wohl am Unterkieferrande, „angesammelt" habe. Nach HOLZKNECHT verhielt es sich offenbar so, „daß sowohl die Haut der Wange, als auch die der Regio submaxillares bestrahlt wurde und der aus diesem Bestrahlungsgebiete vorspringende Unterkieferrand die größte Dosis und damit ein Reaktionsmaximum erhielt. Die entzündliche Exsudation mußte daher hier am stärksten sein, das Sekret ist hier entstanden und stammt nicht von der Wange, wo eine geringere Reaktion auch mit geringer eitriger Sekretion einherging". Diese mit köstlicher Unbefangenheit vorgebrachte einfache Belehrung, welche HOLZKNECHT über eine Tatsache, die er nie gesehen hat, verlautbart, wirkt ungemein drollig. Tatsächlich verhält sich die Sache nicht, wie HOLZKNECHT meint, sondern genau so, wie ich sie in meinem Buche dargestellt habe. Bei der Art und Weise, wie ich meine Sykosisbehandlungen zumeist durchführe, ist es ausgeschlossen, daß der Unterkieferrand als vorspringender Teil eine größere Dosis als andere Hautstellen erhält.[3]) Denn die Vakuumröhre wird stets so befestigt, daß die Lichtquelle senkrecht über der Mitte der Wange eingestellt ist. In diesem Falle bildet der Unterkieferrand keinen vorspringenden Teil, der stärker bestrahlt wurde, er wird vielmehr nur von den Randstrahlen des Lichtkegels getroffen und erhält unzweifelhaft eine geringere Dosis als die Mitte der Wange, was sich auch immer durch die geringere (nicht stärkere, wie HOLZKNECHT meint) Reaktion an dieser Stelle kennzeichnet. Die Eiteransammlungen finden jedoch in der Submaxillargegend statt, entweder seitlich am Halse oder über dem Kehlkopfe; dort resorbieren sie sich entweder nach einiger Zeit oder machen die Inzision des Abszesses notwendig. Sie sind subkutan und nicht intrakutan gelegen und haben mit der Reaktion der Haut nach Röntgenbestrahlung gar nichts gemein. Die mangelhafte klinische Schulung hat HOLZKNECHT augenscheinlich gehindert, diese Erscheinung zu beobachten. Wenn aber HOLZKNECHT selbst nicht zu sehen vermag, dann möge er auch anderen nicht falsche Beobachtungen imputieren, an deren Deutung er seinen schartigen Witz erprobt.

II. Unwahr ist die Behauptung HOLZKNECHTS: „Auch in den übrigen Arbeiten des Autors und seines ehemaligen Mitarbeiters findet sich die Ungleichmäßigkeit der Röntgenreaktion nirgends erwähnt oder erklärt und nirgends ein Weg zu ihrer Hintanhaltung bezeichnet."

Auf den Umstand, daß die Röntgenreaktion innerhalb des bestrahlten Terrains nicht gleichmäßig ausfällt, habe ich in meiner von HOLZKNECHT verschwiegenen Publikation „Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus" (Wiener med. Wochenschr., 1897, Nr. 19) schon vor 8 Jahren deutlich hingewiesen. Ich habe dort bei Beschreibung der nach Röntgenbestrahlung entzündeten Haut ausdrücklich erwähnt, daß „innerhalb der hellroten, ein granuliertes Aussehen darbietenden Exkoriation in der Gegend des 9. Brustwirbels eine kindshandgroße weißlichere Stelle (welche später die Zeichen schwerer Nekrose zeigte) auftrat, von welcher ebensolche Fortsätze in die Umgebung ausstrahlten; hierher waren die Zentralstrahlen des Lichtkegels aufgefallen." Daß hier unter dem Ausdrucke „Zentralstrahlen" nicht eine besondere neue Strahlenart, sondern die in der Richtung der Kegelachse senkrecht auffallenden Strahlen gemeint waren, ist wohl für jeden Leser außer für HOLZKNECHT, der es nicht verstehen wollte, klar.

Weiter heißt es in meinem Buche „Grundriß der Radiotherapie" auf pag. 183:

„Bezüglich der Stellung der Röhre zum exponierten Objekt untersuche man vorerst bei jeder Röhre, wo die intensivsten Röntgenstrahlen austreten. Man bewerkstelligt das sehr leicht, wenn man den Fluoreszenzschirm oder eine photographische Platte ganz nahe an die für einen Moment in Betrieb gesetzte Röhre heranbringt. Man erhält so nicht nur die Form des bestrahlten Feldes, sondern kann auch so die Stelle der intensivsten Strahlenwirkung erkennen. Bei den meisten Röhren liegt diese in der zur Röhrenachse senkrechten Linie, welche zu jenem Punkte auf der Oberfläche der Antikathode zieht, der von der Spitze des Kathodenstrahlenkegels getroffen wird. Es gibt aber auch Röhren, bei welchen die Zone der größten Helligkeit in der auf die Antikathode senkrechten Linie zu finden ist. Im ersteren Falle wird man die Röhre am besten zunächst parallel zum Objekte stellen und dann so verschieben, bis die Mitte der Kugel dem zu bestrahlenden Punkte gerade gegenüber sich befindet. Im zweiten Falle gibt man der Röhre eine Vierteldrehung, bis die Antikathode dem Objekte parallel und gerade gegenübersteht."

Noch deutlicher sind die Vorschriften für die Röhreneinstellung, welche ich in dem von Dr. A. BUM herausgegebenen „Lexikon der physikalischen Therapie", Wien 1904, pag 1150, gegeben habe:

„Die Röhre wird so eingestellt, daß 1. die Röhrenachse der zu bestrahlenden Hautpartie parallel läuft; 2. daß die Ebene, in welcher sich Anoden-, Kathoden- und Antikathodenstiel befinden, auf der zu bestrahlenden Hautpartie senkrecht steht und 3. daß eine Senkrechte, welche im Zentrum der zu bestrahlenden Partie errichtet wird[4]), den Ausgangspunkt der X-Strahlen auf dem Antikathodenblech (welcher sich frühzeitig durch Glühen kennzeichnet) trifft.

HOLZKNECHT hat augenscheinlich die Absicht, seiner „Entdeckung" oder „grundlegenden Mitteilung"[5]), daß „die Röhre mit dem Fokus senkrecht über die Mitte des zu bestrahlenden Feldes gestellt werden muß", ein besseres Relief zu geben. Zu diesem Zwecke verschweigt er nicht nur die ganz analogen, von mir schon längst publizierten Angaben und Vorschriften, sondern er macht mir auch, wie ersichtlich, ohne den geringsten Schein einer Berechtigung den Vorwurf, die Beachtung dieser Maßnahmen unberücksichtigt gelassen zu haben.

III. Unwahr ist HOLZKNECHTS Behauptung auf pag. 104: „Vor Einführung der Chromoradiometrie wurde die Fokushautdistanz in zweierlei Weise verwendet: Alle erkannten, daß sie sehr wichtig ist, weil sie großen Einfluß auf die Lichtintensität hat. Meist wurden daher ganz präzise Vorschriften über sie gemacht. Aber dieselben lauten bald 12 *cm*, bald 50 *cm* und mehr, oder sie wurden selbst von einem und demselben Autor verändert, und zwar gewöhnlich nach einigen Verbrennungen vergrößert, als ob man aus größerer Entfernung nicht gelegentlich der dadurch notwendigen Verlängerung der Exposition ebenfalls überdosieren könnte. Im Lichte der obigen Ausführungen erscheint ganz besonders kraß die Vorschrift FREUNDS. Als Abstand der Röhre von der behandelten Hautpartie nehme ich zu Beginn 15 *cm*, gehe dann aber sukzessive bis auf 5 *cm* herab." Eine Zeile später setzt er seiner Ein-

[3]) In jenen seltenen Fällen, wo die Wangen gesund sind und nur die affizierte Kieferrandgegend direkt bestrahlt werden muß, habe ich diese Eiteransammlungen nie gesehen.

[4]) In meinen Vorlesungen füge ich immer hinzu: Bei gekrümmten Flächen muß die Verlängerung des Krümmungsradius, welcher durch das Zentrum der zu bestrahlenden Partie läuft, die Röhrenachse im Ausgangspunkt der X-Strahlen auf der Antikathode senkrecht treffen.

[5]) HOLZKNECHT liebt es sehr, mit solchen Ausdrücken eigene Publikationen zu bezeichnen, in denen einschlägige Beobachtungen und Untersuchungen früherer Autoren nicht zitiert werden.

sicht in die Bedeutung der Röhrenentfernung die Krone auf: „Seit einigen Monaten mache ich es umgekehrt und nehme anfangs die kürzeren Distanzen ...“ „Wie mag er es wohl jetzt machen?“ fragt HOLZKNECHT witzig in der Anmerkung.

Wenn HOLZKNECHT andeuten will, ich hätte die Röhrenhautdistanz nach einigen Verbrennungen vergrößert, so ist dies eine grundlose, durchaus willkürliche Supposition. Wie viele Schädigungen ich überhaupt erzeugt habe und wodurch dieselben bedingt waren, habe ich wiederholt publiziert; die Zahl derselben (3 im ganzen) nach einer 9jährigen Praxis spricht wohl nicht zum Nachteile meiner von HOLZKNECHT bei jeder Gelegenheit geschmähten Methode, von demselben HOLZKNECHT, welcher am 11. März 1904 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien bekannte, daß ihm nach einer Tätigkeit von $3^1/_2$ Jahren **44** Schädigungen zur Last fallen. Es waren also nicht Verbrennungen, welche mich veranlaßten, die Distanz zu vergrößern, sondern ich schloß mich dem von mir als richtig erkannten Gedankengang des Herrn Dr. SCHOLTZ an, mit Rücksicht auf die kumulative Wirkung der Bestrahlung die etwa notwendigen ergänzenden Bestrahlungen in der Intensität abklingen zu lassen. Als Mittel der Schwächung der Intensität wurde die kürzere Bestrahlungsdauer und die größere Röhrendistanz verwendet.

Es ist demnach auch unwahr, daß die größere Röhrenentfernung eine Verlängerung der Exposition notwendig machte. Welcher Art meine von HOLZKNECHT geschmähte Einsicht in die Bedeutung der Röhrenentfernung war, erhellt aus den Ausführungen meines Buches pag. 211:

„Mit Rücksicht auf das Gesetz, daß die Intensität einer Strahlung im quadratischen Verhältnisse mit der Entfernung vom Strahlungspunkte abnimmt, die Größe der Wellenfläche hingegen zunimmt, wird man, falls größere Flächen zu bestrahlen sind, eine größere Distanz zwischen Röhre und Objekt bringen, dementsprechend aber länger zu exponieren haben. Man wird daran denken, daß an derjenigen Stelle, welche der Röhrenoberfläche am nächsten ist, und der Stelle entsprechend, welche am Fluoreszenzschirm am hellsten erscheint, die Effekte am ausgeprägtesten sind.“ Es sei hier auch auf meine und Dr. OPPENHEIMS „Radiometrische Untersuchungen“ hingewiesen, in welcher wir dieser Frage experimentell näher treten.

Die Anerkennung der von SCHOLTZ angeführten Tatsachen veranlaßte mich, meine Methode zu modifizieren. Gewiß, ich scheute davor nicht zurück, denn das Bessere ist der Feind des Guten, und durch die Ausbildung einer Methode wird ihr guter Kern gewiß nicht beeinträchtigt. HOLZKNECHT findet jedoch darin einen Anlaß, mich mit Hohn zu überschütten. Hat er wohl das Recht dazu?

Auch HOLZKNECHT hat wiederholt falsche Ansichten ändern müssen. Allerdings tat er dies, ohne diejenigen zu nennen, die früher die richtige Meinung geäußert hatten, obwohl sie von ihm heftig angegriffen, verspottet und verhöhnt worden waren. Überaus charakteristisch ist sein Verhalten in der Frage bezüglich der Tiefenwirkung von Röntgenstrahlen. Am 21. Februar 1902 proklamierte er mit großer Würde in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien: „Seither kommen mit zunehmender Häufigkeit Nachrichten über Heilung tiefsitzender Prozesse mittelst strahlender Agentien, und vollends haben die Röntgenstrahlen, deren Vermögen, in die Körper ein- und durch sie hindurch zu dringen, viele Köpfe verwirrt, diesen Gedanken wieder in Fluß gebracht, und trotz zahlreicher ablehnender Mitteilungen lassen sich Leute noch immer zu derartigen Versuchen verleiten. Und doch ist es ein Leichtes, nachzuweisen, daß eine solche kurative Tiefenwirkung von Strahlungen unmöglich ist. Den Kredit, den sich die dermatologische Lichttherapie erworben hat, benutzt und mißbraucht nun vielfach jene Richtung, welche an eine Einwirkung auf tiefliegende Organe denkt. Und da glaube ich, daß es vielleicht verdienstlich ist, die anerkannte dermatologische Lichttherapie von der Lichttherapie innerer Erkrankungen, die sie diskreditiert, zu befreien und einmal den lückenlosen Nachweis zu erbringen, daß es eine kurative Tiefenwirkung von Strahlungen nicht gibt und nicht geben kann, daß es in der Natur aller Strahlungen liegt, daß weder die sichtbaren Farbstrahlen, noch das Ultraviolett, noch die Röntgen- und Becquerelstrahlen, noch auch uns in Zukunft bevorstehende Strahlungen für andere als Hautkrankheiten, für andere als oberflächliche Prozesse Verwendung finden können, weil sie in der Tiefe nicht wirken können, ohne die Oberfläche in weit höherem Maße zu verändern ... Ich resümiere also: Weder gibt es jetzt, noch wird es jemals eine Strahlung geben, die für tiefe Prozesse kurativ verwendbar ist.“ Dieser selbe HOLZKNECHT, dessen terroristisches Vorgehen die ganze Radiotherapie in ihrer Entwicklung und in ihrem Fortschritt hätte, wie man sieht, wohl wesentlich hemmen können, dieser selbe HOLZKNECHT taucht unversehens eines Tages in den Reihen derjenigen auf, gegen welche er kurz vorher seine vergifteten Pfeile abgesendet hat, gibt Berichte und Erklärungen über die günstigen Erfolge der Strahlungstherapie bei tiefsitzenden Tumoren und Leukämie, läuft nunmehr, ohne diejenigen zu nennen, welche seine nunmehr geäußerten Ansichten schon längst publiziert hatten, im Sturmschritt und mit Hurrahrufen in der anderen Richtung mit.

Es wäre für mich ein geringes Vergnügen und ich habe nicht die Absicht, mich mit den sachlichen Unrichtigkeiten des HOLZKNECHTschen Aufsatzes zu befassen. Meine Absicht war, einmal die Anmaßungen HOLZKNECHTS und seine fortwährenden Angriffe gegen mich gebührend abzuweisen.

So glaube ich denn die Entscheidung der Frage, ob HOLZKNECHTS Überselbstbewußtsein gerechtfertigt ist, der Öffentlichkeit anheimstellen zu dürfen. Die oben mitgeteilten Proben seiner Sachlichkeit scheinen ihn nicht sonderlich zu dem von ihm arrogierten Amte zu prädestinieren, die Moral in der Radiologie zu wahren und zu hüten.

Referate.

L. WAELSCH (Prag): Über nichtgonorrhoische Urethritis.

Nach der Entdeckung des Gonokokkus war Skepsis gegenüber nichtgonorrhoischen Urethritiden zweifellos am Platze; so kommt es, daß die letzteren sich ihre neuerliche Anerkennung erst erkämpfen mußten. Unter den Forderungen, welche als unbedingt notwendig zur Berechtigung der Diagnose erfüllt sein müssen, heben wir insbesondere hervor, daß es sich um erstmalige Erkrankungen handeln müsse, der Kranke darf früher nie an Tripper gelitten haben, und weiters, es muß das durch Wochen hindurch täglich untersuchte Sekret stets gonokokkenfrei sein; allerdings läßt sich gleich hier einwenden, wie viele Wochen muß diese Untersuchung anhalten? Damit haben wir auch ein wichtiges Charakteristikum der vom Autor („Arch. f. Derm. u. Syph.“, 70, 1) geschilderten Urethritis angeführt, nämlich den stets, auch in den allerersten Stadien der Erkrankung, negativen Gonokokkenbefund. Dazu kommt ein langes Inkubationsstadium und ein gleich anfangs chronisch einsetzender Verlauf und schließlich die Resistenz gegenüber den verschiedensten älteren und neueren Behandlungsmethoden; also die Prognose in bezug auf Dauer und Heilung der Erkrankung ist eine direkt schlechte. Das Leiden beginnt oft erst mehrere Wochen nach dem letzten Koitus mit leichtem Jucken und Brennen in der Fossa navicularis; es kommt nicht zu einem kopiösen Ausfluß, sondern auf Druck läßt sich des Morgens ein Sekrettropfen exprimieren oder es ist das Orificium bloß verklebt, der Harn zumeist in beiden Portionen klar oder anfangs in der ersten Portion getrübt; bei klarem Harn finden sich in der ersten Portion reichlich Fäden, die mikroskopisch sich als Eiter erweisen. Es kann zur Urethritis posterior, ja auch zur Prostatitis kommen. Wie erwähnt, erwiesen sich alle Heilversuche als erfolglos; da es sich zweifellos um eine durch Koitus erworbene Urethritis handelt, müßte man an der Infektiosität des Zustandes festhalten, insbesondere in bezug auf den Ehekonsens.

Einer der beobachteten Fälle, der ohne Bewilligung des Autors die Ehe schloß, zeigte, daß eine Übertragung auf die Frau nicht stattfand. Diesen schwer heilbaren Formen nichtgonorrhoischer Urethritis steht eine andere leichte Form gegenüber, die sich der sogenannten BOCKHARTschen Pseudogonorrhöe anschließt. Dieselbe zeigt kurze Inkubation und raschen Ablauf, gibt daher die günstigste Prognose. In einzelnen der Fälle konnten auch bestimmte Bakterien als Erreger eruiert werden. Auch einige Fälle tripperähnlicher Urethritis, die in chemischen oder mechanischen Traumen ihre Erklärung fanden, werden zum Schlusse noch erwähnt. DEUTSCH.

F. WESENER (Aachen): **Die Resultate der prophylaktischen Impfung mit Diphtherieheilserum im städtischen Mariahilf-Krankenhause zu Aachen.**

Die Gesamtzahl der von WESENER einer prophylaktischen Impfung Unterworfenen ist zwar klein, die Zeit von 3/4 Jahren gleichfalls keine lange; immerhin ist das Resultat doch gegenüber den früheren Jahren sehr bemerkenswert und ermutigt den Verf., auf diesem Wege der Bekämpfung der Diphtherie fortzufahren. Er gelangt zu folgenden Schlüssen: Die prophylaktische Impfung mit Diphtherieserum ist ein Mittel, um der Weiterverbreitung der Diphtherie auf die Familienmitglieder, eventuell auch auf die Hausmitglieder vorzubeugen. Der Schutz, den sie verleiht, ist kein absoluter, aber doch ein recht sicherer; er macht eine Isolierung der Erkrankten nicht überflüssig, gestattet aber doch, sie weniger streng durchzuführen. Die Dauer des Schutzes ist eine beschränkte, im Mittel etwa 3—4 Wochen. Aber diese Schutzfrist genügt in vielen Fällen vollständig, wenn dafür gesorgt wird, daß die häusliche Schlußdesinfektion eine durchgreifende ist („Münchener Med. Wochenschr.", 1905, Nr. 12). Wenn schutzgeimpfte Personen erkranken, sei es, daß die Infektion trotz der Schutzimpfung erfolgt, sei es, daß zur Zeit der Schutzimpfung schon eine Infektion vorlag, dann ist der Verlauf meistens ein sehr leichter. Zur Schutzimpfung genügten bei kleinen Kindern meistens und bei größeren oft 200 I.-E. Immerhin gewährt eine größere Menge wahrscheinlich auch einen größeren Schutz und würde es sich empfehlen, speziell wo jetzt das Heilserum billiger geworden ist, etwas höher zu gehen und etwa 300—400 I.-E. zur prophylaktischen Impfung zu verwenden, zumal ein Schaden bei den jetzt erforderlichen geringen Serummengen ausgeschlossen ist. Für städtische Behörden ist es sowohl vom hygienischen als auch pekuniären Standpunkte aus vorteilhaft, eine ausgedehnte Schutzimpfung einzuführen und konsequent einzuhalten. Zur Durchführung derselben haben die Krankenhäuser und die Armenärzte, aber auch die praktischen Ärzte erfolgreich mitzuwirken. L.

SPERLOFF (St. Petersburg): **Die Wirkung der farbigen Beleuchtung auf die geistige Arbeit.**

Die absolute Arbeitsgröße vor dem Ausruhen wie nach dem Ausruhen unterliegt verhältnismäßig bedeutenden Schwankungen. Der Unterschied in der Arbeitsmenge vor und nach dem Ausruhen ist im allgemeinen bei der Buchstabenzählung bedeutend größer als bei Versuchen mit Multiplikationen, was in einem gewissen Grade durch die größere Kompliziertheit der Arbeit bei den Multiplikationen als bei den Buchstabenzählungen sich erklären läßt („Russ. med. Rundschau", 1905, Nr. 2). Die Arbeit bei hellem Lichte nach dem Ausruhen im Vergleich mit der entsprechenden Arbeit vor dem Ausruhen ist bei einer Arbeitsauer von 30 Minuten größer als bei einer solchen von 20 und 60 Minuten; ein solcher Vergleich der zwei letzten Bedingungen (bei einer Dauer von 20 und 60 Minuten) verschafft keine Möglichkeit, bestimmte Schlüsse zu ziehen. Bei einer gleichartigen Arbeitsdauer, nur bei einer kürzeren Ruhepause, ist die Arbeitsmenge nach dem Ausruhen eine kleinere als bei der dauerhafteren Ruhe. Bei einer Arbeitsdauer von 20 und 30 Minuten mit einer Ruhepause von 30 Minuten sowie bei einer Arbeitsdauer von 60 Minuten mit einer Ruhepause von 60 Minuten ist die vergleichende Arbeitsmenge nach dem Ausruhen am größten für die blaue Farbe; dann folgen in einer absteigenden Ordnung: die grüne und rote Farbe. Bei einer Ruhepause von kürzerer Dauer fällt die größte vergleichende Arbeitsmenge einer der Farben des helleren Teils des Spektrums zu. Eine vergleichsweise größere Arbeitsmenge nach dem Ausruhen wiesen die Frauen bei einer Arbeitsdauer von 20 und 30 Minuten auf. Beim Vergleiche der relativen Arbeitsmenge nach dem Ausruhen bei den farbigen Beleuchtungen mit einer solchen bei der hellen Beleuchtung ersehen wir, daß bei einer länger dauernden Ruhepause die Arbeit bei blauem Lichte in allen Fällen eine größere als die entsprechende Arbeit derselben Reihe bei hellem Lichte ist. B.

M. EINHORN (New-York): **Über die Serumbehandlung des Abdominaltyphus.**

CHANTEMESSE war der erste, der im Jahre 1892 die Serumtherapie bei Abdominaltyphus angewendet hat. BOKENHAM, WALKER, EWING, TAVEL beschäftigten sich auch mit der Darstellung antityphoider Sera und DU MESNIL hat das von TAVEL dargestellte Serum bei einer größeren Zahl von Typhuskranken angewendet. JEZ stellte Organextrakte von Milz, Knochenmark, Gehirn, Rückenmark und Thymusdrüse von Kaninchen, welche er gegen Typhus immunisiert hat, dar und behandelte Typhuspatienten mit sehr günstigem Resultate. EICHHORST wiederholte diese Versuche und hatte mit dem JEZschen Antityphusextrakte vorzügliche Erfolge. Auch EINHORN berichtet jetzt („Zeitschrift f. diät. u. phys. Therapie", Bd. 8, 7, 1904/1905) über günstige Resultate, die er mit JEZschem Antityphoidserum gehabt hat. EINHORN spritzte täglich 6—12 cm^3 Serum, sobald die Diagnose festgestellt war, in sämtlichen mittelschweren und schweren Typhusfällen ein, bis die Temperatur unter 38° C blieb. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Eine Abkürzung der Krankheitsdauer scheint in den meisten Fällen nicht stattgefunden zu haben; 2. entweder am Tage nach der ersten oder nach einer weiteren Einspritzung tritt in der Regel eine starke Fieberremission ein: dieselbe ist um 1—2° F größer als die vorhergehenden Temperatursenkungen und hält auch länger an. Der Allgemeinzustand und im speziellen das Sensorium, sowie die nervösen Symptome zeigen eine bedeutende Besserung, so daß manche schweren Erscheinungen wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Unruhe, Delirien beinahe ganz verschwinden. Es läßt sich erwarten, daß die Resultate vielleicht noch besser sein werden, wenn man die Seruminjektionen noch früher vornehmen wird. B.

C. HÜBSCHER (Basel): **Über den Pes valgus.**

Verf. kommt („Zeitschrift f. orthopädische Chirurgie", Bd. 14, H. 1) auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen zu folgendem Ergebnisse: Der Pes valgus, das Vorstadium des Plattfußes, entsteht mit Ausnahme der traumatischen Fälle durch eine habituelle Pronation im unteren Sprunggelenke. Bedingt ist diese Pronationslage durch eine Insuffizienz der Supinatoren, welche verlernt haben, den Fuß in die Belastungslinie hineinzuholen. Die Ursache dieser Insuffizienz ist eine verschiedene. Mißverhältnis zwischen Körperlast und Entwicklung der Muskeln, allgemeine schwächliche Konstitution, lokale Schwächung des Muskels durch Phlebitis und Varizen, Nichtabwickeln des Fußes infolge zunehmender Körperfülle und Bequemlichkeit etc. Ein sichtbarer Index für diese Insuffizienz ist die mangelhafte Funktion der Flexor hallucis longus. Jeder Patient, welcher über Fußbeschwerden klagt, ist auf den Tisch zu stellen und mit Hilfe des Senkels auf Vagusstellung des Calcaneus zu untersuchen. Der mit der Senkelmethode gefundene Ablenkungswinkel ist prinzipiell durch eine am oder im Schuh angebrachte schiefe Ebene zu korrigieren, welche den Fuß um so viele Winkelgrade supiniert, als er vorher proniert war. GRÜNBAUM.

RICKETTS und **BYLES** (London): **Die Behandlung der Pocken mit Rotlicht.**

Die bereits vor 12 Jahren von FINSEN in die Therapie eingeführte Lichtbehandlung der Pocken, über deren Erfolge der skandinavische Forscher gerade in der letzten Zeit berichtete, wurde von den Verff. im Pockenspital zu London nachgeprüft. Sie errichteten eine Kammer, in der es nur rotes Licht gab. Die mit dem roten



Lichte behandelten Patienten, 13 an der Zahl, waren mittelschwere Fälle. Die Therapie hatte keinen Einfluß auf die Entwicklung der Pusteln. Auch Fieber und schließlich die Narbenbildung waren ebenso wie bei den Kontrollpatienten („Lancet", Juli 1904). Auch BRAYTON hat in Indianopolis bei 300 Pockenkranken mit dieser Therapie keine Erfolge erzielt. Die Verff. warnen vor der Rotlichtbehandlung der Pocken, da sie keinerlei Vorteil bringt, während ihre Anwendung — infolge des Abschlusses von Luft und Licht — von den Patienten quälend empfunden wird. J. ST.

V. RUBEŠKA (Prag): **Ein Beitrag zur Vereiterung der Ovarialzysten.**

Verf. beobachtete zwei vereiterte Ovarialcysten, beide nach der Geburt („Lékařské rozhledý", 1905, Nr. 8). Im ersten Falle wurde die Zyste während der Geburt, da sie ein Geburtshindernis bildete, vaginal aufgeschnitten und 3 *l* klarer, gelblicher Flüssigkeit entleert, worauf nach 2 Stunden der Geburtsakt glatt beendet wurde. Die Zyste füllte sich wieder und gleichzeitig trat am 18. Tage hohes Fieber auf. Nach Wiederholung der ursprünglichen Inzision wurde eine Menge stinkenden, dünnen Eiters entleert, worauf die Temperatur sank, so daß nach einer Woche zur Exstirpation der Zyste geschritten werden konnte. Zuerst wurde die Zyste auf vaginalem Wege abpräpariert und gelöst, doch da von hier aus der obere Pol nicht erreicht werden konnte, wurde die Operation durch den Bauchschnitt beendet. Die Kranke genas vollkommen. Der Weg der Infektion war klar; durch den vaginalen Schnitt gelangte im Wochenbett das Bacterium coli comm. in die Zyste und war Ursache ihrer Verjauchung. Auch im anderen Falle wurde die Vereiterung der Ovarialzyste durch Infektion im Wochenbette nach durch Perforation der abgestorbenen Frucht beendeter Entbindung verursacht. Köliotomie in Kautschukhandschuhen. Nach Entleerung der Zyste durch Punktion (grüner Eiter) wurden die Handschuhe abgelegt und die weitere Auslösung der Zyste fortgesetzt. Sie adhärierte in der ganzen Umgebung und mit ihr wurden der Uterus und seine Adnexe entfernt. Die Operation war sehr schwierig und unrein; dennoch genas die Pat. vollkommen. Die Vereiterung wurde hier wahrscheinlich durch den Pneumokokkus verursacht, denn andere Mikroben wurden nicht vorgefunden. Von wo und wie die Pneumokokken in die Zyste gelangt waren, dies sicherzustellen war unmöglich. Aus der Anamnese ließ sich entnehmen, daß die Kranke vor 12 Jahren eine Pneumonie überstand; nach der Geburt hustete sie jedoch nicht und hatte überhaupt keine Lungenbeschwerden. Da die Pneumokokken vermutlich degeneriert waren, lief die Affektion ziemlich günstig ab. STOCK.

M. M. LABSIN (St. Petersburg): **Zur Frage der Regeneration der Nebennieren.**

Verf. hat sowohl an jungen wie auch an vollständig ausgewachsenen Kaninchen operiert, wobei die Operation stets an der linken Nebenniere, als der zugänglicheren, ausgeführt wurde, da die Operation an der rechten Nebenniere, die von der Vena cava inferior bedeckt wird, gefährlicher ist. In manchen Fällen wurde die Verletzung durch eine lineare Inzision (Stich mit dem FRANKschen Messer), in anderen durch eine oberflächliche Kauterisation mit dem Paquelin, in wiederum anderen mittelst der COOPERschen Schere, mit der ein Keil aus dem Organ herausgeschnitten wurde, erzeugt, während in einem Teil der Experimente Teile des Organs von einem Viertel bis zur Hälfte des Gesamtorgans abgetragen wurden. Die Tiere wurden in verschiedenen Abständen, und zwar in solchen von einigen Tagen bis zu solchen von 7—8 Monaten, getötet. Bei der Untersuchung der linken Nebennieren wurden zugleich auch die rechten untersucht. Die Untersuchungen ergaben (St. Petersburger Dissertation. „Wratschebnaja Gazetta", 1905, Nr. 12), daß jede Verletzung der Nebennieren, selbst die geringste, unter Bildung von Bindegewebe ausheilt. Bei Abtragung von Teilen der Drüse werden die Defekte nicht durch Parenchym ersetzt, und man kann infolgedessen sagen, daß die Nebennieren ein sehr geringes Regenerationsvermögen besitzen. Besonders verderblich war die Kauterisation, bei der eine große Anzahl von parenchymatösen Elementen zugrunde geht. Die Proliferation dieser Elemente ist unbedeutend, während die Grenzen der Wucherung von Bindegewebe sehr bedeutend sind. Bei Kontinuitätstrennungen des Organs beginnt die Proliferation der Drüsenzellen früh, 24 Stunden nach der Verletzung; sie erreicht nach 2—5 Tagen ihr Maximum, um hierauf nachzulassen. An der Regeneration der Drüse sind nur die Zellen der Kortikalschicht und hauptsächlich im peripherischen Teile derselben beteiligt. Die Zellen der Markssubstanz nehmen daran keinen Anteil. Wodurch dieses schwache Regenerationsvermögen der Nebennieren bedingt ist, geht aus der Arbeit des Verf.s nicht hervor. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **Behandlung der die Schwangerschaft und Geburt komplizierenden Tumoren** speziell der zystischen Ovarialtumoren, berichtet DÜHRSSEN („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 42 u. 43). Er faßt seinen Standpunkt in dieser Frage in folgenden Sätzen zusammen: Bei allen eingeklemmten Ovarial- und Parovarialtumoren in graviditate oder intra partum sind Repositionsversuche in Narkose oder forcierte Repositionsversuche ohne Narkose wegen der Gefahr von Zerreißungen am Stil mit konsekutiver innerer Blutung zu unterlassen. Vielmehr hat die Therapie dieser Fälle im Prinzip in der vaginalen Ovariotomie zu bestehen. Gelingt diese nicht, so liegt in dem Übergang zur ventralen Ovariotomie keine Gefahr für die Kranke. Nur wenn eine Infektion des Tumorinhalts oder des Genitalschlauches stattgefunden hat, ist unter der Geburt die ventrale Ovariotomie vorzunehmen. In das vordere oder hintere Scheidengewölbe eindrückbare Tumoren sind in der Schwangerschaft ebenfalls durch vaginale Ovariotomie anzugreifen. Hochsitzende Tumoren, bei denen diese Dislokation nicht gelingt, sind während der Schwangerschaft in Ruhe zu lassen, vorausgesetzt, daß sie nicht größer werden und das Allgemeinbefinden ein gutes bleibt. Dieses Abwarten gewährt die Möglichkeit, die genannten Tumoren nach vollendeter Rückbildung des Uterus doch noch durch vaginale Ovariotomie zu entfernen. Bei Myomen, welche den Beckenkanal verlegen und auch durch die Geburtswehen nicht aus demselben emporgezogen werden, lassen sich die Myome durch Colpocoeliotomia anterior oder posterior in Kombination mit dem vaginalen Kaiserschnitt exstirpieren, worauf der Uterus sofort in schonender Weise entleert und vaginal exstirpiert werden kann. Ist die Erhaltung des Uterus angezeigt, so können von den angelegten Schnitten aus sämtliche Myome des Uteruskörpers enukleirt und ihre Ansatzstellen vernäht werden.

— Das **Harndesinfiziens** Helmitol hat SCHWARTZ („Gyogyasz", 1905, Nr. 5) bei verschiedenen Blasen- und Prostataleiden gegeben, so besonders bei Hypertrophie und Entzündungen der Prostata, außerdem bei den schweren Zystitiden und katarrhalischen Blasenleiden der an Tabes und Myelitis leidenden Kranken. In allen Fällen sah er Linderung bzw. Schwinden der häufig äußerst hartnäckigen Schmerzen. Den besten Erfolg sah SCHWARTZ bei katarrhalischer Zystitis. Nach Verabreichung von Helmitol trat in 4—5 Tagen wesentliche Linderung des Harndrangs ein; der trübe, viele Eiterzellen und Schleim enthaltende Harn klärte sich schon am Ende der ersten Woche auf und gewann seine saure Reaktion wieder. In 2 Fällen von Prostatitis chron. postgonorrhoica war die Wirkung gleichfalls gut. Nach 5 *g* Helmitol täglich nahm der schmerzhafte Harndrang schon am 6. Tage ab. Verabreicht wurden die BAYERschen Helmitoltabletten à 0·50, in Dosen von 3—6 *g* täglich, in viel Wasser oder Zuckerwasser, mit letzterem eine angenehme Limonade gebend.

— Einen experimentellen **Beitrag zur toxischen Wirkung des Chloroforms auf die Nieren** erbringt OFFERGELD („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 72). Verf. experimentierte mit Ratten, Meerschweinchen und Kaninchen. Die Tiere erholten sich zuerst wieder aus der Narkose, wurden dann aber krank und starben ausnahmslos 48—60 Stunden nach der Narkose. Mikroskopisch fand sich fettige Degeneration in Herz, Leber und namentlich in den Nieren. Besonders ausgedehnt waren die Nierenveränderungen, wenn die betreffende Niere schon vorher irgendwie geschädigt wurde. Die Unterbindung der Nierenarterie war in dieser Beziehung ohne Ergebnis, dagegen war die fettige Degeneration der Niere außerordentlich stark,

wenn vorher die Nierenvene oder der Ureter unterbunden war, ferner wenn durch Fütterung mit Alkohol oder Bleiazetat oder durch Adrenalininjektionen eine chronische interstitielle Nephritis erzeugt worden war. Auch eine parenchymatöse Nephritis vermochte schon nach kurzer Chloroformnarkose Degeneration der Nieren zu veranlassen. Endlich begünstigte auch die Injektion von Eiterkokken und Diphtherietoxin die Entstehung einer Degeneration. Waren die Nieren durch eine kurz vorausgegangene leichte Narkose bereits geschädigt, dann steigerte die zweite Chloroformnarkose die Wirkung der ersten in hohem Grade.

— Die **Therapie der weiblichen Gonorrhöe** an der Charité-Klinik BUMMS in Berlin gestaltet sich nach RUNGE („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 5) in folgender Weise: Vom ersten Tage ab, wo die Patientin sich vorstellt, erhält sie, sowohl bei ganz frischen, akuten, als auch bei älteren Fällen sofort Gonosan und zwar 3mal täglich zwei Kapseln. Außerdem werden ihr natürlich die üblichen Diätvorschriften, wie Enthaltung von Alkohol, scharf gewürzten Speisen, Käse etc. gegeben. Sobald nach 1—3 Tagen die schmerzhaften Empfindungen und akutesten Entzündungserscheinungen geschwunden sind, beginnen neben der fortgesetzten Darreichung von Gonosan tägliche Injektionen von 1 *cm*³ 10%iger Protargollösung in die Urethra. Sind bei fortgesetzter derartiger Behandlung Gonokokken bei mehrmaliger Untersuchung im mikroskopischen Bilde nicht mehr zu finden, was oft schon nach 7—9 Tagen der Fall ist, dann läßt man das Protargol allmählich weg und injiziert täglich in einer Sitzung absatzweise 10—20 *cm*³ der RICORDschen Lösung (Plumb. acet., Zinc. sulf. aa. 2·0 : 200·0). Mit Vorteil kann man zur Applikation der Protargollösung den FRITZschen Zelluloidansatz für die Harnröhre gebrauchen. Derselbe wird auf eine gewöhnliche PRAVAZsche Spritze aufgesetzt und besteht aus einem 5 *cm* langen und etwa 4 *mm* breiten Rohr, das an der Spitze olivenartig verdickt ist, um sich damit gegen den Sphinkter inter. zu legen und dadurch die Blase gegen die Injektionsflüssigkeit abzuschließen. Die Durchbohrung des Rohres mündet nicht in der Spitze, sondern durch viele seitliche Öffnungen, aus denen dann die Flüssigkeit heraustritt. Auf diese Weise wird eine sehr ausgiebige Berieselung der Harnröhre mit der Protargollösung erzielt.

— Als Mittel bei **Uterusblutungen** empfiehlt MEYER das Styptol („Allgem. med. Zentr.-Zeitg.", 1904, Nr. 49). Er hat dasselbe in 23 Fällen angewandt, und zwar bei menstrualen Blutungen (7 Fälle), Abortblutungen (3 Fälle), Puerperalblutungen (3 Fälle), endometrischen Blutungen (3 Fälle), Hämorrhagien bei Neubildungen (7 Fälle). Das Styptol erfüllt alle Ansprüche, die man billigerweise an ein uterines Hämostatikum stellen kann; es ist überall dort indiziert, wo man auf Kontraktionen des Uterus nicht rechnet. Bemerkenswert ist seine deutliche sedative Wirkung. Es wirkt bereits in kleinerer Dosis als Stypticin und ist billiger als dieses. Man gibt täglich 3—5 Tabletten à 0·05.

— Über ihre Versuche in bezug auf die **Wirkung der Radiumstrahlen** auf oberflächliche maligne Neubildungen sowie auf andere Hautaffektionen berichten WERNER und HIRSCHEL („Deutsche med. Wochenschr.", 1904, Nr. 42). Es wurden 22 verschiedene Fälle behandelt, und zwar fünfmal oberflächlich liegende Karzinome, einmal Melanosarkommetastasen, 5 Fälle von Angiom, 7 Fälle von Lupus, 2 Fälle von Naevus, 1 Narbenkeloid und 1 Ulcus tuberculosum linguae. Die Radiumtherapie scheint für bösartige Neubildungen nicht die anfangs erhoffte Bedeutung gewinnen zu sollen, falls nicht die intratumorale Anwendung in Form von Sonden oder von Injektionen der gelösten Emanation bessere Resultate erzielt. Im Gegensatz zu den ungünstigen Erfahrungen bei den malignen Affektionen waren die Erfolge bei den gutartigen Neubildungen und Tuberkuliden sehr befriedigend. Es wurde meist eine lange Bestrahlungsdauer gewählt, um möglichst rasche Erfolge zu erzielen. Es zeigte sich, daß nach solcher forcierter Belichtung Ulzerationen entstehen, welche mehrere Wochen zu ihrer Heilung erfordern, dann aber in der Mehrzahl der Fälle zu kosmetisch ganz vortrefflicher Vernarbung führen, ferner, daß die elektive, das pathologische Gewebe ohne Hautnekrose zur Resorption bringende Wirkung des Radiums sich nicht allein auf die kleine von dieser Substanz bedeckte Fläche beschränkt, sondern insbesondere in der Tiefe darüber ziemlich weit hinausreicht, so daß es gelingt, durch energische lange Bestrahlung an verhältnismäßig wenigen Punkten flächenhaft ausgedehnte Affektionen zur Heilung zu bringen. Es entstehen dann nur wenige kleine Hautnekrosen, die nach kurzer Zeit ausheilen. Die Ulzerationen, welche nach Abstoßung der nekrotischen Partien entstehen, sind in manchen Fällen recht schmerzhaft, wenn nicht eine absolut reizlose Salbe zur Bedeckung verwendet wird.

— Das **Unguentum Credé in der Augenheilkunde** bespricht FEILCHENFELD („Therap. Monatsh.", 1904, Nr. 9): Er benützt das Unguentum Credé seit längerer Zeit bei äußeren Augenerkrankungen zu lokalen Inunktionen und empfiehlt es besonders da, wo es sich um Bekämpfung infektiöser Prozesse und Beförderung der Resorption handelt. Er sah sehr günstige Resultate bei Phlegmone des Tränensacks, Dacryocystoblennorrhöe, Lidabszessen, Furunkeln und Hordeolen. Bei Blepharitis war Unguentum Credé ein vorzüglicher Ersatz für die gelbe Salbe. Tendenz zu rascher Heilung zeigten unter Unguentum Credé Conjunctivitis simpl. acuta und Conjunctivitis simpl. chron. Bei Conjunctivitis crouposa schwand der kruppöse Belag, Keratitis superficialis scroph. verlief schneller als gewöhnlich etc. Überraschend war der Erfolg u. a. bei einem eitrig infiltrierten Ulcus corneae mit Hypopyon, wo unter stündlich wiederholter Applikation der Salbe binnen 24 Stunden das Hypopyon sich resorbiert und das Geschwür gereinigt hat. Die Heilung erfolgte mit zarter Narbe und guter Sehschärfe. Das gleiche Endresultat lieferte auch ein anderer Fall von Ulcus corneae. Kontraindiziert ist das Unguentum Credé nach Ansicht des Verf. bei phlyktänulären Entzündungen und frischer Keratitis parenchymatosa. Die Salbe wird in schweren Fällen rein, sonst im Verhältnis 1 : 2 und 1 : 3 mit Vaseline, Resorbin, Ungt. Vaselini etc. gemischt, mehrmals am Tage mit einem Glasstab in den Bindehautraum eingerieben oder eingeschmiert.

— Die **Verwendung des 30%igen Wasserstoffsuperoxyd** von MERCK **in der Dermatologie und Urologie** bespricht SCHOLTZ („Arch. f. Dermatol. u. Syph.", Bd. 71). Verf. empfiehlt das Wasserstoffsuperoxyd vor allem bei der Behandlung ulzeröser und gangränöser Prozesse der Haut und Schleimhaut, bei denen es entweder rein oder schwach verdünnt (1 : 2 bis 1 : 3) einmal täglich zum Aufpinseln oder Auswischen, oder in ½—1%iger Lösung zum Verband benutzt wird. Sehr günstig beeinflußt das Mittel die Stomatitis mercurialis, namentlich wenn sie mit eitrigem Belage des Zahnfleischrandes, mit Ulzerationen und Foetor ex ore verbunden ist; neben Spülungen mit 2—3%igen Lösungen macht man hier Pinselungen mit dem reinen Präparat, dem oft zweckmäßig 10—20% Argent. nitr. zugesetzt werden. Ferner sind torpide vereiternde Bubonen, gangränöse oder serpiginöse weiche Schanker geeignete Objekte der Wasserstoffsuperoxydbehandlung. Bei Leukoplakia oris hat Verf. mit Pinselungen Heilung oder Besserung erzielt, dagegen blieb die Wirkung bei Komedonen, Akne, Epheliden, und anderen Pigmentierungen hinter seinen Erwartungen zurück. — In der Urologie glaubt SCHOLTZ das Mittel empfehlen zu dürfen bei manchen chronischen Zystitiden in Form von Spülungen mit ⅛—1%igen Lösungen, ferner im Endstadium der Gonorrhöe, bei chronischer Gonorrhöe und namentlich bei chronischen postgonorrhöischen Urethritiden zu Injektionen von ½—1%igen Lösungen, am besten mit einem Argentumzusatz von 1 : 4000—1 : 1000, oder zu Spülungen mit etwas schwächeren Lösungen.

— Das **Vioform** (Jodchloroxychinolin) hat SIEBENMANN vielfach verwendet („Zeitschr. f. Ohrenheilk.", Bd. 40), u. zw. in Pulverform und als Gaze (10%). Oberflächliche sowie tiefgehende Wunden (Wundhöhle nach operiertem Empyem des Warzenforstatzes) heilen schneller als unter Airol und Dermatol. Ob das Vioform in der Mehrzahl der Fälle in der Raschheit der Ausheilung auch dem Jodoform vorzuziehen ist, will Verf. nicht entscheiden. Jedenfalls ist gerade für die Nachbehandlung der Radikaloperierten das Vioform sehr zu empfehlen, da weniger Granulationen aufschießen als bei Jodoform und die Überhäutung deshalb raschere Fortschritte macht. Doch ist bei der Anwendung des Vioform darauf Bedacht zu nehmen, daß dieses äußerst feine Pulver nur in sehr geringer Menge aufgestäubt wird. Andernfalls nimmt die Wundhöhle ein speckiges Aussehen an, die Heilung zögert und der sich bildende Belag verdeckt die freie Übersicht, so daß sich in den freigelegten Mittelohrräumen

wieder Verwachsungen bilden können. Intoxikationserscheinungen wurden nie beobachtet, obwohl Vioformgaze wegen ihrer Reizlosigkeit und Geruchlosigkeit öfters auch zur Nasentamponade gegeben wurde. In Fällen, wo Jodoform von vornherein kontraindiziert ist oder schlecht vertragen wird, ist deshalb Vioform in erster Linie zu empfehlen. Zum Einpulvern in den Gehörgang wird wegen seiner Unlöslichkeit im Ohrsekrete das Vioform die Borsäure nicht ersetzen können.

— Unter den neueren **Laxantien** stellt nach MENDELSOHN („Deutsche Ärzte-Ztg.“, 1905, Nr. 2) das Purgen eine nicht unwichtige Bereicherung unseres gerade an Abführmitteln ohnedies schon so überreichen Arzneischatzes dar und findet ohne Zweifel reichliche und wertvolle Verwendung. Verf. erörtert in seiner lesenswerten Abhandlung den Wert der Abführmittel und ihre vielfache Verwendungsmöglichkeit, wenn auch nur in kurzen Andeutungen. Er ist der Ansicht, daß nicht nur bei den Kranken, sondern auch bei den Ärzten diese so wertvolle Medikation wieder eine um so größere Anwendung finden wird, je einfachere, bequemere, modernere Medikamente gegenüber den altgebräuchlichen hierfür zur Verfügung stehen. Die Darreichungsform des Purgen kann als bekannt vorausgesetzt werden.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Unter besonderer Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Pharmakopöe. Von **Prof. Dr. H. v. Tappeiner.** Fünfte, neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel.

Verf.s Lehrbuch trägt ausschließlich praktischen Bedürfnissen Rechnung, ohne darum auf wissenschaftliche Darstellung und die Erörterung der experimentellen Pharmakologie zu verzichten. „Die Einteilung des Stoffes ist nach dem therapeutischen System vorgenommen, d. h. nach den Wirkungen, welche bei der Anwendung in Krankheiten vorzugsweise in Betracht kommen. Den Anfang machen die hauptsächlich als Corrigentia und Constituentia gebrauchten Mittel, da deren Kenntnis für die Verordnung aller folgenden von Wichtigkeit ist. Hierauf folgen die örtlich wirkenden, dann die hauptsächlich nach der Resorption wirkenden Stoffe, und den Schluß bilden jene Mittel, welche nach beiden Richtungen Verwendung finden. An sie reihen sich noch zwei Kapitel über Organ- und Serumtherapie und über Nährpräparate und Enzyme.“ Die neueren Mittel sind nur insoweit berücksichtigt, als die bisher mit ihnen gesammelten Erfahrungen ihre länger dauernde Anwendung in Aussicht stellen. B.

Die malignen Geschwülste im Kindesalter. Von **Doktor A. Steffen**, Stettin. Stuttgart 1905, Ferdinand Enke.

Das Werk behandelt mit nützlicher Gründlichkeit alle im Kindesalter zur Beobachtung kommenden bösartigen Geschwülste (mit Ausnahme der Tuberkulose). Nach den Organen, dem Sitze der Tumoren, geordnet, werden die Neoplasmen der Nieren und Nebennieren, der Harn- und Geschlechtsorgane, der Leber, des Pankreas und der Milz, der Knochen, des Orbitalinhaltes, des Gehirnes und seiner Häute, des Verdauungstraktes, der Respirationsorgane und schließlich des Rückenmarkes und der Nerven, die allgemeine Karzinomatose und Sarkomatose besprochen. Eine, wie es scheint, erschöpfende Berücksichtigung der publizierten Kasuistik gibt der Besprechung der einzelnen Krankheitsformen eine überzeugende Kraft. Überall wird die Therapie ausführlich besprochen. Für jeden, der auf dem Gebiete der malignen Geschwülste arbeitet, bedeutet das Buch einen wichtigen Berater, und als solcher sei er bestens empfohlen. NEURATH.

Leitfaden für Desinfektoren in Frage und Antwort. Von **Dr. Fritz Kirstein.** Zweite Auflage. Berlin 1905, Julius Springer.

Die vorliegende, entsprechend den neueren Erfahrungen über Desinfektion erweiterte zweite Auflage dieses ausgezeichneten Büchleins eignet sich nicht nur zur theoretischen Ausbildung der Desinfektoren, sondern ist auch durch die beigegebenen Tabellen geeignet, den Desinfektor stets als verläßlicher Ratgeber zu begleiten. A.

Feuilleton.

Über die Haftpflicht der Ärzte.

Von **Dr. Max Ellmann**, Wien.

(Schluß.)

Wie ist überhaupt die grobe Unwissenheit und die Ungeschicklichkeit im Sinne des Gesetzes auszulegen? Einen Arzt, der alles weiß und alles kann, der niemals ermüdet, braucht der Verkehr nicht. Und wenn er ihn brauchte, fragt RABEL [11]), wo sollte er ihn suchen. Der Durchschnittsarzt und nicht der Musterarzt hat zum Maßstab zu dienen. Man kann einem Arzte, der plötzlich Hilfe leisten muß, es nicht zum Verschulden anrechnen, wenn er nicht ganz kunstgerecht vorgeht. Unterlassen der Antisepsis, Unterlassen anderer, vielleicht weniger gefährlicher Eingriffe etc. ist unter besonderen Umständen kein Kunstfehler. Auch die sonstige Leistungsfähigkeit des Arztes muß berücksichtigt werden. Wenn ein übermüdeter Arzt zu einer Geburt geht und Hilfe leisten will, weil weit und breit kein anderer Arzt vorhanden ist, kann von ihm nicht dieselbe Verantwortung gefordert werden wie von einem anderen Arzt. Wo andere, bessere Hilfe nicht möglich ist, wird der Arzt so zu helfen suchen, wie er kann und sich durch keine Bedenken abhalten lassen. Der sichere Schaden des Kranken ohne jede Hilfe wiegt das Bedenken vollkommen auf, daß man vielleicht nicht sicher helfen könnte.

Auch die Verletzung der Pflicht zur Wahrung des Berufsgeheimnisses kann den Arzt haftpflichtig machen. Nach § 498 St. G. B. ist der Arzt zur Wahrung der Geheimnisse der Kranken verpflichtet. Ob unter Geheimnis auch Privatgeheimnisse, die sich nicht auf die Krankheit beziehen, gemeint sein können, ist mir trotz der bejahenden Antwort EDUARD HERBSTS [12]) zweifelhaft. Die Pflicht des Berufsgeheimnisses wird durch § 359 St. G. B. modifiziert, der den Arzt verpflichtet, Krankheiten anzuzeigen, bei denen Verdacht auf ein Verbrechen besteht.

Die Praxis hat aber diese strenge Auslegung des Berufsgeheimnisses nicht anerkannt. Wenn ein Arzt einen Kranken bei Gericht wegen des Honorars klagt und hierbei eventuell zur Erhärtung seiner Forderung angeben muß, wegen welcher Krankheit er ihn behandelt welche Eingriffe er vorgenommen hat, so verstößt er streng genommen gegen die Gesetzesbestimmung.

Wenn ein Arzt, der etwa wegen eines Kunstfehlers oder eines Verbrechens an dem Kranken angeklagt ist, die Krankheit des Kranken, eventuell andere Geheimnisse verrät, um sich zu verteidigen, so verletzt er streng genommen ebenfalls das ärztliche Geheimnis.

Niemand wird aber bezweifeln, daß der Arzt zur Wahrung seiner berechtigten Interessen so zu handeln befugt ist.

Die Ärzte sind untereinander nicht einig, ob die heutige Gesetzbestimmung über die Wahrung des Geheimnisses genügt. Manche sind für absolute Wahrung des Geheimnisses und wollen den Anzeigezwang bei Verbrechen und den Zeugniszwang abgeschafft wissen, andere wieder sagen, daß höhere ethische Interessen den Arzt verpflichten, das Geheimnis preiszugeben. Wenn ein Arzt weiß, daß sein Patient an beginnender Paralyse oder an Syphilis leidet und heiraten will, soll er, um großes Unglück zu verhüten, die Familie der Braut belehren dürfen. In Deutschland ist das Berufsgeheimnis ebenfalls geschützt, sogar der Zeugniszwang für den Arzt aufgehoben. Und doch hat das Reichsgericht anerkannt [13]), daß es sittliche Pflichten des Arztes gibt, die höher zu bewerten sind als das Berufsgeheimnis und die ihn demnach berechtigen, die Verschwiegenheit zu brechen,

[11]) L. c. pag. 11.

[12]) Handbuch des österr. Strafrechts. 1871. II. Teil, pag. 231.

[13]) Entscheidung in Zivilsachen 19. Januar 1903, Bd. 53, pag. 315. Zitiert nach RABEL, l. c. pag. 45.

so z. B. der Ehefrau Kunde von der geschlechtlichen Erkrankung des Mannes zu geben, um eine Ansteckung tunlichst zu vermeiden. „Wie es auch vielleicht nicht schlechthin ausgeschlossen wäre, eine solche moralische Mitteilungspflicht unter besonderen Umständen einer dritten Person, die nicht Ehefrau ist, gegenüber als gegeben anzusehen." Es erscheint fraglich, ob unsere Gerichte in ähnlichen Fällen ebenso entscheiden würden. Der Arzt muß sich dabei vorhalten, daß er durch Verletzung der Geheimnisse der Kranken haftpflichtig werden kann. In Detailfragen über dieses Thema will ich heute nicht eingehen. Nur soll erwähnt werden, daß die Bekanntmachung von Geheimnissen eventuell nach § 484 St. G. (Veröffentlichungen von ehrenrührigen, wenn auch wahren Tatsachen des Privat- und Familienlebens) mit der Erschwerung nach § 494 b und c St. G. B. (wider jemanden begangen, zu welchem der Beleidiger in einem besonderen Verpflichtungsverhältnisse gestanden ist, wobei überdies der Beleidigte einen Nachteil oder eine Gefahr an seinem bürgerlichen Fortkommen und Erwerbe gelitten hat) bestraft werden könnte. Die Größe der Haftpflicht ist durch den letzten Zusatz (§ 494 c St. G. B.) ersichtlich.

Der Arzt macht sich ferner einer Übertretung der Vertragspflicht schuldig, wenn er nicht die gehörige Aufmerksamkeit und den gehörigen Fleiß dem Kranken gegenüber anwendet. Wir haben es schon früher für eine Rechtspflicht des Arztes erklärt, aufmerksam zu untersuchen. Ein Fehler in der Diagnose und in der Behandlung würden gegebenfalls einen Kunstfehler, ja sogar eine Übertretung oder ein Vergehen gegen die Sicherheit des Lebens nach § 335 St. G. B. begründen und von den entsprechenden Folgen für die Entschädigungspflicht sein. Ich will daher hier nur von der Vernachlässigung des Kranken sprechen, die darin besteht, daß der Arzt sich leichtfertig nicht die nötige Mühe während der Behandlung nimmt, den Kranken nicht besucht etc. In der Praxis erfahren wir es täglich, daß Kranke den nötigen Besuch des Arztes ablehnen. Wir werden Sie rufen, wenn es schlechter wird, heißt es gewöhnlich. Der Arzt hat die Pflicht, den Kranken und die Umgebung auf die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung aufmerksam zu machen, nicht aber die Pflicht, sich aufzudrängen. Aus der Vernachlässigung muß aber ein Schaden für den Kranken erwachsen sein, wenn der Arzt haftbar gemacht werden soll. Wenn sie einen unheilbaren Kranken vernachlässigen, können sie daher nur insoferne haftbar gemacht werden, als hierdurch sein Leben verkürzt worden ist.

Bisher haben wir von der Haftpflicht, die aus dem Vertrage entspringt, gesprochen. Wir haben gesehen, daß nach § 1295 auch der Schaden, der ohne Beziehung auf einen Vertrag verursacht worden ist, ersetzt werden muß. Es ist fraglich, ob nach österreichischem Recht ein Arzt, der — sei es wissentlich oder aus Fahrlässigkeit — ein falsches Zeugnis über die Gesundheit einer Person ausstellt, einem Dritten gegenüber haftbar gemacht werden kann. Nach deutschem Rechte wird die Ausstellung eines falschen Zeugnisses strafrechtlich geahndet (§ 278 D. St. G. B.), die zivilrechtliche Haftung folgt hieraus sowie aus §§ 823 und 824 D. B. G. B. In Österreich gilt im allgemeinen nur das amtsärztliche Zeugnis als beweiskräftig. Ich halte es aber für möglich, daß unter Umständen das Gericht gegen den Arzt, welcher ein solches Zeugnis ausstellt, entscheidet auf Grund des § 201 a St. G. B. (Fälschung von Privaturkunden) und könnte ich es vom Standpunkte, den wir Ärzte in dieser Frage einnehmen, nur für gerecht und gerechtfertigt erklären. Das Zeugnis eines jeden beliebigen Arztes wird eben vom Publikum von vornherein für beweiskräftig und wahr gehalten, es ist daher ein falsches Zeugnis geeignet zu täuschen.

Ein anderer Haftpflichtgrund ohne Vertrag ist folgender: Viele Verordnungen und § 393 St. G. B. verpflichten den Arzt zur Anzeige von Infektionskrankheiten. Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten ist diese Anzeige nötig. Unterläßt der Arzt diese Anzeige und entsteht hieraus für irgend jemand ein Schaden, so ist der Arzt dem Beschädigten, ohne daß er im Vertragsverhältnis mit ihm gestanden wäre, haftbar. Das Verkehrsleben kann sich eben nur dann glatt und ohne Zusammenstöße abwickeln, wenn ein jeder seine Pflicht, das ist nicht nur die allgemeinen Rechtspflichten eines jeden Staatsbürgers, sondern auch die ihm infolge seines Berufes eigentümlichen Pflichten erfüllt. Wer daher seine Pflicht nicht erfüllt und eine Rechtsnorm verletzt, ist jedem, der hierdurch Schaden erleidet, haftbar.

Über die Haftbarkeit einzelner Ärztekategorien, z. B. beamteter Ärzte, Spitals-, Kassen-, Versicherungsärzte sowie ärztlicher Sachverständiger will ich mich hier nicht aussprechen. Ich will eben nur die allgemeine Haftpflicht der Ärzte erörtern.

Es erübrigt noch zu bemerken, daß der Arzt gegebenenfalls auch für Verschulden anderer aufzukommen hat. Wenn Ihr Dienstmädchen eine Berufung zu einem Kranken aufnimmt und den Auftrag nicht ausrichtet, sind Sie haftbar, denn § 1315 a. b. G. B. sagt: Wer zu einem Geschäfte eine untüchtige Person bestellt hat, haftet für den Schaden, welchen ein Dritter hierdurch erlitten hat. Das bezieht sich auch auf Vertreter und auf Assistenten. Ein jeder Operateur weiß, daß er für seine Assistenten die Verantwortung trägt, allerdings nur, wenn er sie sich ausgesucht hat. Ist der Operateur gezwungen, sich mit der eben vorhandenen und erreichbaren Assistenz zu begnügen, so trifft ihn nicht die Verantwortung. Hiermit ist er aber doch nicht jeder Verantwortung frei. Er muß die Operation leiten und einen Fehler des Assistenten, soweit er ihn verhüten kann, auch wirklich verhüten.

Aus dem bisherigen ersehen Sie, daß der Arzt meist, aber durchaus nicht immer haftbar gemacht wird, wenn er gegen eine Bestimmung des Strafgesetzes verfehlt hat. Das ist auch für das Zivilverfahren wichtig, da § 260 Z. P. O. besagt: Wenn die Entscheidung von dem Beweise und der Zurechnung einer strafbaren Handlung abhängt, ist der Richter an den Inhalt eines hierüber ergangenen rechtskräftigen, verurteilenden Erkenntnisses des Strafgerichtes gebunden. Das heißt: Wurde der Arzt vom Strafgerichte verurteilt, so ist er ohne weiteres haftbar, über den Haftgrund ist entschieden, nur die Höhe des Schadens hat der Zivilrichter zu bestimmen. Ist der Arzt aber vom Strafgerichte freigesprochen worden, so kann das Zivilgericht noch immer ein, wenn auch nicht strafbares Verschulden des Arztes annehmen. Die Beweisführung des Verschuldens und des Schadens obliegt dann dem Kläger. Schaden ist aber nicht etwa der Schaden, den der Arzt voraussehen konnte, z. B. Verdienstentgang durch einige Wochen, sondern ein jeder Schaden, den der Kranke auch außerdem erlitten hat.

Unangenehm sind nun solche Haftpflichtprozesse dem Arzt aus zwei Gründen: Erstens finden die Verhandlungen öffentlich statt. Nach § 172 der Zivilprozeßordnung ist nur dann auf Antrag einer Partei geheimes Verfahren zulässig, wenn Tatsachen des Familienlebens erörtert und bewiesen werden müssen, z. B. bei Ehescheidungsklagen. Das öffentliche Verfahren ist aber eine Gefahr für das Erwerbsleben des Arztes. Selbst im Falle eines vollkommenen Freispruches bleibt etwas hängen. Das Publikum, namentlich in letzterer Zeit, aufgehetzt durch die bekannten Vorgänge im Landtag, ist eher geneigt, dem vermeintlich Schwächeren, das ist dem Patienten, Recht zu geben und wird selbst im Falle des Freispruches nur sagen, der Arzt war schlau, so daß man ihm nicht beikommen konnte, oder die sachverständigen Ärzte haben einen Kollegen „herausgehaut". Es wäre notwendig, daß die Zivilprozeßordnung auch dann geheime Verhandlung als zulässig erklären würde, wenn aus der öffentlichen Verhandlung einer der Parteien ein unverhältnismäßig großer Schaden erwachsen könnte. Das Publikum hätte hiervon keinen Schaden, da ja eine strafgerichtliche Verurteilung des Arztes genügend Warnung für das Publikum ist, eine zivilrechtliche Verurteilung aber auch ohne moralisches Verschulden des Arztes möglich ist.

Der zweite Grund, weshalb den Ärzten diese Prozesse unangenehm sind, ist darin zu suchen, daß der Richter nur nach seiner Überzeugung zu urteilen hat und daher an den Sachverständigenbeweis nicht gebunden ist. Es ist aber heute unmöglich, für die Ärzte ein anderes Recht oder einen anderen Gerichtsstand zu schaffen, als für alle anderen Bürger.

Ansätze für einen besonderen Gerichtsstand für bestimmte Berufe sind aber schon heute vorhanden. Die Gewerbegerichte, die Schiedsgerichte an den Börsen etc. basieren auf dem Grundsatze, daß Sachverständige über Fachfragen zu entscheiden haben. Auch beim Handelsgericht spielen die Laienrichter aus dem Kaufmannsstande eine wichtige Rolle. Es handelt sich aber in all diesen Fällen um Streitigkeiten zwischen Angehörigen derselben Berufskategorie, wäh-

rend in den Haftpflichtprozessen gegen Ärzte verschiedene Berufsstände einander gegenüberstehen — Arzt und Patient, respektive die Rechtsnachfolger des Patienten. Ich glaube nicht, daß die nächste Zukunft in den bisherigen Verhältnissen Wandel schaffen wird. Den einzigen Ausweg sehe ich aber darin, daß in allen Streitigkeiten und Prozessen, wo ärztliche Berufsfragen welcher Art immer zur Entscheidung kommen, der Gerichtshof aus Richtern, Vertretern der Ärzte und Vertretern des Publikums zu bestehen hätte. Beruflich tüchtige, ehrenhafte Ärzte, gebildete, charaktervolle Richter aus dem Laienstande wären die geeigneten Personen, um die Frage zu entscheiden: hat der Arzt einen Fehler begangen, ist es nötig, die Allgemeinheit vor diesem Arzte zu schützen, den Beschädigten schadlos zu stellen? Vielleicht wird es auch dazu kommen, daß solche Gerichte über Ärzte Recht sprechen werden.

Noch eines wäre zu bemerken. Bei Haftpflichtprozessen ist der Arzt in Anbetracht der Höhe der beanspruchten Entschädigung gesetzlich gezwungen, sich einen Rechtsfreund zu nehmen. Wird dem Kläger, wie es häufig vorkommt, das Armenrecht bewilligt, so hat der Arzt selbst im Falle des Obsiegens seine nicht unbeträchtlichen Prozeßkosten aus eigenem zu tragen. Hiergegen schützt nun die Haftpflichtversicherung, die auch die Prozeßkosten mitversichert. Nur für „böse Absicht" des Arztes kommt die Haftpflichtversicherung nicht auf. Alle anderen Verpflichtungen hingegen übernimmt dieselbe. Der Nutzen der Haftpflichtversicherung ist daher so einleuchtend, daß ich Sie mit der Erörterung hierüber nicht weiter belästigen will.

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen. Manche Bestimmungen des Gesetzes, namentlich des Strafgesetzes, woraus Haftung für den Arzt entspringt, mögen immerhin der Änderung bedürftig sein, z. B. wäre eine Präzisierung des Berufsgeheimnisses nötig. Im großen ganzen muß man aber sagen, daß namentlich das allgemeine bürgerliche Gesetzbuch für den Arzt nicht viel enthält, was man vom Arzte nicht mit Recht verlangen kann. Einzelne Unklarheiten, die vorzüglich durch die Verhältnisse der Zeit der Abfassung dieses Gesetzbuches verschuldet sind, wären zu beseitigen, manche Rechte und Pflichten genauer zu umschreiben. Haftpflichtig wird aber immer ein jeder Mensch für seine Handlungen sein, den Arzt von dieser allgemeinen Pflicht auszunehmen, wäre nicht nur ungerecht, sondern zum Schaden der Kranken und der Ärzte selbst. Der Arzt soll im eigenen Interesse, im Interesse der Würde und des Ansehens seines Standes seiner hohen Verantwortung sich bewußt sein und auch in Zukunft bewußt bleiben wie bisher.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

III.

PETERSEN (Heidelberg): **Zur Histologie der Schleimhautkarzinome.**

PETERSEN will wegen der Kürze der ihm zu Gebote stehenden Zeit nur den Kernpunkt erörtern: Wächst das Schleimhautkarzinom, z. B. des Magendarmkanals, von der Schleimhaut in das Bindegewebe unizentrisch? Seine zahlreichen Untersuchungen haben diese Frage in bejahendem Sinne beantwortet. Die Karzinome wachsen mit primärer Wucherung der Schleimhaut ohne besondere Beteiligung des Bindegewebes. Die hypothetischen Krebsparasiten hält er für Illusion.

LAUENSTEIN (Hamburg): **Zur praktischen Anwendung der ESMARCHschen Blutleere.**

Um Lähmungen zu vermeiden, legt LAUENSTEIN den ersten Abschnitt der Binde der Richtung der Arterie entsprechend und dann erst zirkulär. Demonstration.

LANDOW (Wiesbaden): **Zur Pathologie und Chirurgie der Osteomyelitis gummosa der langen Röhrenknochen.**

Fall von Spina ventosa-ähnlicher Auftreibung der rechten Tibia, die nach vergeblich angewendeter antisyphilitischer Kur aufgemeißelt wurde und pathologisch-anatomische Erscheinungen bot, die vollkommen abweichend von den vermuteten waren. 2 *mm* dickes Periost, schwefelgelbe Tibia, gallertiges Knochenmark, kein Eiter. Die gelbe Verfärbung hält er mit anderen pathologischen Anatomen für ein sehr wertvolles differentialdiagnostisches Mittel zur Erkennung des syphilitischen Charakters der Erkrankung.

RITTER (Greifswald): **Die Ursachen der Nekrosenbildung im Karzinom.**

Vortr. erörtert kurz die Gründe, die man bisher für die Nekrosen in den Karzinomen angeführt hat, Ernährungsstörung, Drucksteigerung, Infarkte etc. und glaubt, daß keine der vielen aufgestellten Theorien richtig sei. Die Nekrose hält er für das Reaktionsgebiet des Organismus gegen die karzinomatöse Erkrankung.

SCHLOFFER (Innsbruck): **Über Perubalsam als Wundbehandlungsmittel.**

Bei infizierten frischen Verletzungen hat SCHLOFFER nach Perubalsam weit geringere entzündliche und eitrige Erscheinungen auftreten sehen, als sie nach Grad und Schwere der Verletzungen zu erwarten gewesen wären. Den Grund für diese Wirkung des Perubalsams glaubt er einmal in seiner Beständigkeit zu sehen, dann vor allem in einer Vermehrung der Leukozytose.

ROVSING (Kopenhagen): **Über Indikationen und Resultate der Nierenexstirpation, speziell bei Nierentuberkulose.**

Der Kernpunkt der ROVSINGschen Ausführungen sowie der aller übrigen Redner bildeten die Beobachtungen und Resultate, die mit den neueren Methoden der funktionellen Nierendiagnostik erreicht wurden, und ROVSING ist dabei zu folgenden Schlüssen und Ansichten gelangt: Die Methylenblaumethode und die Harnstoffbestimmung hat sich den meisten Untersuchern nicht bewährt, dagegen hat man allgemein mit der Phloridzinmethode und der Kryoskopie gute Erfahrungen gemacht. Er aber ist zu ganz anderen Resultaten gelangt: Er hält den Schluß, daß bei minimalen Harnstoffmengen die andere Niere auch nicht mehr funktionsfähig sei, nach seinen Erfahrungen für falsch; denn von seinen 112 Nephrektomien hat er in 31 Fällen die Operation trotz minimalster Harnstoffmengen gemacht und nur einmal eine Urämie erlebt. Dagegen hat er von 50 kryoskopierten Fällen 12mal ein ganz falsches Resultat erhalten; so fand er z. B. in mehreren Fällen von Morbus Brightii, von Tumoren etc. normalen Gefrierpunkt. Im ganzen hat er von 112 Nephrektomien 9 Todesfälle = 8%. Davon sind 52 Fälle mit 7 Todesfällen vor 1901, 60 Fälle mit zwei letalen Ausgängen nach 1901 operiert worden. Seine Statistik ist also ähnlich der von KÜMMELL und CASPER. ROVSING kommt nun zu dem Schlusse: Die Kryoskopie, die Phloridzinmethode und die Harnstoffbestimmung sind unzuverlässige Methoden; relativ am meisten Wert hat noch die letztere. Seine guten Resultate verdankt er der Ureterkatheterisation und der sorgfältigen chemischen und bakteriologischen Untersuchung des aufgefangenen Harnes. Ist auch die andere Niere erkrankt, findet er Bakterien, Eiter und Eiweiß, dann strebt er erst die Ausheilung derselben an, bevor er die Exstirpation der anderen vornimmt. Findet er dagegen keine Bazillen, keinen Eiter, nur Albumen, dann exstirpiert er sofort die andere Niere, weil er dann die Albuminurie für eine nur toxische hält, auch dann, wenn die Phloridzinmethode oder die Kryoskopie ihm gegenteilig raten sollten. Zum Beweise für die Richtigkeit dieses Vorgehens referiert er die Krankengeschichte eines besonders interessanten Falles. ROVSING warnt vor den Harnsegregatoren wegen ihrer Unzuverlässigkeit, die er an einem Falle von Tuberkulose zu beweisen versucht, bei dem der Harnsegregator ein doppelseitiges Leiden ergab, und er den Patienten, der, wie sich nachträglich herausstellte, durch eine Operation hätte gerettet werden können, seinem Schicksale überließ.

JAMES ISRAEL (Berlin): **Der Einfluß der funktionell-diagnostischen Methoden auf die Resultate der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose.**

Redner erinnert zunächst an die Warnung, die er zurzeit ausgesprochen, daß der Ureterkatheterismus uns nicht über den Stand der Funktionsfähigkeit der zweiten Niere unterrichte, und diese Einsicht das Verlangen nach den anderen diagnostischen Bestimmungen gezeigt habe. Er weist aber auch auf die ungemein widersprechenden Ansichten über die verschiedenen Methoden der funktionellen Diagnostik hin und berichtet, daß seine Untersuchungen ihn zu folgenden Resultaten haben kommen lassen: Die Kryoskopie weist viele Ausnahmen von der Regel auf, daher verliert sie auch viel an Wert für die praktische Chirurgie. KÜMMELLS Axiome lassen sich in der Allgemeinheit, wie dieser sie aufgestellt hat, nicht halten. Er hat auch bei normalem, nicht erniedrigtem Gefrierpunkt doppelseitige Erkrankungen gefunden, und die Patienten sind nach der Operation an Insuffizienz zugrunde gegangen, während umgekehrt Patienten mit abnorm er-

niedrigtem Gefrierpunkte durch die Operation gerettet wurden. Auch die Casper-Richtersche Methode hält er für ebensowenig zuverlässig. Trotz vollkommen normaler zweiter Niere ist die Zuckerausscheidung oft negativ gewesen. Andrerseits ist es ihm passiert, daß die vor der Operation negative Zuckerausscheidung nach derselben positiv wurde. Er glaubte auch, daß man ohne die funktionelle Diagnose auskommen könne, in seinen 72 Fällen von Tuberkulose ist es ihm wenigstens immer gelungen, ohne die funktionelle Prüfung den Sitz der Erkrankung zu finden. Nach seinen Erfahrungen gibt uns also weder die absolute Größe noch die relative Menge der Zuckerausscheidung über die Größe der Erkrankung resp. die Funktionsgröße der Niere genauen Aufschluß. Die Versuche Kapsammers, die Casper-Richtersche Methode durch die Bestimmung der Eintrittszeit der Zuckerausscheidung nach der Einspritzung zu ersetzen, dergestalt, daß der Eintritt nach 15 bis 20, 20 bis 25, 25 bis 30 Minuten über die Größe der Funktion der Nieren Aufschluß gibt, und die Forderung, daß man, wenn die Zuckerausscheidung später als nach 30 Minuten eintritt, nicht mehr operieren dürfe, sind nach Israels Erfahrungen unhaltbar. Dagegen legt er großen Wert auf die Differenz der Arbeitsleistung beider Nieren bei maximaler Beanspruchung derselben. Je mehr eine Niere in der Ausscheidung zurückbleibt, um so mehr sei sie funktionsuntüchtig. Israel beruft sich dabei auf Albarran, der auch zu ähnlichen Schlüssen gekommen ist. Der Beweis für seine Ausführungen seien seine Resultate. Vor 1901 habe er 25%, nach 1901 10% Todesfälle. Auch Morris und Bazi, die prinzipiell den Ureterkatheterismus verwerfen, haben die besten Resultate aufzuweisen. Seine Fälle ergeben dieselben Resultate mit und ohne Ureterkatheterismus, auch wenn er sie in die vor und nach 1901 einteilt. Er kommt also zu dem Schlusse, daß der Ureterkatheterismus nur für einen kleinen Teil die besseren Resultate erklären läßt, denn beim Vergleich aller Resultate mit und ohne Ureterkatheterismus ergibt sich, daß fast kein Unterschied zu finden ist, eher sprächen die Zahlen 14·9 mit, 13% ohne Ureterkatheterismus noch etwas zugunsten der letzteren Methode. Den Unterschied in den Statistiken zwischen ihm und Kümmell in der allgemeinen Sterblichkeit nach Nephrektomie — 11 : 6·5% — erklärt er sich durch den Unterschied der Zahl der malignen Tumoren, die bei ihm bedeutend größer war. Schalte er diese aus, so habe er eine Mortalität von 8%, Kümmell eine von 9%. Als wirkliche Ursache der besseren Resultate sieht er aber unsere verbesserte Diagnose und Indikationsstellung an. Während wir früher nur weit vorgeschrittene Fälle operierten, nähmen wir jetzt mehr Frühoperationen vor. Je länger die Tuberkulose dauert, um so mehr disponiert sie einmal die andere Niere zur Erkrankung, um so mehr leidet ferner das Herz. Und hier treten dann die Narkosentodesfälle und die Fälle von kardialer Niereninsuffizienz auf. Während er früher häufigere Ferntodesfälle zu beklagen hatte, hat er von 42 Fällen in den letzten Jahren nur einen erlebt. Zum Schluß verwahrt sich der Vortragende dagegen, daß er mit den negativen Resultaten seiner Untersuchungen nicht etwa abschreckend wirken möchte, auf dem Gebiete der funktionellen Diagnostik weiter zu arbeiten, eher fördern möchte er die Untersuchungen, damit man zu einem abschließenden Resultate gelange.

22. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

IV.

Lefmann (Heidelberg): **Experimente über Leukozytose und Röntgenstrahlen.**

Lefmann behandelte längere Zeit hindurch Kaninchen mit Einspritzungen von 2 *mg* Pilokarpin. Die dadurch entstandene Lymphozytose ging auf Röntgenbestrahlung in viermaliger Sitzung von je 15 Minuten Dauer zur Norm zurück. Nach Aussetzen der Röntgenbehandlung trat wieder Lymphozytenvermehrung ein.

Graud (Heidelberg): **Beiträge zur Einwirkung von Sonnenlicht und Röntgenstrahlen auf die Haut des Kaninchens.**

Bei beider Art Strahlen zeigte sich eine primäre, autochtone, sich allmählich steigernde Pigmentierung der Epidermis mit geringer Hyperämie der Kutis, daneben ein starker Anreiz zur Haarneubildung.

Braunstein (Berlin): **Über die Bedeutung der Radiumemanation und ihre Anwendung.**

Mit Radiumemanation, die durch Abdestillieren von Radiumsalzen gewonnen war, hat Vortr. Einspritzungen in Karzinome gemacht, in anderen Fällen radioaktives Wismut per os verabreicht. Er beobachtete Verkleinerung der Tumoren, einmal sogar Verflüssigung eines solchen. Wie das Radium selbst wirkt also auch die Emanation zellenbzw. gewebszerstörend. Die Verwendung einer solchen radioaktiven Lösung verdient den Vorzug vor der Radiumbestrahlung, weil sie mehr in die Tiefe wirkt, überall anwendbar ist und die gesunden Gewebe nicht schädigt. Die Emanation hat aber auch eine bakterizide Wirkung. In Übereinstimmung mit den ähnlichen Befunden anderer Experimentatoren fand Braunstein, daß Streptokokken und Typhusbakterien durch das Emanationswasser in ihrem Wachstum gehemmt werden. Schließlich kommt der abdestillierten Radiumausstrahlung auch noch ein Einfluß auf die Fermentwirkung zu, indem sie z. B. diejenige des Pankreatins und Pepsins steigert.

v. Leube (Würzburg): **Über positiven Venenpuls bei Anämischen.**

Derselbe entsteht durch eine relative Trikuspidalinsuffizienz wahrscheinlich auf funktioneller Basis. In den Fällen, in denen eine solche Insuffizienz nicht direkt nachweisbar ist, nimmt v. Leube das Bestehen einer latenten Insuffizienz dieser Klappe an. In der Regel findet man aber eine Verbreiterung des Herzens nach rechts, ein systolisches Geräusch rechts vom Sternum und diastolischen Venenkollaps.

Bergell und **Bickel** (Berlin): **Experimentelle Untersuchungen über die physiologische Bedeutung der Radioaktivität der Mineralwässer.**

Bekanntlich enthält eine große Zahl von Mineralwässern Radiumemanation, die jedoch nach der Entnahme der Wässer aus der Quelle bald verschwindet. So fehlt den exportierten Mineralwässern die Radioaktivität vollständig. Nach einem besonderen Verfahren ist es möglich, jedem beliebigen Mineralwasser an beliebigem Orte Radiumemanation wieder künstlich zuzusetzen und so dem Wasser die verlorenen Eigenschaften wiederzugeben. Bei Untersuchungen über den Einfluß des emanationsfreien und emanationshaltigen Wiesbadener Kochbrunnenwassers auf die Magenverdauung stellte sich heraus, daß durch die Radiumemanation der die Eiweißverdauung hemmende Einfluß der Kochsalzthermen mehr weniger wieder paralysiert wird, und daß die Emanation eine Aktivierung des Pepsins herbeiführt. Das gilt ebensowohl für das Wasser, das seine natürliche Radioaktivität noch besitzt, wie auch für dasjenige, dem Radiumemanation künstlich zugesetzt wurde.

Türck (Wien) hat in einem Falle von myeloider Leukämie nach dauerndem Arsengebrauch, welcher ein nahezu normales Blutbild hergestellt hatte, eine plötzliche lymphoide Blutüberschwemmung beobachtet, die zum Tode führte. Man sei auf der Hut, daß nicht nach Röntgenbehandlung dasselbe sich ereigne. Man kann nicht mehr als eine symptomatische und hämatologische Besserung erreichen.

Arnsperger (Heidelberg) berichtet über weitgehende Besserung durch Röntgenstrahlen bei myeloider Leukämie, während die lymphatische refraktär ist.

Burghart (Dortmund) hat nicht nur Zerfall der Leukozyten beobachtet, sondern auch Zunahme der Zahl der Erythrozyten und starke Steigerung des Hämoglobingehaltes.

Lenhartz (Hamburg) betont, daß es sich nicht um wirkliche Heilungen handelt. In einem Falle sah er nach vollkommener Rückbildung der Krankheitserscheinungen und des Blutbefundes 5 Wochen später akut das alte Krankheitsbild wieder auftreten und im Anschluß daran tödlichen Ausgang. Lenhartz warnt vor übertriebenen Hoffnungen und zu forcierter Behandlung.

Heineke (Leipzig) bemerkt gleichfalls, daß die Krankheitsursache unbeeinflußt bleibt. Gerade das Tierexperiment beweist die geringe Aussicht auf Dauerheilung. Die Veränderungen im Blut, Knochenmark und Milz sind ganz vorübergehender Natur.

Lossen (Straßburg) hat bei Leukämikern unter der Röntgenbehandlung quantitative Harnsäurebestimmungen gemacht und fand eine beträchtliche Verminderung derselben, die allmählich immer bedeutender wurde. Danach ist zu schließen, daß es sich nicht nur um einen gesteigerten Zerfall von Leukozyten handelt, sondern auch um eine herabgesetzte Leukozytenbildung.

Mosse (Berlin): Von praktischer und theoretischer Wichtigkeit ist das gegensätzliche Verhalten der roten und weißen Blutkörperchen nach der Bestrahlung. Die Erythrozyten nehmen nicht ab. Eine besondere Schädigung der Zellen im zirkulierenden Blute anzunehmen, ist nicht nötig. Die Zellen werden am Orte der Bestrahlung, z. B. Knochenmark, geschädigt und gehen entweder zugrunde oder kommen geschädigt in den Kreislauf.

Magnus-Levy (Berlin) regt an, bei den abgefüllten Mineralwässern die verloren gegangene Radiumemanation künstlich wiederherzustellen durch Bestrahlung.

His (Basel) betont demgegenüber, daß nach den Untersuchungen von Geisler und Elster die radioaktiven Substanzen am reichlichsten in der Kellerluft, am geringsten aber am Meeresstrande vorhanden sind.

Penzoldt (Erlangen) hat einige Unglücksfälle bei Leukämikern nach der Röntgenbestrahlung gehabt, ohne den ursächlichen Zusammenhang erweisen zu können, rät aber doch zur Vorsicht; im übrigen gibt er einige Ratschläge für die Technik.

Köhler (Wiesbaden) desgleichen zur Verhütung der Verbrennungen und Pigmentierung der Haut.

Königer (Erlangen) hat beobachtet, daß erst nach 10—14 Tagen mit dem Rückgang des Milztumors und der Leukozytenzahl eine deutliche Steige-

rung der Harnsäureausscheidung eintrat, übrigens auch der Phosphorsäureausscheidung und der N-Ausfuhr über die Zufuhr.

Schreiber (Göttingen) hat Alopecia areata mit Erfolg durch ultraviolette Strahlen behandelt.

v. Tabora (Gießen) hat 7 Fälle von Leukämie mit Röntgenbestrahlung behandelt, davon sind 2 gestorben, 2 etwas gebessert, 3 völlig arbeitsfähig geworden. Die Milzbestrahlung ist ausreichend. Eine gute Prognose für die Behandlung scheinen diejenigen Fälle zu bieten, welche nur wenige Myelozyten, aber sehr viel Mastzellen im Blute haben.

Krause (Breslau): Schlußwort.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 11. Mai 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

BRAUNER berichtet über eine Röntgenmethode zur Magenuntersuchung, welche er im Verein mit G. HOLZKNECHT ausgearbeitet hat. Pat. erhält eine mit Wismutpulver versetzte breiige Nahrung, z. B. Milchreis; bei der Röntgendurchleuchtung wirft der Mageninhalt einen Schatten. Auf diese Weise gelang es, einen Sanduhrmagen bei einer Pat. festzustellen. Im Stehen gelangte die Nahrung langsam in kleinen Portionen aus dem Ösophagus und einer mit demselben verbundenen Erweiterung zum Magenfundus, bei Rückenlage waren der dem Fundus entsprechende Magenanteil und ein oberer, an den Ösophagus angrenzender Teil im Röntgenbilde durch eine helle Partie geschieden, welche dem Verbindungsgang zwischen den beiden Teilen des Sanduhrmagens entspricht.

L. HOFBAUER demonstriert einen Pneumographen, mit welchem man die Bewegungen des Thorax durch die Atmung und infolge des Spitzenstoßes graphisch aufnehmen kann. Bei dem Apparate ist die Verwendung von Kautschukbestandteilen vermieden. Er besteht aus zwei Platten, welche dem Thorax angelegt werden, und aus einem Schreibapparat.

Diskussion zum Vortrage von **G. KAPSAMMER**. „Wandlungen in der funktionellen Nierendiagnostik."

W. Latzko bemerkt, daß man den Ureterenkatheterismus und die Harnseparation nicht zueinander in Gegensatz stellen dürfe, denn die Anwendung des Ureterenkatheters und des Harnseparators haben ihre getrennte Indikation und sind nicht in jedem Falle beide anwendbar. Der Ureterenkatheterismus kann Schädigungen des Uterus hervorrufen; dies demonstriert LATZKO an einem anatomischen Präparate, an welchem durch eine in einen Ureter eingeführte Sonde eine Nekrose des letzteren entstanden ist. Die Indigokarminprobe zeigt eine Erkrankung der Niere nicht in allen Fällen an, doch hat sie einen gewissen Wert. Wenn die Resultate der funktionellen Nierenprüfung mit den Ergebnissen der anderen Untersuchungsmethoden stimmen, so ist die Operation, welche in dem gegebenen Falle erforderlich ist, vorzunehmen, aber auch in manchen Fällen, in welchen eine solche Übereinstimmung nicht besteht. Die funktionelle Prüfung hat daher keinen entscheidenden Einfluß auf die Indikationsstellung zur Operation.

J. Weinlechner begrüßt die funktionellen Prüfungsmethoden als eine wichtige Errungenschaft auf dem Gebiete der Nierenchirurgie. Früher wurde eine Nierenoperation nur auf Grund der Perkussion, Palpation und der Harnuntersuchung vorgenommen; besonders wichtig ist in dieser Beziehung der Wechsel zwischen klarer und eitriger Beschaffenheit des Harnes und der Nachweis eines Nierentumors.

K. Reitter betont, daß vor allem die physiologischen Verhältnisse der Nierensekretion erforscht werden müssen, bevor der Wert der funktionellen Nierenprüfung definitiv festgestellt werden kann. Das Material ist bisher zu klein, um die bestehenden Widersprüche, z. B. die anscheinend normale Ausscheidung nach Phloridzininjektion bei parenchymatöser Nephritis, Schrumpfniere und Amyloid der Niere, zu klären.

L. v. Schrötter weist auf den Wert einer genauen wiederholten Untersuchung hin; nur eine solche führt zur richtigen Diagnose auch in Fällen, bei welchen bei der ersten Untersuchung kein pathologischer Befund zu erheben ist. In einem von v. SCHRÖTTER beobachteten Falle konnte für einen häufigen Harndrang keine Erklärung gefunden werden, bis erst nach einem Jahre hinzutretendes Fieber zur richtigen Diagnose einer Pyonephrose führte; nach Exstirpation der Niere erfolgte Heilung. In diesem Falle hätte vielleicht der Ureterenkatheterismus über die Natur des Leidens Aufschluß geben können.

G. Kapsammer bemerkt, daß die Verfeinerung der Untersuchungsmethoden die Zahl der Nierenoperationen beträchtlich gesteigert hat. Die funktionellen Untersuchungsmethoden sollen einen Behelf zur Diagnose einer bestehenden Nierenkrankheit bilden, bevor letztere sich noch durch grobe physikalische Methoden verrät; durch eine solche Frühdiagnose wird dann die Aussicht der Operation gebessert. Eine wichtige Vorbedingung zur Ausführung der Prüfung ist die Separation des Urins, doch darf sie nur von Geübten vorgenommen werden, damit Schädigungen vermieden werden. Der Ureterenkatheter ist in der Hand des Geübten ein unschädliches Instrument und ergibt gute Resultate, während der Separator nicht in allen Fällen anwendbar ist und öfter zu falschen Diagnosen geführt hat; es ist aber zuzugeben, daß auch der Ureterenkatheterismus nicht immer angewendet werden kann.

Notizen.

Wien, 13. Mai 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prof. EHRMANN einen im Infiltrationsstadium befindlichen und einen ausgeheilten Fall von Sklerodermie. Bei ersterem finden sich neben sklerotischen Plaques Vorstadien derselben in Form von erythematösen Flecken, bei dem letzteren zeigt die Haut zirkumskripte Pigmentierungen als Residuen der zur Heilung gebrachten Hautaffektion. Vortr. zieht für die Ätiologie der Sklerodermie Autointoxikationsvorgänge in Betracht. — Hierauf besprach Dr. JOS. WINTER seine im Laboratorium weiland v. BASCHS vorgenommenen Versuche über Wiederbelebung des mit Chloroform vergifteten Säugetierherzens durch Nebennierenextrakt. Es ist dem Vortr. gelungen, isolierte überlebende Säugetierherzen (LANGENDORFFsches Präparat), welche nach Durchleitung einer Chloroformlösung stillgestanden waren, durch Suprareninzufuhr wieder zum Schlagen zu bringen. Er hat diese interessanten Versuche sodann an Tieren (Katzen), welche nach Chloroformeinatmung dauernden Stillstand des Herzens zeigten, erfolgreich wiederholt. In der Diskussion bemerkte Prof. KÖNIGSTEIN, er habe bereits vor mehreren Jahren den tonisierenden Einfluß des Nebennierenextraktes auf das Herz zuerst erkannt und dasselbe zur Rettung von überchloroformierten Menschen empfohlen. Dr. THENEN berichtete über Adrenalinversuche an Tieren, bei denen er durch subarachnoideale Kokaininjektionen einen „vasomotorischen Shock" herbeiführte, um denselben prompt durch Adrenalinzufuhr aufzuheben. Er glaubt daraus Direktiven zur Behandlung des Shocks nach Commotio cerebri und zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborner entnehmen zu können. — Schließlich hielt Hofrat v. MOSETIG den angekündigten Vortrag über die „Radikaloperation bei tuberkulöser Coxitis". Vortr. entfernt nach temporärer Resektion des Trochanter major alles Erkrankte, schont jedoch die queren Beckenmuskeln, da er denselben eine wichtige Rolle bei der Fixation des Gelenkes beimißt. Um Vakua zu vermeiden, plombiert er die entstandenen Lücken. Ist der Schenkelkopf verwendbar, so wird er nach Abschälung seines Knorpelüberzuges in die mit Plombenmasse ausgefüllte Kavität hineingepreßt und die Wunde geschlossen. Vortr. zeigt sodann drei nach diesem Verfahren ausgeheilte Fälle. Reg.-Rat LORENZ strebt, wie er im Anschlusse an die Ausführungen MOSETIGS hervorhebt, bei der Operation der tuberkulösen Coxitis die knöcherne Ankylosierung als erwünschenswertestes Resultat an. Er ist nämlich der Ansicht, daß die nach v. MOSETIG operierten und pseudarthrotisch ausheilenden Fälle in funktioneller Hinsicht hinter seinen ossär ankylosierenden zurückstehen.

(Wiener Ärztekammer.) Die Kammer hat den Beschluß gefaßt, die Privatambulatorien mit Ankündigungstafeln zu beteiligen, welche in auffallender Schrift das Publikum aufmerksam machen, daß im Ambulatorium nur Arme unentgeltlich behandelt werden dürfen, und daß der Vorstand desselben das Recht habe, sich von der Bedürftigkeit des Patienten die Überzeugung zu verschaffen. — Ferner wurde beschlossen, das Ministerium im Wege der geschäftsführenden Kammer zu ersuchen, es möge in die Kommission zur Beratung der Reform des Strafgesetzes auch ein Delegierter der Kammern einberufen werden. — Anläßlich eingebrachter Beschwerden hat der Vorstand sich an das Stadtphysikat mit dem Ersuchen gewendet, dasselbe möge den Hebammen den § 29 ihrer Instruktion eindringlich in Erinnerung bringen, nach welchen es ihnen untersagt ist, die Zuziehung eines von einer Partei gewünschten Arztes zugunsten eines anderen Arztes zu hintertreiben.

(Oberster Sanitätsrat.) In der Sitzung vom 6. Mai d. J. gelangten nachstehende Referate zur Beratung und Schlußfassung: Gutachten betreffend die Bewilligung einer Privatanstalt zur gewerblichen Ausführung chemischer, mikroskopischer, bakteriologischer und histologischer Untersuchungen. Gutächtliche Äußerung über die Qualifikation der Bewerber um die erledigten Oberbezirksarztesstellen in Böhmen

und in Mähren. Besetzungsvorschlag für die erledigte Stelle eines Direktors im k. k. allgemeinen Krankenhause in Prag. Besetzungsvorschlag für eine Primararztesstelle zweiter Klasse einer medizinischen Abteilung im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten. Gutachten über die Errichtung und Benützung einer Klostergruftanlage vom sanitären Standpunkte. Gutachten über die sanitäre Zulässigkeit der Errichtung und Benützung eines unterirdischen Kolumbariums zu Beerdigungszwecken in einem Frauenkloster. Gutächtliche Äußerung über ein Gesuch um die Bewilligung der Errichtung einer Privatanstalt zur Erzeugung von Heilsera und Veterinär-Impfstoffen. Anknüpfend an dieses Referat gelangte ein Initiativantrag des Obersanitätsrates v. WAGNER, dahingehend, daß nur in staatlichen Anstalten hergestellte und geprüfte organo- und serotherapeutische Präparate in den allgemeinen Verkehr gelangen sollen, zur Beratung und wurde dieser Antrag dem Pharmazeutischen Komitee zur Behandlung überwiesen. Ein Antrag CHROBAKS, betreffend die Bestellung von Prosektoren in allen größeren Krankenanstalten wurde einem Spezialkomitee zur Vorberatung und Antragstellung überwiesen. Ein Initiativantrag betreffend die Ausgestaltung des Sanitätswesens wurde dem bestehenden Komitee zur Beratung eines Reichs-Seuchengesetzes zugewiesen.

(Universitätsnachrichten.) Der Vorstand der Nervenabteilung im Pragaer Spital zu Warschau Dr. JOHANN PILTZ ist zum a. o. Professor der Psychiatrie und Nervenpathologie an der Universität in Krakau ernannt worden. — Das neue hygienische Institut der Universität Berlin ist am 2. d. M. mit einer Festrede RUBNERS eingeweiht worden. — Eine Büste des Chirurgen EUGEN HAHN wurde vor einigen Tagen im Krankenhause Friedrichshain zu Berlin enthüllt. — Prof. Dr. L. F. BARKER in Chicago ist zum Professor der medizinischen Klinik an der John Hopkins University in Baltimore ernannt worden. — Dr. J. G. RODRIGUEZ hat eine Berufung an den Lehrstuhl der medizinischen Klinik in Cadix erhalten und angenommen.

(Sanitäre Verhältnisse in Galizien.) In einer Sitzung des Abgeordnetenhauses referierte kürzlich Sektionschef v. KUSY über das Auftreten des endemischen Flecktyphus und der endemischen Syphilis in Galizien. Bezüglich des Flecktyphus seien die Zustände in Galizien deshalb so ungünstige, weil die ganz besonderen Verhältnisse der Landbevölkerung es erschweren, daß die infizierten Kranken zweckentsprechend isoliert werden können, und dagegen, daß man Infektionskranke in gemeinsame Infektionsanstalten bringe, bestehe bei der dortigen Bevölkerung eine außerordentliche Abneigung. Das Ministerium des Innern hat veranlaßt, daß der Landessanitätsrat in Galizien sich besonders mit der Frage der Bekämpfung des Flecktyphus im Lande befasse und Vorschläge erstatte. Außerdem werden vom Ministerium sämtliche Infektionsfälle von Woche zu Woche in Evidenz gehalten, so daß dasselbe zugleich mit der Statthalterei von dem Auftreten neuer Flecktyphusfälle Kenntnis erlangt. Tatsächlich ist es auch bisher gelungen, die Verschleppung des Flecktyphus in andere Länder zu verhüten. Zur Bekämpfung der Verbreitung der endemischen Syphilis ist ein eigener Epidemiedienst organisiert worden, und es wurden spezialistisch gebildete Fachärzte in die betreffenden Gegenden exponiert, welchen einzelne Ambulatorien mit Krankenzimmern zur Verfügung gestellt sind. Weiter werden die neu zu errichtenden öffentlichen Krankenanstalten in Nadworna und Kossowo mit besonderen Abteilungen für syphilitische Kranke ausgestattet, welche fortan das Zentrum für die Heilung der betreffenden Kranken in diesen Bezirken bilden sollen.

(Der Deutsche Ärztetag), der diesmal in Straßburg i. E. tagen wird, hat unter anderem folgende Tagesordnung in Aussicht genommen: „Rechte und Pflichten eines Kassenarztes"; „Akademien für praktische Medizin"; „Die Vereinbarungen des deutschen Ärztevereinsbundes mit den Lebens- und Unfallversicherungsverbänden."

(Der 23. Kongreß für innere Medizin) im Jahre 1906 wird in München tagen.

(Ärzte und Krankenkassen.) Der Streit zwischen den Ärzten und Ortskrankenkassen in Leipzig, der so viele Monate angehalten und so viele wechselnde Stadien durchgemacht hat, ist nunmehr beendet. Die von den Ärzten gestellten Bedingungen sind zum größten Teile erfüllt worden. Unter anderem hat man auch die vor Jahresfrist suspendierte Familienbehandlung wieder eingeführt. Ferner tritt eine Reihe weiterer Vereinbarungen wieder in Kraft, nach denen das von der Kasse aufzubringende Gehaltspauschale von 3 Mk. auf 2 Mk. 60 Pf. herabgesetzt wird, die Kasse dagegen $16^1/_2\%$ des Gesamthonorars der festbesoldeten Ärzte (früheren Distriktsärzte) außerhalb des Pauschales deckt; bisher war diese sehr erhebliche Summe von dem Honorar der alten Ärzte abgezogen worden. Sämtliche Zivil- und Strafklagen zwischen den Kassen und alten Ärzten wurden zurückgenommen.

(Statistik.) Vom 30. April bis inklusive 6. Mai 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8258 Personen behandelt. Hiervon wurden 1721 entlassen, 236 sind gestorben (12% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 98, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 100, Scharlach 53, Masern 529, Keuchhusten 83, Rotlauf 48, Wochenbettfieber 2, Röteln 88, Mumps 35, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand 1, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 762 Personen gestorben (— 3 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Prag der em. k. k. Gerichtsarzt kaiserl. Rat Dr. HERMANN LILIENFELD; in Prag-Lieben der praktische Arzt Dr. PHILIPP STERN; in Gießen der Physiologe Prof. Dr. KONRAD ECKHARD, im Alter von 83 Jahren; in Berlin der Generalarzt a. D. Dr. E. FRIEDRICH, 83 Jahre alt; in Genf der Hydrotherapeut Dr. PAUL GLATZ, im 61. Lebensjahre; in Tomsk der Professor der Augenheilkunde, Staatsrat Dr. JEROFEJEW, 61 Jahre alt; in Löwen der Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. E. HUBERT.

---

der Herztätigkeit. Infolge dessen bilden dieselben auch bei großen körperlichen Anstrengungen und Strapazen ein Stärkungsmittel der Muskeln und Nerven sowie zur Bekämpfung von Schwächezuständen, regen die Marschlust an und unterdrücken das nagende Hungergefühl, um später bestem Appetit Platz zu machen, eignen sich daher auch vorzüglich für das k. u. k. Militär sowie die gesamte Sport- und Touristenwelt. Zu nehmen nach den Mahlzeiten des morgens, mittags und abends je ein kleines Gläschen; Kindern die Hälfte. Stolls Elixir oder Vin de Kola sind auch gut mit Wein, Kaffee, Tee, Mineral- oder auch gewöhnlichem Quellwasser zu nehmen. Zentral-Depots in allen Hauptstädten der Monarchie sowie in allen größeren Apotheken zu haben.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der Pädiatrischen Sektion: Donnerstag, den 18. Mai 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik Escherich.

I. Demonstrationen (angemeldet: Doz. Dr. Zappert, Dr. Hochsinger). — II. Diskussion zum Vortrage von Dr. Hamburger: Wie können wir das Selbststillen der Mütter fordern? (Schlußwort. Prof. Dr. Escherich: Antrag auf Einsetzung einer Kommission zur Förderung des Selbststillens.) — III. Diskussion zum Vortrage von Dr. S. Székely: Über die Begründung der neueren Modifikation meines Verfahrens zur Erzeugung von Säuglingsmilch.

Patent-Bericht,

mitgeteilt vom Patentanwalt Dr. Fritz Fuchs, diplomierter Chemiker, und Ingenieur Alfred Hamburger, Wien, VII., Siebensterngasse 1. Auskünfte in Patentangelegenheiten werden Abonnenten dieses Blattes unentgeltlich erteilt. Auszüge aus Patentanmeldungen werden von dem angeführten Patentanwaltsbureau angefertigt.

Österreich.

Kl. 30. John J. Griffin & Sons Limited in London. Narkotisiervorrichtung: Ein mit der Maske verbundenes Verteilorgan steht mit einem Luftrohr und mit einem zum Narkotikumbehälter führenden Rohr in Verbindung; dabei liegt der Erfindung gemäß in jedem der beiden Rohre je ein vorteilhaft sichtbar angeordnetes, besonderes Saugventil vor dem Verteilorgan. Der Narkotikumbehälter erweitert sich nach unten zu.

Kl. 30. Dr. Robert v. Neupauer, prakt. Arzt in Königswart (Böhmen). Heilgymnastischer Apparat: Der Rotorstromkreis einer Dynamomaschine oder magnetelektrischen Maschine, die die alleinige, vom Patienten betätigte Widerstandsvorrichtung bildet, ist mit einem Schaltapparat verbunden, welcher den Rotorstromkreis kurzschließen kann. Eventuell kann dieser Schaltapparat auch den Rotorstromkreis mit stromführenden Leitungen verbinden, um die Dynamomaschine durch Stromzufuhr von außen antreiben und den Apparat auch zur Hervorrufung passiver Bewegungen des Patienten benützen zu können.

Kl. 30. Franz Wilhelm, Apotheker in Neunkirchen. Verfahren zur Herstellung eines Massagemittels. Tragant wird mit Kalkwasser und Bienengeist im Vakuum bei 30—50° C aufgeschlossen, worauf die bekannten Zusätze von Kampher, Salmiakgeist, Perubalsam und Lavendelgeist zugegeben werden.

Deutsches Reich.

Kl. 30. Vorrichtung zur Beseitigung des runden Rückens. Dr. M. Benarova, Berlin.

Nr. 30. Vorrichtung zur Prüfung stereoskopischen Sehens und zur Behandlung der Augen Schielender. Paul Polikeit, Halle a. S.

247.642. Filzwellpappe für chirurgische Verbände. Dr. Julius Schwarz, Mittweida.

247.260. Durch Stoß zu bewegende, nach allen Seiten dreh- und feststellbare Ansätze für chirurgische Zangen. Ludwig Liebekknecht, Berlin.

247.165. Zelluloidkapseln für Augenverbände. Dr. P. Schreiber, Magdeburg.

Kl. 30. Übungsapparat zum Geradestrecken der Beine. Zus. z. Pat. 130.613. Franz Langel, Köln, Hamburgerstraße 2.

Kl. 30. Vorrichtung für photographische Aufnahmen in Körperhöhlen, bei welcher zwecks gleichzeitiger Beobachtung und Aufnahme die Kamera aus einem zweischenkeligen Rohre besteht. Fa. W. A. Hirschmann, Pankow bei Berlin.

Kl. 30. 248.561. Verbandkasten, gleichzeitig als Verbandschrank und Verbandtornister dienend. Kuhne, Sievers & Neumann, Köln-Nippes.

Kl. 30. 248.912. Mit Schutzvorrichtung gegen unbeabsichtigten Austritt von Röntgenstrahlen versehener Operationstisch. Elektrizitäts-Gesellschaft „Sanitas" m. b. H. Berlin.

Kl. 30. 248.132. Inhalationsapparat mit Einrichtung zur Vorwärmung des Medikamentes und der Zerstäuberluft. Heinrich v. Hössle, München.

Kl. 30. Ärztliches Injektionsetui. Dr. Magnus Neumann, Berlin.

Kl. 30. 348.770. Aufblasbarer Tampon zur Abdichtung in den Körper eingeführter Rohre. Georg Haertel, Breslau.

Kl. 30. 248.813. Doppelläufiges Rohr mit aufblasbarem Abschlußtampon zur künstlichen Atmung durch Ventilation der Luftröhre sowie zur Erzielung positiven Luftdruckes in den Lungen bei eröffnetem Thorax. Georg Haertel, Breslau.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage der heutigen Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Dr. E. Ritserts Anaesthesin"**, **J. E. Stroschein in Berlin** S. O. 36 über **„Ossin Stroschein"**, ein Ersatzpräparat für Lebertran, und der **chemischen Fabrik auf Aktien** (vorm. E. Schering) in **Berlin** über **„Exodin"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 21. Mai 1905. Nr. 21.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von **Urban & Schwarzenberg in Wien.**

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der Nervenabteilung des St. Stephan-Spitales in Budapest.

Beiträge zu den progressiven Muskelatrophien.

Von **Dozent Dr. Julius Donath,** Ordinarius der Nervenabteilung.

Das rege Interesse, welches sich den primären Myopathien zugewendet, hat zunächst zur Aufstellung verschiedener Typen geführt, welche in dankenswerter Weise eine Übersicht der mannigfaltigen Formen ermöglicht hat. Welches immer aber die Verteilung der Muskeldystrophie sei: die ERBsche juvenile Form mit dem Beginn in der Rücken-, Schulter- und Beckengürtelmuskulatur, oder im Gesicht (infantile Form, DUCHENNE, DÉJÉRINE-LANDOUZY), oder die neurale Form (Typus CHARCOT-MARIE) mit dem Beginn in den Fuß- und Handmuskeln, oder sie mögen als Pseudohypertrophie (Pseudohypertrophia infantum, DUCHENNE) in die Erscheinung treten, welch letztere zumeist die Becken-, Oberschenkel und besonders die Wadenmuskulatur ergreift — immer deutlicher geht aus den weiteren Veröffentlichungen hervor, daß nicht nur zwischen diesen primären Myopathien keine scharfe Grenze zu ziehen ist, sondern daß auch zu den progressiven spinalen Muskelatrophien immer mehr Übergänge festgestellt werden.

Die histologischen Untersuchungen von SABRAZÈS und BROUGHES [1]), STEFFEN [2]), SPILLER [3]), GIANNI [4]), SACHS und BROOKS [5]), KOLLARITS [6]) u. a. ergaben im Zentralnervensystem normale Befunde oder so unbedeutende Veränderungen, welche für die schweren Muskelveränderungen nicht verantwortlich gemacht werden konnten. In anderen Fällen dagegen fanden sich wieder erhebliche Veränderungen; so beobachtete MAIXNER [7]) 3 Schwestern mit Pseudohypertrophia muscularis, von denen eine zur Obduktion kam, und hier zeigten sich besonders die Vorderhornganglienzellen der Lendenanschwellung schwer erkrankt. BARLOW und BATTEN [8]) fand bei einem 5jährigen myopathischen Kinde wohl normales Hirn und Rückenmark, doch war die Pigmentablagerung in den Vorderhornganglienzellen auffallend, auch erschienen die intramedullären Anteile der Nervenwurzeln ein wenig verdünnt, ebenso wie auch SABRAZÈS und BROUGHES, sowie KOLLARITS in ihren obenerwähnten Arbeiten die Vorderhornganglienzellen etwas kleiner fanden.

Das gemeinsame Band, welches nicht nur diese Dystrophien, sondern auch zahlreiche andere Formen von Nervenkrankheiten, sowie von Krankheiten anderer Systeme vereint, ist die mangelhafte Anlage des Keimes bzw. die Störung der embryonalen Entwicklung.

[1]) SABRAZÈS et BROUGHES, Myopathie primitive et progressive avec autopsie. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1899, Nr. 1.

[2]) STEFFEN, Histologische Untersuchungen eines Falles von Dystrophia musc. progr. Inaug.-Diss. Kiel. Ref. Jahresb. ü. d. Fortschritte der Neurol. und Psychiatrie, 1901.

[3]) SPILLER, Two cases of muscular dystrophy with necropsy. The Journ. of nerv. and ment. diseases, 1900, Nr. 1.

[4]) G. GIANNI, Contributo allo studio anatomo-patologico delle distrofie musculari progressive. Rif. med. Ref. Jahresb. ü. d. Fortschr. d. Neur. u. Psychiatrie, 1900.

[5]) SACHS and BROOKS, Progressive muscular dystrophies with a report of post-mortem examination. Journ. of nerv. and ment. diseases, Juli 1901.

[6]) KOLLARITS, Beitrag zur Kenntnis der anatomischen Grundlage der Muskeldystrophie. Arch. f. klin. Med., Bd. 70, pag. 157.

[7]) MAIXNER, Note sur l'anatomie pathologique de la Pseudo-Hypertrophie musculaire progr. Revue neur., 1898, pag. 210.

[8]) BARLOW und BATTEN, Myopathy. Lancet, Vol. I, 1889, pag. 448.

2

JENDRÁSSIK[9]) hat sie in einer schönen Arbeit als hereditäre Krankheiten zusammengefaßt. Ich habe in einer früheren Arbeit[10]) für diese durch ihre Ätiologie zusammengehörige nosologische Gruppe die Bezeichnung „endogene Entartung" vorgeschlagen, was das Wesentliche bei diesen klinisch und anatomisch so verschiedenen Formen darstellt, welche eo ipso von den Aszendenten direkt vererbbar oder in ihrem Auftreten familial sein können, aber es nicht sein müssen. Diese endogene Entartung habe ich auf eine Schwäche in der Keimanlage oder fötalen Entwicklung zurückgeführt. GOWERS[11]) hat später für diese mangelhafte Vitalität die Bezeichnung „Abiotrophie" eingeführt. Was speziell die Muskel-

Fig. 1.

dystrophien anlangt, so sind sie ein interessanter Beweis für die entwicklungsgeschichtliche Unabhängigkeit des Muskelsystems vom Nervensystem, wie ja auch ersteres bekanntlich aus dem Mesoderm, letzteres aus dem Ektoderm entsteht. Auch die Gegner der Neuronenlehre mögen eventuell in den reinen Myopathien ohne Befund im Zentralnervensystem eine Stütze für ihre Anschauung finden. Selbstverständlich kann sich die fehlerhafte Entwicklung gleichzeitig sowohl im Nerven- als Muskelsystem abspielen. Hieraus ist auch zu ersehen, daß das Vorhandensein oder das Fehlen der intramuskulären Nervenendigungen keine Rolle spielen kann. In der Tat fand SPILLER[12]) in einem Falle von weit vorgeschrittener Muskeldystrophie in dem total degenerierten Deltoideus die intramuskulären Nervenfasern von normalem Aussehen, während SABRAZÈS und BROUGHES die Muskelnerven im Trizeps normal fanden, jedoch ließen sich nirgends im Muskel die bekannten Nervenendigungen nachweisen. Ich fand in meinem früheren Falle Entartungsreaktion und Fehlen der Kniephänomene. Seither fanden auch HAUSHALTER[13]) Entartungsreaktion in den besonders schwer erkrankten Muskeln, desgleichen ABADIE und DENOYÈS[14]) und K. MENDEL.[15]) MIRALLIÉ[16]) fand die Sehnenreflexe erloschen, LOMBROSO[17]) fast erloschen, ohne Entzündungsreaktion.



Fig. 2.

Ich lasse nun hier meine 3 Beobachtungen folgen, von denen die beiden ersten progressive Muskeldystrophien (primäre Myopathien) darstellen, die dritte wohl wesent-

[9]) E. JENDRÁSSIK, Beiträge zur Kenntnis der hereditären Krankheiten. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., XXII, pag. 444.

[10]) J. [illegible], Ein Fall von Muskeldystrophie [illegible]. Wiener klin. Wochenschr., 1898, Nr. 37.

[11]) W. R. GOWERS, [illegible] Brit. med. Journ., 1902, II, pag. 89.

[12]) W. G. SPILLER, The neuromuscular bundles. Journ. of the nerv. and ment. diseases, 1897, pag. 629.

[13]) HAUSHALTER, Trois nouveaux cas d'amyotrophie progr. dans l'enfance. Revue de médecine. Ref. Jahresb. ü. d. Fortschr. d. Neur. u. Psychiatrie, 1898.

[14]) ABADIE und DENOYÈS, Un cas d'amyotrophie progr. dit „essentielle" avec troubles de [illegible]. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 13. Année, No. 4.

[15]) KURT MENDEL, Anatomischer Beitrag zur Lehre von der Dystrophia musc. progr. Neur. Zentralbl., 1902, pag. 601.

[16]) MIRALLIÉ, Un cas de [illegible] dans un cas de myopathie atrophique progr. Ref. Jahresb. ü. d. Fortschr. d. Neur. u. Psychiatrie, 1897.

[17]) LOMBROSO, Sopra un caso di miopatia atrofica con partecipazione di un muscolo [illegible]. Ref. Jahresb. ü. d. Fortschr. d. Neur. u. Psychiatr., 1897.

lich eine progressive spinale Muskelatrophie ist, welche aber auch entschiedene Andeutungen an die dystrophische Form zeigt.

I. Christine K., Dienstmädchen, 23 Jahre alt, ledig. Aufgenommen am 19. November 1903.

Anamnese: Ihre beiden älteren gesunden Schwestern stammen aus der ersten gesetzlichen Ehe ihrer Mutter, während sie und ihr Bruder von einem illegitimen Vater herstammen, den sie nicht gekannt hat. Ihre Mutter starb im 53. Lebensjahre, nachdem sie ein halbes Jahre an Zittern gelitten hatte.

Patientin war stets gesund bis zum Jahre 1897, wo ihr gegenwärtiges Leiden begann. Seit 3 Jahren fallen ihr die Stubenmädchenarbeiten schwer, doch stand sie im Dienste bis zu ihrer auf meine Abteilung erfolgten Aufnahme. Ihre Krankheit soll mit einer heller-großen schmerzhaften „Warze" im linken Handteller angefangen haben. Die Schmerzen strahlten bis zur Mitte des Oberarmes aus und währten $2^1/_2$ Jahre, worauf die Warze samt den Schmerzen plötzlich verschwanden. Nach einem halben Jahre zeigte sich im rechten Handteller ein ähnliches Gebilde, welches dieselben Erscheinungen zeigte und ebenso verschwand. Hierauf begannen die unteren Gliedmaßen gleichzeitig mit den oberen, besonders dem linken Arm, schwach zu werden.

Sie hat die Elementarschule beendet und war eine gute Schülerin. Mit ihrem Liebhaber hat sie einen regelmäßigen geschlechtlichen Verkehr gepflegt, doch will sie nie geschlechtskrank gewesen sein.

Status praesens (Fig. 1 und 2): Mittelgroß, von wohlentwickeltem Knochenbau und gutem Ernährungszustand. Auffallend sind die etwas groben Gesichtszüge, die dicke Nase mit ihren angewachsenen Nasenflügeln und die wulstigen Lippen, doch ist die Gesichtsmimik normal, desgleichen die Pupillen und Augenbewegungen. Die Zunge zeigt außer einem leichten Tremor nichts Besonderes.

An den Schultern springt sofort in die Augen die Abflachung der Gelenkkonturen nach außen, bedingt durch das Abwärtsgesunkensein der Humerusköpfe, so daß man in die Weichteile zwischen Akromion und Humeruskopf 2 Querfinger eindrücken kann. Die herabgesunkenen Arme erscheinen dadurch verlängert, so daß die Fingerspitzen bis zum unteren Drittel des Oberschenkels reichen. Noch tiefer wird die Furche zwischen Akromion und Humeruskopf, wenn sie die Arme erhebt, was übrigens aktiv nicht einmal bis zur Horizontalen ausgeführt werden kann. Einen höher gelegenen Gegenstand kann sie nur so erfassen, wenn sie den Arm plötzlich nach oben schwingt. Die Fossae supraclaviculares erscheinen dadurch etwas tiefer, die Schulterblätter stehen ab und man kann mit der Hand unter das Schulterblatt eindringen, am linken bis zur Mitte, am rechten sogar bis zum äußeren Rand. Bei herabhängenden Armen erscheinen die Schulterblätter um 90° mit dem unteren Winkel nach innen gedreht, so daß deren Längsachse senkrecht auf die Wirbelsäule steht. (Vollständige Lähmung der M. serratus anticus major beiderseits.) Im Röntgenbilde (Fig. 3), welches in der Rückenlage, in anterior-posteriorer Richtung, bei hinaufgeschobenen Armen aufgenommen wurde, ist diese Drehung nur am rechten Schulterblatte zu sehen. Wenn der Winkel des Schulterblattes und das Schlüsselbein fixiert werden, dann kann Patientin die Arme senkrecht in die Höhe heben. (Beiderseitig Serratuslähmung bei Erhaltensein der Mm. deltoidei.) Auch durch die stärksten faradischen Ströme, welche, sei es auf die Vorderfläche der Schulterblätter oder unterhalb des unteren Winkels appliziert wurden, konnte die aktive Hebung der Arme nicht gefördert werden. Werden die gestreckten Arme in der horizontalen Ebene passiv nach vorn bewegt, dann stehen die Schulterblätter ab,

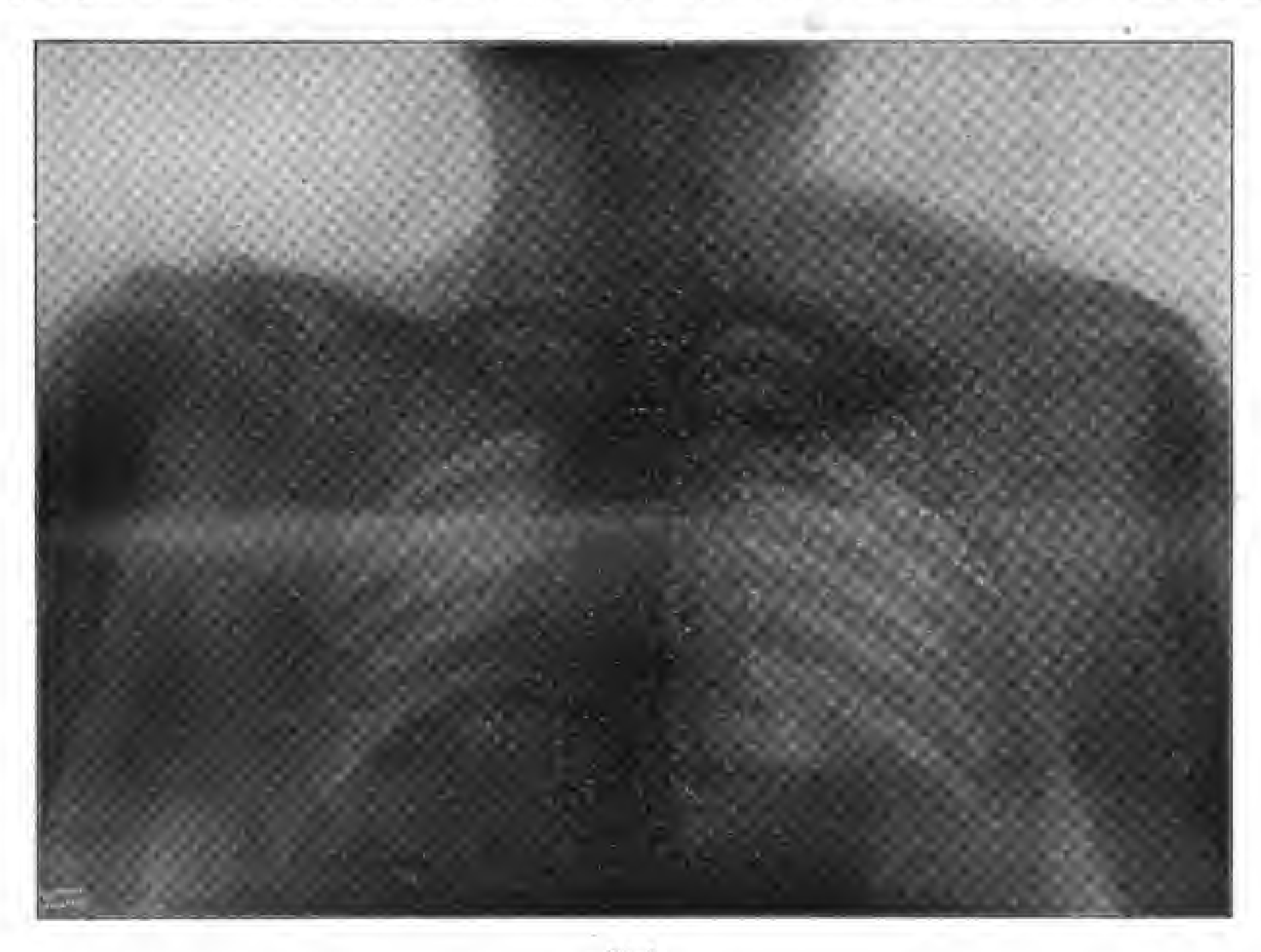


Fig. 3.

und wenn die Arme gerade nach außen gebracht werden, dann stoßen die unteren Schulterblätterwinkel ganz zusammen.

Beugung des Ellbogens schwach, besonders links. Der supinierte Vorderarm kann im Ellbogengelenk nicht gebeugt werden; wenn Patientin dies ausführen soll, so muß sie zunächst eine Pronation ausführen. Desgleichen ist die Kraft in den Händen, jedoch in geringerem Grade herabgesetzt. Sie drückt mit der

	I	II
rechten Hand	11·0	12·5 *kg*
linken „	13·0	13·0 „

Die Körperhaltung ist eine lordotische mit vorgeschobenem Hängebauch. Gleichzeitig besteht mäßige Skoliose, wobei die Konvexität im dorsalen Abschnitte nach rechts, im lumbalen nach links sieht.

Das Gehen erfolgt mit starkem Wiegen im Becken, wobei die Knie sich aneinander reiben, was früher nicht der Fall war. Auch an den Unterextremitäten ist die grobe Kraft herabgesetzt, besonders an der linken, und beiderseits sind vornehmlich die Bewegungen in den Hüft- und Kniegelenken geschwächt. Weniger, doch auch betroffen ist die Bewegungsfähigkeit in den Sprunggelenken, und auch hier ist der linke Fuß schwächer als der rechte.

Trizepsreflexe, die Periostreflexe an den Vorderarmknochen, die Sehnenreflexe über den Handgelenken, die mittleren Bauch-, epigastrischen und hypogastrischen, die Patellar-, Achillessehnen- und Sohlenreflexe vorhanden. Kein Babinski. Der Muskelsinn erhalten; keine Ataxie. Im Bereiche sämtlicher Sinnesorgane nichts Abnormes. Keine Sprachstörung. Wenn sie allein ist, sieht sie Schreckgestalten, fürchtet sich dann und bekommt Herzklopfen; sie zeigt sonst Intelligenz.

Um Wiederholungen zu vermeiden, weise ich bezüglich der elektrischen Prüfung sowohl dieser als der folgenden Beobachtungen auf die unten folgende Zusammenfassung hin.

Der Zustand der Patientin, welche elektrisch behandelt wurde, besserte sich in etwas, namentlich wurde ihr Gang besser. Am 26. März 1904 verließ sie das Krankenhaus.

II. Emilie M., 26 Jahre alt, ledig. Aufgenommen am 2. Oktober 1903.

Anamnese: Eltern gesund. Von 10 Geschwistern sind 5 gesund, 5 gestorben, über deren Todesursache sie nichts anzugeben weiß. Als Schulmädchen hat sie Typhus durchgemacht, sonst erinnert sie sich nicht, krank gewesen zu sein. Die Menses stellten sich im 15. Lebensjahre ein und erfolgen seither regelmäßig.

Ihr gegenwärtiges Leiden begann vor 10 Jahren mit Schwächerwerden der Gliedmaßen, besonders der Beine. Schmerzen hat sie dabei nie gehabt. Wegen ihres Leidens gebrauchte sie durch 4 Jahre die Thermen von Großwardein und Herkulesbad in einer Dauer von je 6 Wochen.

Status praesens: Mittelgroß, von gut entwickeltem Knochenbau, wohlgenährt, etwas anämisch. Pupillen, Bewegungen der Augen, der Zunge, der Gesichtsmuskulatur normal. Namentlich zeigt letztere auch nirgends Atrophie. Tast- und Schmerzempfindung, Geruch und Geschmack normal. Gehör: Weber wird links lateralisiert. Rinne beiderseits positiv. Taschenuhr wird rechts auf 42 *cm*, links auf 36 *cm* Entfernung gehört. Gesicht:

Rechtes Auge: Visus $^5/_{20}$ Hm. Mit 1·5 DV = $^5/_{15}$
Linkes „ „ $^1/_{20}$ „ „ 1·0 DV = $^6/_{20}$

Außer Hypermetropie ist auch Astigmatismus vorhanden. Augenhintergrund normal. Gesichtsfelder vollständig frei.

Die grobe Kraft der Extremitäten, besonders der unteren, stark herabgesetzt. Die Oberarme bringt sie nur bis zur Horizontalen; um sie höher zu heben und dort zu erhalten, muß sie die Hände ineinanderschlingen. Bei herabhängenden Armen (Fig. 4) springen die Schulterblätter, besonders das linke, hervor und man kann die Hand auf der Vorderfläche des linken Schulterblattes bis zur Mitte desselben vorschieben, während man am rechten Schulterblatt nur eben über den medialen Rand hinüberkommt (Parese des Serratus antic. major, stärker ausgesprochen links). Die Richtung des Schulterblattes ist dabei die normale senkrechte. Werden die Arme nach der Seite hin ausgestreckt, dann heben sich die Schulterblätter noch stärker ab, und am stärksten, wenn die Arme nach vorn gebracht werden. Dabei werden die Schulterblätter mit ihrem unteren Winkel nach außen gedreht.

Beugung der Ellbogen minimal, doch ist die Streckung beiderseits noch ziemlich kräftig. Auch die Bewegung in den Händen ist noch ziemlich gut.

	I	II
Druckkraft der rechten Hand	5·0	6·0 *kg*
„ „ linken „	9·0	8·3 „

Bewegung in den Hüften und Knien schwach. Die gestreckten Beine können nicht gehoben werden; wenn sie hockend ihre Knie in der gebeugten Stellung erhalten will, muß sie sie mit den Armen umfassen. Dagegen sind die Bewegungen in den Sprunggelenken und Zehen, ebenso wie es in den Händen der Fall ist, leidlich gut erhalten.



Fig. 4.

Dabei sind die Konturen der Extremitäten ziemlich gut erhalten, die der Ober- und Unterschenkel erscheinen sogar stärker, was mit der Kraftlosigkeit derselben auffallend genug kontrastiert. Die Weichteile daselbst fühlen sich derber an als Muskelgewebe, und faßt man die Haut mit voller Hand in eine Falte, dann bekommt sie ein kleingerunzeltes Aussehen von dem darunter gelegenen massiven Fett- und Bindegewebe.

Die Kranke kann sich im Bette nur mühsam von einer Seite auf die andere wenden oder sich aufrichten. Der Gang ist schwerfällig, watschelnd, mit starkem Wiegen des Beckens. Dabei wird ein Bein vor das andere gesetzt. Noch größer ist die Unsicherheit beim Umkehren. Legt sie sich auf den Boden, dann kann sie sich nur schwer erheben, wobei sie sich auf die Hände, dann auf die Knie stützt, den Steiß in die Höhe hebt und dann an ihren eigenen

Beinen emporgeklettert. Das Stehen zeigt nichts Auffälliges. An den Muskeln zeigt sich hier und da Volumenabnahme, besonders an der Rückenmuskulatur. Trizeps-, Periostreflexe am Vorderarm, Sehnenreflexe über den Handgelenken, Patellar- und Achillessehnenreflexe schwach, desgleichen die epigastrischen Reflexe, dagegen sind die Bauch- und hypogastrischen Reflexe lebhaft. Die mechanische Erregbarkeit der paretischen Muskeln erscheint herabgesetzt. Lebhafte Dermographie.

Patientin klagt über Appetitlosigkeit, die Magengegend ist druckempfindlich, der Magensaft ist sauer, doch enthält derselbe kaum freie Salzsäure. Stuhl- und Urinentleerung in Ordnung. Harn normal, spez. Gewicht 1020. Sie fühlt häufig Frostschauer, doch ist die Temperatur normal. Intelligenz intakt.

Die Patientin wurde faradisch behandelt. Die anfangs bestandenen Rückenschmerzen ließen nach. Auch die Körperhaltung wurde aufrechter, der Gang besserte sich in etwas und Ermüdung trat nicht so rasch ein, worauf auch die Patientin mich aufmerksam machte. Wegen der hartnäckigen Appetitlosigkeit wurde einige Male der Magen gewaschen, doch mit geringem Erfolg.

III. Ludwig S., 40 Jahre alt, Lampenanzünder. Aufgenommen am 5. April 1904.

Anamnese: Vater starb im 40. Jahre an Brustfellentzündung, Mutter im 30. Jahre im Wochenbett. Aus der ersten Ehe seines Vaters starben 2 Kinder früh, ein Sohn im 40. Jahre, aus dessen zweiter Ehe starben 3 Kinder früh in stark abgemagertem Zustande. Die Seitenverwandten des Kranken erreichten ein hohes Alter. Er selbst lebte mit seiner ersten Frau, welche an Frauenkrankheiten litt und kinderlos starb, in unglücklicher Ehe, weshalb er sich dem Trunke ergab. Das starke Trinken begann im Jahre 1892 und dauerte ungefähr 1 Jahr. Einmal trank er 1 *l* Branntwein auf einmal, so daß er bald daraufgegangen wäre. Jetzt trinkt er für gewöhnlich wohl weniger (0·2—0·3 *l* Wein und etwas Branntwein), mehr aber, wenn er in Gesellschaft ist, wonach er tagsdarauf Zittern hat. Dabei ist er ein starker Zigarettenraucher. Aus seiner zweiten Ehe hat er 2 gesunde Kinder. 1875 machte er Lungenentzündung und gleichzeitig einen masernartigen Ausschlag durch, was zusammen 4 Wochen dauerte. Vor einem Jahre Gonorrhöe und Ulcus, letzteres heilte auf Jodoformbehandlung in etwa 3 Wochen. Dreiviertel Jahre darauf Ausschläge, weshalb er von weil. Prof. SCHWIMMER mit intraglutäalen Hg-Injektionen behandelt wurde; dieselben schwanden nach 6 Injektionen. Seit 10 Jahren leidet er an häufigen Chalazien, auch jetzt hat er eines am Unterlid des rechten Auges.

Das gegenwärtige Leiden begann im August 1901 mit Schmerzen in der Muskulatur beider Oberarme, Schwellung der Handgelenke, Einbiegen der Finger und zunehmende Schwäche der Oberextremitäten. Er beschuldigt, daß er damals im Sommer durch 6 Nächte bei offenen Fenstern geschlafen habe und starker Zugluft ausgesetzt gewesen sei, während er in Schweiß gebadet war. Auch sein Gesicht soll damals geschwollen gewesen sein.

Status praesens: Mittelgroß, von gut entwickeltem Knochenbau, mäßig genährt.

Auffallend sind die tiefstehenden Schultern, die Oberarmköpfe sind nach unten subluxiert, so daß man unter dem Akromion bis in die Cavitas glenoidalis hineindringen kann. Die Mm. deltoidei sind nicht genügend stark, um die Arme senkrecht zu erheben, dies erfolgt auch dann nicht, wenn man die flügelartig abstehenden Schulterblätter andrückt. Unter die Schulterblätter, besonders das rechte, kann man tief hineindringen, doch kann Patient die Schulterblätter gut einander nähern. Sonst können die Schultergelenke aktiv ziemlich gut bewegt werden. Beuger und Strecker am Oberarme sind etwas schlaff. Streckung des Ellbogens auf der linken Seite schwächer als rechts. Die Mm. pectorales beiderseits atrophisch, besonders auf der linken Seite, so daß der linke eine dünne Platte bildet, während die Faszikeln des rechten gut zu sehen sind. Nach Bewegung des rechten Pectoralis major sieht man fibrilläre Zuckungen in demselben. Über dem linken Pectoralis starke Hautpigmentation, welche angeblich seit der Kindheit besteht und zeitweise die Färbung ändern soll. Die Muskulatur der Vorderarme stark atrophisch, so daß sowohl Volar- als Dorsalfläche ganz abgeflacht sind. Auch hier ist der linke Vorderarm stärker betroffen. Dorsalflexion des Handgelenkes rechterseits noch ziemlich erhalten, linkerseits ganz schwach. Die rechte Hand kann nicht zur Faust geballt werden. Der 4. und 5. Finger kann überhaupt nicht, der 2. und 3. Finger nur halb flektiert werden. An der linken Hand kann der Daumen gar nicht, der 2. Finger nur halb, der 3., 4. und 5. Finger ganz flektiert werden. Thenar beider Hände, besonders aber der rechte atrophisch (beiderseits ausgesprochene „Affenhand"); desgleichen sind atrophisch die Antithenare, die Interossei, sowohl auf der dorsalen als volaren Fläche, besonders stark der linke Interosseus I. In der übrigen Rückenmuskulatur sowie in den Muskeln des Beckengürtels und der Unterextremitäten nichts Besonderes. Vor- und Rückwärtsneigung des Stammes, Stehen und Gehen, sowie alle Bewegungen in den Unterextremitäten intakt. Trizepsreflex, die Periostreflexe am Vorderarm, die Sehnenreflexe über den Handgelenken links, entsprechend der stärkeren Atrophie, schwächer als rechts. Bizepsreflexe erhalten. Mittlere Bauch-, sowie epi- und hypogastrische Reflexe, Patellar-, Achillessehnen- und Sohlenreflexe lebhaft. Kremasterreflexe vorhanden. Kein Babinski-Phänomen. Sinnestätigkeit, Intelligenz, vegetative Funktionen intakt.

Fassen wir obiges zusammen, so war die erste Patientin neuropathisch belastet, insoferne ihre Mutter an Zittern gelitten hatte. Merkwürdig war das dem Muskelschwund vorangegangene schmerzhafte warzenförmige Gebilde mit den bis in den Oberarm ausstrahlenden Schmerzen, welches an analoger Stelle in dem einen, dann in dem anderen Handteller aufgetreten war und nach $2^1/_2$jährigem Bestand samt den Schmerzen plötzlich verschwand (Komplikation mit Neuritis?). Im 16. Lebensjahre gleichzeitiger Beginn der Schwäche sowohl in den oberen als den unteren Gliedmaßen, und zwar ist der Muskelschwund besonders am Schulter- und Beckengürtel, an den proximalen Abschnitten der Ober- und Unterextremitäten, sowie am Rücken ausgesprochen. Hervorzuheben ist ferner die symmetrische Verteilung der Dystrophien, besonders der beiderseitigen vollständigen Serratuslähmung, so daß das Schulterblatt mit dem unteren Winkel um 90° nach innen gedreht ist. Besser ist die Bewegungsfähigkeit in den distalen Abschnitten der Gliedmaßen erhalten, Lordose mit mäßiger Skoliose. Reflexe erhalten. Intelligenz intakt. Die dystrophischen Muskeln (besonders Bizeps, Brachialis internus, Radialis externus longus, Ulnaris externus, Cucullaris, Levator scapulae, Serratus anticus major, Quadriceps femoris, Tibialis anticus sin., Extensor digitorum communis longus pedis, Biceps femoris, Semitendinosus, Semimembranosus, Gastrocnemius, Soleus, Extensor halluc. long. sin., auch N. Radialis, gleichfalls beiderseits, sind, wie wiederholte Untersuchungen ergaben, faradisch kaum oder gar nicht erregbar. Auch die galvanische Erregbarkeit erscheint herabgesetzt bei unveränderter Zuckungsformel. Nirgends träge Zuckung.

Es handelt sich also wesentlich um die ERBsche juvenile Form der progressiven Muskeldystrophie, doch ist es kein bloß scapulo-humeraler Typus, sondern gleichzeitig — wie ja alle Varianten möglich sind — ist ein Teil der Vorderarmmuskulatur, sowie die des Beckengürtels, Ober- und Unterschenkels betroffen. Desgleichen ist die Rückenmuskulatur beteiligt.

Bei der zweiten Patientin, welche einen Typhus durchgemacht hat, begann das Leiden in demselben Alter. Auch zeigt die Dystrophie dieselbe Verteilung wie die erste, nur ist sie, besonders an den Oberextremitäten und im Serratus antic. major, weniger fortgeschritten. Sehnenreflexe herabgesetzt. Faradische Erregbarkeit herabgesetzt bzw. aufgehoben im M. tensor fasciae latae, Sartorius, Biceps femoris, Semitendinosus, Semimembranosus, sowie auch im N. ischiadicus sin. Auch hier ist die galvanische Erregbarkeit stark herabgesetzt. Unter nervösen Erscheinungen ist hier sogar anhaltender Frostschauer ohne Temperaturerhöhung und hartnäckige Dyspepsie zu erwähnen.

Beim dritten Kranken waren nur die Oberextremitäten betroffen mit Einschluß des Schultergürtels, besonders auf-

fallend war in diesem Falle, gegenüber den beiden obigen, die hochgradige Atrophie des M. pectoralis major. Der Muskelschwund auf der linken Oberextremität — mit Einschluß des Pectoralis major — war auf der linken Seite stärker ausgesprochen als auf der rechten. Im Gegensatz zu den beiden ersten Fällen waren die distalen Abschnitte stärker betroffen als die proximalen. Dementsprechend war auch die faradische und galvanische Erregbarkeit der ganzen Muskulatur herabgesetzt, u. zw. beantworteten der M. deltoideus und biceps beiderseits stärkere Intensitäten beider Stromarten mit prompter Reaktion. Der Trizeps war in allen 3 Köpfen auf beiden Seiten galvanisch prompt erregbar; faradisch war der äußere und der innere Kopf des rechten Trizeps für starke Ströme prompt, der lange Kopf schwach erregbar; auf der linken Seite zeigten der äußere und der innere Kopf schwache, der lange Kopf gar keine faradische Erregbarkeit. Die gesamte Vorderarm- und Handmuskulatur beiderseits — ausgenommen den M. flexor digit. sublimis und profundus zu beiden Seiten und den rechten M. abductor pollicis brevis — war selbst durch den stärksten faradischen Strom unerregbar. Die galvanische Erregbarkeit war hier zumeist sehr stark herabgesetzt, doch war die Reaktion überall, wo sie überhaupt erzielt werden konnte, prompt oder minimal oder auch gänzlich fehlend, doch eine der Entartungsreaktion entsprechend träge Zuckung war hier nirgends zu beobachten. Die übrige Rückenmuskulatur, sowie die Muskulatur des Beckengürtels und der Unterextremitäten war frei, wieder im Gegensatz zu den beiden obigen Fällen. Der M. pectoralis major zeigte auf der rechten Seite prompte faradische und galvanische Erregbarkeit, auf der linken Seite war die galvanische Erregbarkeit wohl herabgesetzt, aber noch immer prompt, die faradische Erregbarkeit aber bei stärksten Strömen schwach und träge.

Das Auftreten dieser Muskelatrophie im 4. Dezennium, die Beschränkung derselben im wesentlichen auf die Oberextremitäten, das hauptsächliche Ergriffensein der distalen Teile, die fibrillären Zuckungen im Pectoralis sprechen wohl für den DUCHENNE-ARANschen Typus der spinalen Muskelatrophie, doch zeigen wiederum die herabgesunkenen Schultern, die subluxierten Oberarmköpfe, die flügelartig abstehenden Schulterblätter entschieden Ähnlichkeit mit der ERBschen Form, der progressiven Muskeldystrophie. Es zeigt sich also auch in diesem Falle ein interessanter Übergang zwischen diesen beiden Hauptformen der progressiven Muskelatrophie. Will ja MARIE die Selbständigkeit der spinalen Form überhaupt nicht anerkennen.

Bezüglich der groben Gesichtszüge, namentlich der wulstigen Lippen meiner ersten Patientin, möchte ich auf ähnliche Beobachtungen aufmerksam machen. So fand ALLARD[18]) bei einem 9jährigen Knaben aufgeworfene Lippen bei sonst normalen Gesichtsmuskeln; die atrophischen Muskeln waren schwer erregbar, doch zeigten sie keine Entartungsreaktion. Desgleichen beschreibt BREGMAN[19]) bei schon bestehender Facies myopathica hervorragende dicke Lippen.

Ausgesprochene Entartungsreaktion, also träge Zuckung, fand ich bei meinem Kranken nicht, wohl aber stark herabgesetzte Erregbarkeit für beide Stromesarten; genug oft war die faradische Erregbarkeit für die anwendbaren Stromstärken erloschen, seltener die galvanische Erregbarkeit. Auch LINSMAYER[20]) fand die elektrische Reaktion teilweise aufgehoben, STRÓZEWSKI[21]) in seinen beiden Fällen, einer 32jährigen Frau und einem 6jährigen Knaben, in den schwer betroffenen Muskeln gänzliches Erloschensein der faradischen und galvanischen Erregbarkeit, SPILLMANN[22]) neben herabgesetzter galvanischer Erregbarkeit vollständiges Fehlen der direkten faradischen Erregbarkeit an den Extensoren der Beine.

Bezüglich der Behandlung möge man die fortgesetzte Elektrisation nicht unterlassen, man sieht — wie ich auch in meinem vorigen und in den zwei ersteren dieser Fälle von Muskeldystrophie beobachtet habe — manche Besserung. (Der dritte dieser Kranken blieb leider ungebessert.) LEUF[23]) will sogar in einem solchen Falle durch fortgesetztes Elektrisieren und Strychnindarreichung vollkommene Heilung erzielt haben.

Interessant ist der organo-therapeutische Versuch von ALLARD, welcher nach 20 subkutanen Injektionen von Muskelsaft erhebliche Besserung gesehen hat.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Kollegen Dr. ALFRED HUBER für die photographischen Aufnahmen meinen herzlichen Dank aussprechen.

[18]) ALLARD, Myopathie primitive. Examens électriques. Amélioration par le suc musculaire. Revue neurologique, 1898, pag. 705.

[19]) BREGMAN, Ein Fall von Dystrophia musc. progressiva (Typ. DÉJÉRINE-LANDOUZY). Sitzungsber. d. Warschauer Gesellsch. d. Ärzte vom 9. Juli 1898. Ref.

[20]) LINSMAYER, Muskeldystrophie. Neur. Zentralbl., 1897, pag. 668.

[21]) STRÓZEWSKI, Bemerkungen über den progr. Muskelschwund. (Polnisch.) Jahresber. ü. d. Fortschr. d. Neur. u. Psychiatrie, 1898.

[22]) SPILLMANN, Deux cas de myopathie primitive progressive. Revue de médecine. Ref. Jahresb. ü. d. Fortschr. d. Neur. u. Psychiatrie, 1901.

[23]) LEUF, A case of cure of progr. muscular atrophy. New York med. Journ., Ref. ibid., 1899.

Die entzündlichen Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes.

Von **Privatdozent Dr. Wilh. Roth**, Wien.

II.

C. Die Hyperplasie des adenoiden Gewebes der seitlichen und hinteren Pharynxwand ist dagegen ein außerordentlich häufiges Vorkommnis, vermutlich aus dem Grunde, weil diese Partien durch die verschiedenartigen Beimengungen der Einatmungsluft, sowie auch durch die mechanisch-chemisch und thermisch wirkenden Reize der Ingesta, durch Rauch, Alkohol etc. immer getroffen werden müssen, daher sehr leicht ein chronischer Irritationszustand hervorgerufen wird, auf den das adenoide Gewebe mit Hyperplasie antwortet. Es bilden sich infolge dieser Einflüsse an der hinteren Rachenwand kleine, stecknadelkopf- bis bohnengroße, rundliche, ovale oder auch unregelmäßig geformte Hervorragungen heraus, die zumeist gerötet, glänzend erscheinen und sich von der übrigen blassen Schleimhaut sehr scharf abheben, an der Seitenwand des Rachens hingegen, unmittelbar hinter den hinteren Gaumenbögen, entwickeln sich vertikal gestellte, gleichfalls rotglänzende Wülste, welche namentlich dann recht deutlich hervortreten, wenn beim Niederdrücken der Zunge Würgbewegungen ausgelöst werden. Dieser Zustand, den übrigens schon in den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts, also eigentlich in der vorlaryngoskopischen Zeit, der amerikanische Arzt HORACE GREEN sehr genau beschrieben und mit dem Namen „trockene Kehle der Prediger" belegt hat, wird in der modernen Pharyngologie als „Pharyngitis granulosa" und bei besonderer Entwicklung der Seitenstränge als „Pharyngitis lateralis" oder als „Pharyngitis retroarcualis" (JURASZ) bezeichnet. Man schreibt dieser Veränderung die Entstehung von Trockenheitsgefühl und Kratzen im Halse, Räuspern, Husten, Würgbewegungen und wirkliches Erbrechen, Ermüdung beim Sprechen und Singen zu. Es läßt sich nun nicht in Abrede stellen, daß die Hyperplasie des adenoiden Gewebes in Form von Granulis und Seitenwülsten diese Symptome hervorzurufen vermag und man mit Beseitigung der Hyperplasien auch diese Symptome schwinden sieht, aber eben so sicher ist es und jeder erfahrene Pharyngologe wird dies bestätigen, daß es Fälle gibt, in denen alle die genannten Symptome fehlen und bei denen man dennoch gelegentlich einer aus anderen Gründen unternommenen Untersuchung reichliche Granula, oder stark

entwickelte Seitenwülste, oder beides zugleich vorfindet. Es waltet hier offenbar dasselbe Verhältnis vor, wie bei den Gaumentonsillen, es besteht eine Vergrößerung des adenoiden Gewebes, ohne daß auch eine chronisch-entzündliche Reizung vorhanden sein müßte und dann fehlen auch natürlich alle durch Reizung bedingten Symptome. In neuester Zeit hat IVANOFF in Moskau darzutun gesucht, daß es zweierlei Granula gibt, die sich histologisch scharf voneinander unterscheiden: die „adenoiden Granula“, welche bloß Hyperplasie des adenoiden Gewebes, aber keine Entzündungserscheinungen erkennen lassen, und „entzündliche Granula“, bei denen histologisch in allen Schichten Merkmale der Entzündung auffindbar sind. Wir dürften nach dieser Unterscheidung IVANOFFS somit im ersten Falle nur von Hyperplasie des adenoiden Gewebes, im zweiten Falle dagegen von einer Pharyngitis granulosa sprechen, und wir hätten dann in den Ergebnissen IVANOFFS den Schlüssel für das Verständnis jener Fälle, wo Granula ohne Symptome vorgefunden werden, analog dem Vorhandensein großer Tonsillen ohne jegliche Beschwerde. Es können aber, wie zahlreiche Beobachtungen lehren, auch solche reizlose Granula durch einwirkende äußere Reize gelegentlich in einen Zustand chronischer Entzündung versetzt werden, dann treten auch die erwähnten unangenehmen Empfindungen und Beschwerden auf, dann sind aus den einfachen adenoiden Granulis entzündliche Granula geworden.

Therapeutisch ist hier derselbe Standpunkt einzunehmen, wie bei der Hyperplasie der Gaumen- und Zungentonsille. Wo keine Symptome vorhanden sind, soll auch keine Therapie eingeleitet werden, wo sich aber solche in unangenehmer Weise geltend machen, muß man therapeutisch eingreifen, und da kann man vorerst versuchen, durch eine lokale adstringierende Therapie, adstringierende Gargarismen, adstringierende Pinselungen, die entzündlichen Veränderungen und mit diesen auch die Beschwerden des Kranken zu beseitigen. Wo dies aber nicht gelingt, müssen die Granula und die Lateralwülste durch Kaustika, Arg. nitr. in Substanz, Trichloressigsäure, Chromsäure, Galvanokaustik, zerstört oder mit schneidenden Instrumenten entfernt werden. Dieses letztere, das operative Verfahren, erfreut sich gegenwärtig bei den Fachkollegen wegen der rascheren und für den Kranken mit weniger Unannehmlichkeiten verbundenen Durchführbarkeit größerer Beliebtheit als das kaustische Verfahren. Mit der Entfernung des hyperplasierten Bodens schwindet auch die chronische Entzündung und mit ihr die Serie von Beschwerden, welche dem Patienten zur außerordentlichen Qual gereichen, mitunter sogar zur Quelle von Neurasthenie und Hypochondrie werden.

D. Die Hyperplasie der Rachenmandel ist vorwiegend ein Vorkommnis des kindlichen und jugendlichen Alters, während man sie beim Erwachsenen relativ selten antrifft. Es ist heute in einwandfreier Weise festgestellt, daß jede Entzündungs- und Infektionskrankheit, insbesondere aber eine solche, die sich im Bereiche der oberen Luftwege und in der Mundrachenhöhle lokalisiert, zur Vergrößerung der Tonsilla pharyngea beiträgt, und da diese Erkrankungen im Kindesalter am häufigsten auftreten, ist wohl in diesem Umstande die Erklärung für die beobachtete Häufigkeit der Vergrößerung der Rachenmandel im Kindesalter zu suchen. Dementsprechend ersehen wir aus den größere Zahlen umfassenden Statistiken, daß die Hyperplasie der Rachenmandel, auch adenoide Vegetationen genannt, in etwa 8—10% der untersuchten Kinder aufgefunden wurden und es verteilten sich dieselben wie folgt: unter 5 Jahren etwa 18%, von 5—15 Jahren 65%, 15—20 Jahren 12%, darüber hinaus in steigender Seltenheit. Es betreffen sohin die Vegetationen in der überwiegenden Mehrzahl Kinder des schulpflichtigen Alters und es erwächst aus dieser Erfahrung für uns die Pflicht, diesen Vorkommnissen unsere größte Aufmerksamkeit zuzuwenden und auf eine möglichst frühzeitige Beseitigung der Vegetationen zu dringen, weil in diesem Alter die Organe noch eine solche Labilität besitzen, daß sie infolge der durch die Vegetationen verursachten funktionellen Störungen Veränderungen erleiden können, deren Beseitigung in einer späteren Zeit nur sehr schwer oder überhaupt gar nicht gelingen kann.

Die durch die hyperplastische Rachentonsille verursachten Störungen darf man wohl heute als im Kreise der praktischen Ärzte allgemein bekannt voraussetzen, ja es sind dank der langjährigen Bemühungen der Laryngologen, Ohren- und Kinderärzte die Eltern der Kinder und die Schullehrer auf diesem Gebiete soweit informiert, daß sie bei Beobachtung eines oder des anderen markanten Symptomes der adenoiden Vegetationen sofort auf eine fachärztliche Untersuchung eventuell Behandlung der Kinder dringen. Es erscheint mir trotzdem nicht ohne Vorteil, diese Störungen, wenn auch nur kursorisch, doch in systematischer Weise zu besprechen, weil es hierdurch ermöglicht wird, auch auf die weniger auffallenden Erscheinungen zu achten und Vegetationen dort zu vermuten, wo die sonst geläufigen, sinnfälligen Symptome fehlen.

Diese Störungen sind:

1. Verstopfung der Nase. Die Behinderung der Nasenatmung besteht in höheren Graden kontinuierlich, die Kinder halten den Mund stets offen und das verleiht ihrem Gesichte einen unintelligenten Ausdruck. In mäßigen oder geringen Graden macht sich diese Verstopfung nur im Liegen des Nachts bemerkbar, wenn nämlich durch die Schwellung des Schwellgewebes der unteren Muschel und durch Ansammlung von Schleim im unteren Nasengange die Behinderung der Nasenatmung eine Steigerung erfährt, die Kinder schnarchen im Schlafe. Hierbei kann man bemerken, daß das Exspirium durch die Nase schwerer möglich ist, als das Inspirium, weil sich beim Expirium die Vegetationen wie ein Ventil vor die Choanen legen, aus demselben Grunde kann auch das Ausblasen des Nasenschleimes nur sehr unvollkommen durchgeführt werden, daher die Ansammlung kopiöser Schleimmassen in der Nase.

2. Nasale Sprache. Beim Aussprechen der sogenannten Nasallaute muß die Exspirationsluft auch in die Nasenhöhle eindringen und in derselben Resonanzerscheinungen hervorrufen. Beim Anlauten der Nasallaute gerät auch das knöcherne Skelett in Mitschwingungen und der auf den Nasenrücken gelegte Finger kann diese Schwingungen wahrnehmen. Bei Anwesenheit adenoider Vegetationen ist nun das Eindringen der Exspirationsluft in die Nase behindert, dem Laute fehlt demnach der nasale Beiklang, die Sprache bekommt den gestopften Charakter (Rhinolalia clausa), oder die Sprache wird, wie sie KUSSMAUL so richtig charakterisierte, zur „toten Sprache“, der auf den Nasenrücken gelegte Finger fühlt beim Sprechen kein Erzittern.

3. Störung des Gehörs. Diese durch adenoide Vegetationen bedingte Störung ist am längsten bekannt, war es ja ein Ohrenarzt, WILH. MAYER, der schon im Jahre 1868 wegen Gehörsstörungen den Nasenrachenraum untersuchte und jene Massen darin entdeckte, die er mit dem Namen „adenoide Vegetationen“ belegte. Diese Störung wird bedingt entweder nur durch mangelhafte Ventilation der Paukenhöhle oder durch Katarrh der Tube, des Cavum tympani, durch eitrige Entzündung des Cavum und wird bei Anwesenheit von adenoiden Vegetationen hervorgerufen:

a) durch Fortpflanzung der Entzündung der Rachenmandel auf das Gehörorgan;

b) durch mechanische Verlegung der Tube durch die Vegetationen;

c) durch Aspiration von Schleim beim Schlucken oder Eintreiben von Schleim beim Schneuzen.

4. Störung des Geruches und Geschmackes. Die Perzeption des Geruches setzt freie Nasenatmung voraus, bei aufgehobener Nasenatmung kann somit ein Geruch absolut

nicht, bei erschwerter Nasenatmung nur mangelhaft wahrgenommen werden. Bei der innigen Verbindung der Geruchs- und Geschmacksempfindungen wird daher auch die Alteration des Geschmackes durch die Vegetationen verständlich.

5. Katarrh der Nasenschleimhaut. Ein solcher wird vom Patienten oder seiner Umgebung wegen der großen Schleimmengen, die sich stets in den Gängen der Nasenhöhle vorfinden, angenommen. Dieser Schleim entstammt der Nasenschleimhaut selbst und häuft sich an, weil er wegen der behinderten Nasenatmung nicht zur Verdunstung kommt, oder er wird von der Rachenmandel abgesondert und fließt nach der Nase ab. Bei dem verminderten oder gar aufgehobenen Vermögen, sich zu schneuzen, bleibt dieser Schleim liegen und kann einen Nasenkatarrh vortäuschen, oder er reizt die Nasenschleimhaut und es kommt tatsächlich zur Entwicklung eines chronischen Nasenkatarrhs.

6. Entwicklung von Granula an der hinteren Rachenwand und Anlagerung von Schleimborken an derselben. Diese Granula kann man mitunter nach aufwärts bis an die Vegetationen verfolgen und manche Autoren haben sie als Ausläufer der Vegetationen ansehen zu müssen geglaubt. Bei der andauernden Reizung der Rachenschleimhaut darf es aber nicht verwundern, wenn auch das adenoide Lager an der hinteren Rachenwand hyperplasiert und in Form der sogenannten Granula erscheint. Diese sind somit sekundäre Bildungen, mit den eigentlichen Vegetationen stehen sie nicht in Verbindung, sie werden daher bei der Entfernung der Vegetationen nicht auch mitentfernt.

7. Katarrhe der unterhalb der Vegetationen gelegenen Anteile des Respirationstraktes, Katarrh des Larynx, der Trachea und der Bronchien, daher Pseudokrupp, Heiserkeit, Husten. Die Entstehung dieser Katarrhe findet ihre Erklärung in dem Umstande, daß bei der Mundatmung eine nicht gereinigte, nicht erwärmte und nicht angefeuchtete Luft in die Luftwege gelangt und deren Schleimhaut zur Entzündung reizt.

8. Nervenstörungen, Laryngismus stridulus, Alpdrücken, Asthma, Pavor nocturnus, Enuresis nocturna, Aprosexie, selbst Epilepsie werden als Folgen adenoider Vegetationen beobachtet und verschwinden mit der Entfernung derselben. Die Tatsachen sind unbestritten, die Erklärung aber, die man zum Verständnis dieser Erscheinungen herangezogen hat, Behinderung des Blutabflusses aus dem Gehirn, Überladung des Blutes mit Kohlensäure bei der sehr mangelhaften Respiration, Stauung des Lymphstromes etc. sind noch keineswegs erwiesen und bilden noch immer den Gegenstand vielfacher Kontroversen.

9. Nutritive Störungen, wohin die schmale Nase mit den unentwickelten Nasenflügeln, die flache und breite Nasenwurzel gehören. Diese Veränderungen lassen sich ungezwungen aus der Untätigkeit der Nase beim Respirationsgeschäfte erklären.

10. Die Verbildung des Gaumens und des Thorax. Der Gaumen bekommt die Spitzbogenform sowohl in der Richtung nach vorne als auch in der Richtung nach oben, d. h. der Gaumen wird schmal und hoch, die Zähne, insbesondere die Schneidezähne haben nicht mehr Platz in diesem Bogen, sie legen sich dachziegelförmig übereinander oder treten aus der Ebene heraus, eine höchst unschöne Mißgestaltung des oberen Gebisses. Die Verbildung des Thorax, schmale Brust mit vorstehendem Brustbein (Pectus carinatum), entsteht aus der mangelhaften Tätigkeit der Thoraxmuskulatur bei der oberflächlichen Atmung und dadurch, daß der Patient wegen des verhinderten Gehörsvermögens den Kopf stets nach vorne neigt, um besser hören zu können, entwickelt sich nach und nach eine Kyphose der Hals- und Brustwirbelsäule, im ganzen also ein Bild, welches für die schon in sehr früher Kindheit entstandenen hochgradigen adenoiden Vegetationen als typisch angesehen werden kann: glotzende Augen, offener Mund, nach vorne geneigter Kopf, kyphotische Krümmung der Hals- und Brustwirbelsäule.

Ein nicht minder typisches Bild entwickelt sich in jenen Fällen, in denen die Vegetationen einen nur mäßigen Grad erreichen, bei welchen die Verbildung des Gesichts- und Brustskelettes ausbleibt, die Kinder mithin in ihrem äußeren Baue keine Abweichung vom Normalen aufweisen. In diesen Fällen wird das Bild durch die kontinuierlich bestehende vermehrte Schleimabsonderung der Nase beherrscht. Dieser Schleim, der die Nasenhöhlen fast immer vollständig ausfüllt, dann aber auch durch die vorderen Nasenöffnungen abfließt, ruft Ekzeme des Introitus nasi und der Oberlippe hervor, die submaxillaren und seitlichen Halsdrüsen schwellen an, und nun hat man jenes Bild vor sich, welches man von jeher gewohnt ist, als Ausdruck der Skrofulose anzusehen. Gegenwärtig wird fast von allen Laryngologen die Ansicht vertreten, daß dieser Symptomenkomplex durchaus noch keine Skrofulose ist, daß sich aber auf diesem Boden durch sekundäre Infektion ein skrofulotisch-tuberkulöser Zustand entwickeln könne. Insolange daher eine sekundäre Infektion nicht erfolgt ist, läßt das geschilderte Krankheitsbild eine günstige Prognose zu und man sieht in der Regel eine vollständige Restitutio ad integrum eintreten, sobald die veranlassende Ursache, die Vegetationen, beseitigt sind und hierdurch die freie Durchgängigkeit der Nase wieder hergestellt wird. Die Schleimung der Nase hört auf, die Ekzeme, die bisher jeder lokalen Therapie hartnäckig getrotzt haben, schwinden und mit ihnen zumeist auch die Drüsen am Halse; manchesmal jedoch sind die Drüsen durch bindegewebige Entartung bereits derart verhärtet, daß sie nicht mehr völlig schwinden, sie persistieren dann bis in das späte Alter als immerwährendes Zeichen, daß in der Kindheit durch adenoide Vegetationen ein Symptomenkomplex hervorgerufen worden war, der fälschlich als Skrofulose gedeutet wurde.

Aus der Betrachtung der Störungen, zu welchen die adenoiden Vegetationen, namentlich wenn sie im frühesten Kindesalter auftreten, führen können, ergibt sich mit zwingender Notwendigkeit die Indikation, diese so rasch als möglich zu entfernen, denn nur dadurch können jene Veränderungen hintangehalten werden, welche in einem späteren Zeitpunkte bereits irreparable sind. Die Beseitigung der Vegetationen kann nur auf operativem Wege erzielt werden und es kann nicht genug betont werden, daß alle jene Behandlungen, welche man in der Annahme, daß es sich um konstitutionelle Erkrankungen handelt, in früherer Zeit angewendet hat, nichts gefruchtet haben. Insbesondere war es die Annahme, daß Skrofulose bei diesen Veränderungen im Spiele sei, die den Fortschritt in der Therapie lange Zeit hindurch aufgehalten hat, denn solche Kinder wurden stets langdauernden Jodkuren ausgesetzt, ohne daß auf diesem Wege die Vegetationen zum Schwinden gebracht worden wären und trotz dieser mit vielen Zeit- und Geldopfern verbundenen mehrjährigen Kuren entwickelten sich alle jene Veränderungen, die wir oben als Folgen der Nasenverstopfung geschildert haben.

Ein weiteres Hindernis für den Durchbruch der Erkenntnis, daß adenoide Vegetationen, sobald sie Störungen hervorrufen, möglichst rasch operativ entfernt werden sollen, erwuchs aus der fast allgemein hervorgehobenen Tatsache, daß die Rachentonsille beim Neugebornen ganz gut ausgebildet ist, dann aber allmählich durch Atrophie wieder zurückgeht, um etwa zur Zeit der Pubertät gänzlich zu schwinden. Auf diese Tatsache bauten die praktischen Ärzte ihren Ausspruch, daß man die Vegetationen, mit Ausnahme bei sehr hochgradigen Störungen, nicht operieren solle, sondern deren Involution abwarten könne. Bei diesem konservativen Zuwarten entwickelten sich aber auch in leichten Fällen dieser Art nicht selten schwere Veränderungen, zu welchen wir als die bedeutendsten Schwerhörigkeit und Taubheit

rechnen müssen, oder jene leichteren Veränderungen, die wir als chronischen Nasenkatarrh verbunden mit Ekzem des Naseneinganges und der Oberlippe und mit Schwellung der Halsdrüsen kennen gelernt haben, die aber imstande sind, sowohl durch die erschwerte Nasenatmung als auch durch die gestörte Magenfunktion schließlich zu einer auffallenden Störung der Ernährung, zu Anämie zu führen. Ich stehe bei der Frage nach der Notwendigkeit eines operativen Eingriffes bei adenoiden Vegetationen auf demselben Standpunkte, den ich bei den Gaumenmandeln und bei der Zungenmandel betont habe, nur dann zu operieren, wenn die vorhandene Hyperplasie zu Störungen Veranlassung gibt, doch muß ich hervorheben, daß die Hyperplasie der Rachenmandel, selbst wenn sie nicht hochgradig ist, bei Kindern selten symptomlos verläuft, daß sie somit im Kindesalter fast in allen Fällen und möglichst frühzeitig operiert werden solle und dies um so mehr, weil die Rachenmandel, wie dies in jüngster Zeit Görke nachgewiesen hat, bei jeder Entzündung im Gebiete der oberen Luftwege an Masse zunimmt, sich somit die durch dieselbe verursachten Störungen im Kindesalter in stetiger Zunahme befinden. Bei Erwachsenen, bei denen die Rachenmandel kaum mehr ein nennenswertes Wachstum erwarten läßt, wo aber auch die Ausbildung des Körpers schon soweit beendet ist, daß Verbildungen aus dieser Ursache nicht mehr eintreten können, wird die Entfernung der Rachentonsille bedeutend seltener erforderlich werden.

Die neuere Literatur weist vielfache Befunde von Tuberkelbazillen in der Rachenmandel auf und es fehlt nicht an Autoren, die auf diese Befunde hin die Rachenmandel als Eingangspforte für die Tuberkulose ansehen, von wo sie sich dann weiter im Körper verbreiten und zu ausgebreiteter Tuberkulose entwickeln kann. Es wird mithin der Rat erteilt, auch von diesem Gesichtspunkte aus jede vergrößerte Rachentonsille operativ zu entfernen. Der Zusammenhang zwischen diesen positiven Befunden und der Entwicklung allgemeiner Tuberkulose ist bisher noch keineswegs erwiesen, ja es liegen Beobachtungen vor, die gerade gegen einen solchen sprechen. So erwähnt Kayser, daß er einem 12jährigen Mädchen eine Rachentonsille exstirpierte, in welcher Gottstein Tuberkelbazillen konstatierte; das Mädchen ist nun 20 Jahre alt, blühend, gesund und läßt nur einen kleinen Rest von Rachentonsille erkennen. Ich glaube daher, daß wir vorläufig nicht nötig haben, dieses Moment bei unserer Indikationsstellung zu berücksichtigen, sondern wir halten uns nach wie vor an das Prinzip, nur dort und dann zu operieren, wo und wann Störungen durch eine hyperplasierte Rachentonsille hervorgerufen werden, wegen welcher der Patient oder dessen Angehörige unseren Rat einholen.

Wenn ich nun resümiere, so ergeben sich aus obigen Betrachtungen folgende Schlüsse:

Der lymphatische Rachenring bildet ein aus gleichartigem Gewebe bestehendes Ganzes, welches auch bei den entzündlichen Erkrankungen gleichartige Veränderungen aufweist.

Klinisch rufen die akuten Entzündungen an jedem Teile des lymphatischen Rachenringes Erscheinungen hervor, die analog sind jenen, welche wir gewohnt sind, an den Gaumentonsillen zu beobachten. Es empfiehlt sich somit, in jedem mit Fieber und Schlingschmerzen einhergehenden Erkrankungsfalle alle Abschnitte des lymphatischen Rachenringes zu inspizieren, um die Diagnose überhaupt stellen, oder, falls eine Angina tonsillaris erkannt wurde, die Diagnose eventuell komplettieren zu können.

Die chronische Entzündung des lymphatischen Rachenringes äußert sich entweder als übermäßige Sekretion, oder als Hyperplasie des ergriffenen Anteiles; nicht selten sind alle Teile des Rachenringes gleichzeitig ergriffen. Die Hyperplasie ruft direkte Erscheinungen, wie Raumbeengung, Fremdkörpergefühl, Störung der Sprache, Störung der Atmung, Erschwerung der Deglutition oder sekundäre Erscheinungen, wie häufig rezidivierende akute Entzündungen, Erkrankungen der Ohren, der tieferen Luftwege und des Magens, und endlich bei Kindern, wo das Wachstum des Körpers noch nicht beendet ist, Verbildung des Gesichts- und Brustskelettes hervor, zu welchen sich in den meisten Fällen auch Ernährungsstörungen und Anämie gesellen.

Alle diese durch Hyperplasie eines oder aller Teile des lymphatischen Rachenringes hervorgerufenen Störungen können nur durch operative Entfernung des hyperplasierten Gewebes beseitigt werden. Je früher diese Operation vorgenommen wird, um so sicherer kann die Entwicklung der sekundären Veränderungen hintangehalten werden. Bei der Indikationsstellung für die Operation ist jedoch nicht die absolute Größe der Ringteile, sondern einzig und allein der Umstand maßgebend, daß diese vergrößerten Anteile auch tatsächlich Störungen hervorrufen.

Referate.

Korte und Sternberg (Breslau): Über die bakterizide Reaktion des Blutserums der Typhuskranken.

Die bakterizide Reaktion läßt sich im Serum Typhuskranker meist noch in sehr hoher (bis millionenfacher) Verdünnung nachweisen. Gegen Ende der Erkrankung oder in der Rekonvaleszenz sinkt der bakterizide Titer meist. Dementsprechend zeigt das Serum von Menschen, die vor längerer Zeit Typhus überstanden haben, meist nur niedrige Werte des bakteriziden Titers. Beziehungen zwischen Höhe des bakteriziden Titers und Schwere der Infektion waren in unseren Fällen nicht nachweisbar. Auch bei Patienten mit hohem bakteriziden Titer wurde das Auftreten eines Rezidivs beobachtet. Die Agglutination und die bakterizide Reaktion sind voneinander unabhängige Vorgänge („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 82, H. 3 u. 4). Die diagnostische Verwertbarkeit der bakteriziden Reaktion ist analog derjenigen der Agglutination zu beurteilen; je höher der bakterizide Titer eines zu untersuchenden Serums über die gewöhnlich bei nichttyphösen Seris gefundenen Werte hinausgeht, um so wahrscheinlicher ist eine Infektion durch den Typhusbazillus. Da die bakterizide Reaktion erheblich größere Anforderungen an die Technik und Zeit des Untersuchers stellt als die Prüfung der Agglutination, so wird erstere nur in den Fällen zu diagnostischen Zwecken verwendet werden, in denen die Agglutination keine oder zweifelhafte Resultate liefert. B.

Bauer (Malmö): Frühzeitige Operation der akuten Appendizitis, um septischer Peritonitis oder Allgemeininfektion vorzubeugen oder solche zu begrenzen.

Verf. hat im Nordischen Chirurgenverein in Gothenburg das Referat über das aktuelle Thema der Appendizitisoperation erstattet und bei dieser Gelegenheit folgende, seinen Standpunkt kennzeichnende Sätze aufgestellt („Nord. med. Arkiv", Bd. 37, H. 3): Jeder Patient mit akuter Appendizitis oder suspekter akuter Appendizitis wird am sichersten in einer chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses behandelt. Je eher der Patient in das Krankenhaus aufgenommen wird und je vorsichtiger der Transport dahin vonstatten geht, desto größer ist die Aussicht auf Wiederherstellung. Patienten mit nicht begrenzter Peritonitis ex appendic. und Patienten mit hochgradiger Allgemeininfektion ohne Peritonitis müssen unbedingt operiert werden, u. zw. so bald als möglich, am liebsten ein bis zwei Stunden nach der Erkrankung. Patienten mit begrenzter Peritonitis werden durch möglichst frühzeitige Operation mit Entleerung des eventuell vorhandenen Eiters und Entfernung der Appendix am sichersten auf einmal von der Krankheit und der Ursache derselben befreit. Patienten mit akuter Appendizitis ohne oder mit sehr unbedeutender Affektion des Peritoneums und mit gelinden Allgemeinsymptomen können unter exspektativer Behandlung von den akuten Symptomen befreit werden. Da aber das einmal krank ge-

wesene Organ nie mehr seine normale Beschaffenheit erlangt, so sind auch diese Fälle gleich nach dem Einsetzen der Erkrankung zu operieren. Die Befolgung dieser Sätze ist imstande, die Mortalität der Appendizitis herabzusetzen. ERDHEIM.

A. E. GALLANT (New-York): **Das Puerperium.**

Verf. betont, daß überaus viele Krankheiten der Frauen auf das Puerperium zurückzuführen seien („American Medicine“, 14. Mai 1904). Die anatomischen Gründe für diese Verhältnisse seien folgende: Die Schwäche der gesamten Muskulatur, die Ausdehnung des Abdomens, die Erschlaffung der Gedärme und die Verlagerung des Uterus. GALLANT empfiehlt zur Behandlung der Frauen im Wochenbett etwa folgendes: Die Patientinnen sollen auf der Seite oder auf dem Bauche liegen, nicht aber auf dem Rücken. Sobald der Fundus sich soweit gesenkt hat, daß er nicht mehr das Becken überragt, sind in vielen Fällen Tampons einzuführen, um die Zervix zu elevieren. Schon am 2. Tage nach der Entbindung ist Allgemeinmassage ratsam. Massage des Abdomens empfiehlt sich, sobald die Involution etwas vorgeschrittener ist. Ungefähr am 4. Tage werden passive Bewegungen begonnen. Das Bett ist, je eher desto besser, durchschnittlich am 9. Tag zu verlassen. Doch muß die Pat. zur Stütze des Unterleibes ein zu diesem Zwecke konstruiertes Mieder tragen. J. ST.

SEILER und **ZIEGLER** (Bern): **Über die SAHLIsche Methode der Magenuntersuchung. Erwiderung auf die Kritiken derselben.**

Verff. empfehlen folgende Modifikationen des ursprünglichen Verfahrens: Die Ausheberung geschieht in zwei Portionen, wovon die erste der oberen Schicht des Mageninhaltes entspricht und nur klein genommen wird, damit allfällige Unterschiede der Homogenität des Mageninhaltes um so leichter eruiert werden („Deutsches Archiv f. klin. Med.“, Bd. 81, H. 4 u. 5). Von beiden Portionen sind bloß schleimfreie Anteile zur butyrometrischen Untersuchung zu verwenden. Allfällige Schleimfetzen sind zuvor mittelst einer Pinzette zu entfernen. Im allgemeinen kann aus dem Resultat der beiden Proben das Mittel genommen werden, u. zw. ist dies um so einwandfreier zulässig, je weniger der prozentische Fettgehalt beider Proben sich unterscheidet. Wenn die butyrometrischen Resultate beider Proben so stark verschieden ausfallen, daß sie Verdacht erwecken, so steht es immer frei, die Methode für diesen Fall bloß im Sinne der älteren gröberen Methoden zu verwerten. Da ein und dieselbe Abweichung des Fettgehaltes der beiden Portionen für die Werte Ma (Menge des Magensekretes) und A (Azidität auf reinen Magensaft berechnet), welche man zu berechnen wünscht, eine ganz verschiedene Bedeutung hat, resp. verschieden große Unterschiede bedingt, je nach der Größe F (prozentischer Fettgehalt des Ausgeheberten), so empfiehlt es sich, die Ausrechnung für die beiden Werte des Fettgehaltes besonders vorzunehmen und dann je nach der Größe der Unterschiede der für Ma und A gefundenen Werte die Rechnung unter Verwertung der Mittelzahlen zu benutzen oder bei zu großer Differenz als zu unsicher zu verwerfen. B.

L. JACOBSOHN (Berlin): **Über Heißluftbäder bei Nervenkrankheiten.**

Verf. berichtet („Deutsche med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 13) über seine Erfahrungen bei der Behandlung von Nervenkrankheiten mittelst Heißluftbädern. Die hierbei verwendeten, von HILZINGER-REINER konstruierten Heißluftapparate bestehen aus einem Heißluftsammler und einem hohen, schmalen Blechkasten von halbkreisförmiger Gestalt, welcher in einem Holzkasten von gleicher Form steckt. Beide Kästen besitzen drei Öffnungen, zwei schmälere, rundliche, an jeder Ecke des Halbkreises und eine breitere an einer großen Fläche des Kastens. Durch die eine kleinere rundliche Öffnung strömt die erhitzte Luft in den Kasten ein, sammelt sich hier an und kann durch die beiden anderen Öffnungen wieder ausströmen. Die Erhitzung der Luft geschieht mittelst eines Spiritus- oder Gasbrenners, dessen Flamme leicht beliebig vergrößert oder verkleinert werden kann. An den Heißluftapparat werden Nebenapparate angeschlossen, durch welche die heiße Luft teils an einzelne Körperstellen herangeleitet, teils dem ganzen Körper zugeführt wird. Die Domäne der Wirksamkeit der Heißluftbäder liegt im Bereiche vieler peripherischer und funktioneller Nervenkrankheiten. Günstige Resultate erzielte der Verf. bei Polyneuritis, bei allen Formen von Neuralgien, bei Beschäftigungsneurosen, bei Schlaflosigkeit infolge von Anämie, bei vielen hysterischen Beschwerden. Bei entsprechender Indikation wird zweckmäßigerweise an das Heißluftbad gleich die Massage angeschlossen. Die heiße Luft wirkt bei milderen Graden beruhigend und schmerzlindernd, bei hohen Graden im allgemeinen zunächst erregend und schmerzerzeugend, später schmerzbetäubend. Keinen wesentlichen Erfolg erzielt man mit dieser Behandlung bei organischen Nervenkrankheiten des Zentralnervensystems. Die Patienten befinden sich hierbei meist ziemlich wohl, ohne daß ein Einfluß auf die objektiven Krankheitssymptome zu konstatieren wäre. Direkt schädlich wirkt die Heißluftbehandlung bei Nervenkrankheiten kaum jemals. GRÜNBAUM.

M. N. MOSKALEW (Kiew): **Experimentelle Überimpfungen von Gonokokken auf kleine Laboratoriumstiere und serotherapeutische Versuche.**

Verf. gelangt auf Grund seiner im Laboratorium für chirurgische Pathologie und Therapie von Prof. A. D. PAWLOWSKI zu Kiew in der angegebenen Richtung angestellten experimentellen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen („Russki Wratsch“, 1905, Nr. 9): 1. Die besten Nährmedien zur Züchtung der Gonokokken sind diejenigen von WASSERMANN, WERTHEIM und KIEFER. Das Nährmedium von KIEFER läßt sich leichter herstellen. 2. Die pathogene Wirkung der Gonokokken kommt bei Kaninchen zur Geltung, wenn die Gonokokken subkutan oder intraabdominal eingeführt werden. 3. Die Gonokokken sind für weiße Mäuse pathogen; in die Bauchhöhle injiziert, rufen sie bei diesen Tieren eine tödliche Infektion hervor, die mit Vermehrung der Gonokokken in der Peritonealhöhle einhergeht. Weiße Mäuse sind das am meisten geeignete Objekt zur Prüfung der Wirkung der Gonokokken auf Tiere. 4. Die Wirkung der Gonokokken auf verschiedene Gewebe der Tiere beruht auf der Wirkung des Gonotoxins, das aus den Leibern der Gonokokken frei wird. Dieses Gonotoxin wirkt auf die weißen Blutkörperchen chemotaktisch und ruft in manchen Geweben eine sterile Eiterung, in anderen (Peritoneum) die Bildung von klaren Exsudaten hervor, indem es die Gefäße beeinflußt und auf die Zellen zytolytisch einwirkt. 5. Das Serum von Kaninchen, welche die Immunität erlangt haben, besitzt weißen Mäusen gegenüber bis zu einem gewissen Grade Schutz- und Heilkraft. Weitere Versuche zum Studium der Serotherapie von Gonokokkenerkrankungen an größeren Tieren wären sehr erwünscht. L—y.

A. SCHOTT (Weinsberg): **Über Simulation von Geistesstörung.**

Die Ausführungen von SCHOTT lehren, daß reine Simulation von Geistesstörung sehr selten ist, Simulation von Geistesstörung vorherrschend auf degenerativer Grundlage vorkommt und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein Symptom der krankhaften Störung ist, Simulation und Geistesstörung sich infolgedessen nicht ausschließen, sondern mit- und durcheinander vorkommen können („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 22), das Geständnis der Simulation Geistesstörung nicht ausschließt, Annahme von Simulation nur dann berechtigt ist, wenn der Nachweis der geistigen Gesundheit des Individuums erbracht ist, Repressalien zur „Entlarvung“ des Simulanten zu vermeiden sind, in allen simulationsverdächtigen Fällen irrenärztliche Begutachtung und Beobachtung in einer Klinik oder Irrenanstalt das einzig ausreichende sind. Häufiger als die Simulation und nicht weniger wichtig als dieselbe ist für den Gutachter die Dissimulation. Unter Dissimulation versteht man das absichtliche Verheimlichen oder Ableugnen krankhafter Erscheinungen von seiten notorisch Kranker. Der Dissimulant weiß, daß andere seine Ideen oder sonstige besondere Erscheinungen an ihm für krankhaft halten; auch ist er sich der Bedeutung und Tragweite des Umstandes, daß er für geistes-

krank gehalten wird, wohl bewußt und erheuchelt daher Krankheitseinsicht. Die Dissimulation wird man vorwiegend im Zivilverfahren antreffen. Erfahrungsgemäß gelingt die Dissimulation leichter als die Simulation, daher derartige Kranke, nur von der nächsten Umgebung erkannt, oft lange Zeit ungehindert in der Gesellschaft verkehren können. Am häufigsten finden wir die Dissimulation bei Melancholie und Verrücktheit; besonders ältere Verrückte verstehen es oft ausgezeichnet, ihre Wahnideen und Sinnestäuschungen zu dissimulieren. Schwierig kann die Beurteilung solcher Fälle werden, wenn der Begutachter nicht genügend über den Verdächtigen unterrichtet ist. Daher ist es geradezu ein Erfordernis, sich möglichst genaue Kenntnis über den bisherigen Verlauf des Falles zu verschaffen, von möglichst verschiedenen Seiten Erkundigungen über den Betreffenden einzuziehen, u. zw. über etwaige Eigentümlichkeiten im Benehmen, in Kleidung, Lebensweise, Handlungen. Man suche Einblick in seine schriftlichen Äußerungen zu erlangen; oft sind selbst die Schriftzüge noch charakteristisch. G.

SOUBEYRAN (Paris): **Primärer Harnröhrenkrebs.**

SOUBEYRAN stellt aus der Literatur 24 Fälle von primärem Karzinom der männlichen Urethra zusammen („Gazette des hôpitaux", 1903, Nr. 120). Meistens entwickelt sich das Neugebilde auf der Basis alter Strikturen. Die Anfangserscheinungen werden vielfach fälschlich als Folgen der schon länger bestehenden Striktur gedeutet, bis auftretende Blutungen die Induration und die Drüsenschwellungen zur richtigen Diagnose führen. Als einzige wirksame Therapie ist die totale Exstirpation anzusehen, die bereits von BARY und ALBARRAN mit Erfolg ausgeführt worden ist. Verf. fand 6 Heilungen unter 24 an dieser verhältnismäßig seltenen Erkrankungsform leidenden Patienten. J. St.

LOEB (Mannheim): **Die Quecksilberabgabe der Merkolintschürzen.**

Verf. („Dermatologisches Zentralblatt", 1905, Nr. 4) empfiehlt aufs wärmste die Anwendung der Merkolintschürzen III, Aachener Form, welche mit 50 *g* Hg imprägniert sind wegen Erleichterung und Bequemlichkeit der Behandlung für Zwischen- und Nachkuren sowohl bei ausgedehnten sekundären Hautsyphiliden wie älteren Eruptionen. Unangenehme Erscheinungen sah LOEB bei seiner ausgedehnten Versuchsreihe nur in einem Falle; es trat ein universelles Ekzem auf, welches Verf. auf eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen Hg bezieht. Die genauen Untersuchungen auf tägliche Quecksilberabgabe durch genaue Wägungen sowie die Kontrollversuche auf Hygroskopie, Schweiß und Fettaufnahme des Lints, zeigten, daß die Quecksilberabgabe durch Witterungs- und Temperatureinflüsse, Beschäftigung der Patienten (Radfahren, Tanzen) nur unwesentlich beeinflußt war und, durch 30, 45 und 60 Tage beobachtet, annähernd gleichmäßig vor sich ging. Die durchschnittliche tägliche Quecksilberabnahme betrug 0·321—0·357 *g*. Diese für die Merkolintschürze III festgestellte tägliche Abgabe entspricht nahezu einem Drittel der Menge, welche bei der Einreibungskur zu 4 *g* Ungt. cin. = 33% = 1·3 *g* Hg auf der Haut deponiert wird und wovon sicher ein Teil unausgenutzt verloren geht. Auf diese reiche Quecksilberabgabe sind auch die günstigen Heilresultate der Merkolintschürzen zu beziehen. SCH.

TISSIER (Paris): **Répartition des microbes dans l'intestin du nourrisson.**

Verf. hat schon in einer früheren Arbeit die Darmflora des Säuglings unter normalen und pathologischen Verhältnissen studiert. In der vorliegenden Mitteilung („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 19, pag. 109) berichtet er namentlich über die Verteilung der gefundenen Bakterienarten in den verschiedenen Abschnitten des Verdauungstraktes. Die Mikroorganismen, welche die Darmflora des Säuglings bilden, können aus allen Partien des Magendarmkanales isoliert werden, verteilen sich aber nicht überall in der gleichen Zahl. Wenig zahlreich im Magen, werden sie im Duodenum und in den oberen Partien des Dünndarmes sehr spärlich, um progressiv im Ileum, Zökum und Rektum zuzunehmen, woselbst ihre Zahl ihr Maximum erreicht. Die Ursache dieser Veränderung liegt in einem sterilisierenden Vorgange im Duodenum, der wohl schon lange vermutet wurde, jetzt aber als bewiesen angesehen werden kann. Die sterilisierende Eigenschaft des Duodenalsekretes, die stärkere oder geringere Vermengung des Darminhaltes mit Sauerstoff, sowie stärkere oder geringere fermentative Fähigkeiten der Bakterien stellen den Schlüssel für ihre Verteilung im Säuglingsdarm dar. Dr. S.

EDMOND et ETIENNE SERGENT (Paris): **Etudes epidémiologiques et prophylactiques du paludisme en Algérie en 1904.**

Neuerdings berichten die Verff. über den Erfolg ihrer Maßnahmen zur Bekämpfung und Prophylaxe der Malaria („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 19, pag. 129). Auch die neuerlichen Versuche zeigen, daß sich durch geeignete Maßnahmen ein Schutz gegen die Malaria erzielen und die Zahl der Erkrankungen auch in äußerst gefährdeten Gegenden beträchtlich herabdrücken läßt. Dabei ist am meisten Gewicht auf den mechanischen Schutz gegen die Anophelen (durch entsprechende Vorrichtungen an den Fenstern und Türen der Häuser) und auf die Chinindarreichung an die Bewohner zu legen. Gegebenen Falles werden natürlich auch andere Maßnahmen (Bekämpfung der Anophelen und ihrer Larven durch Petrolisierung) in Betracht zu ziehen sein, falls sie unter den bestehenden Verhältnissen durchführbar sind. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Einen Beitrag zur **Therapie des Bronchialasthmas** liefert BERTRAM („Zentralbl. f. i. Med.", 1905, Nr. 5). Er untersuchte das bekannte Geheimmittel gegen Asthma von NATHAN TUCKER. In diesem sind in wässeriger glyzerinhaltiger Lösung Natriumnitrit (4%), Atropinsulfat (fast 1%) und ein nicht näher bestimmtes Pflanzenextrakt enthalten. Das Mittel wird mit einem sinnreich konstruierten Zerstäubungsapparat während einer Dauer von 3 Minuten in die Nase gestäubt. Bei einer Zerstäubung werden verbraucht 0·00012 *g* Atropin und 0·00048 *g* Natriumnitrit. — Natriumnitrit und Atropin sind erprobte Mittel gegen Asthma; sie wirken in dem TUCKERschen Präparat besonders durch ihre Einführung in feinster Verteilung in die Luftwege. Eine bedeutend billigere Verordnung ist nach BERTRAM folgende:

Rp. Atropini sulfurici . . . . 0·15
Natrii nitrosi . . . . 0·6
Glycerini . . . . 2·0
Aqu. dest. . . . . 15·0
MD. in vitro fusco S. mit dem TUCKERschen Apparate drei Minuten lang zu zerstäuben und einzuatmen.

— Zur **Behandlung des akuten Schnupfens** empfiehlt HENLE („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 6) eine Methode, die er an sich und an 4 Personen mit Erfolg erprobt hat. Es handelt sich hierbei um die Anwendung der BIERschen Stauung am Kopfe. Die Stauungsbinde wird um den Hals gelegt, und die Stauung ist 2—3 Stunden nacheinander anzuwenden. Zu starke Konstriktion des Halses wird durch Gebrauch des von HENLE angegebenen Hohlschlauches vermieden. Letzterer erlaubt eine genaue Dosierung der Stauung. Der an den Extremitäten erforderliche Druck von 50 bis 60 *mm* Hg wird am Halse nicht vertragen; man erreicht jedoch schon mit 25 *mm* Quecksilber eine genügende venöse Stauung.

— In der **Pertussistherapie** hat FRAENKEL („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 6) unter anderem auch Veronalschokoladetabletten mit Erfolg benutzt. Dieselben gelangen jetzt in Stärke von 0·06 und 0·1 — jede Tablette durch eine Rinne in zwei Teile zerlegt — in den Handel. Mit diesen Tabletten hat FRAENKEL 28 Fälle mit dem gleichen Erfolg behandelt. Gewöhnlich ließ er bei Kindern unter 4 Jahren die Tabletten zu 0·06, und zwar drei- bis viermal täglich eine halbe Tablette, eingeben, mit genauer Berücksichtigung einer etwas schmalen, leichten Diät im Anfang. Am besten wurden die Tabletten eine halbe Stunde nach dem ersten Frühstück, dann eine bis 1½ Stunde vor den Mahlzeiten vertragen, die letzte halbe Tablette vor dem Schlafengehen. Bei ganz kleinen Kindern bis zum zweiten Lebensjahre kam man mit 1—1½ Tabletten



in den genannten Abschnitten aus. Nach 2 Tagen schon konnte Verf. mit der Dosis auf drei halbe, nach weiteren 2—3 Tagen, wenn die Anfälle seltener und leichter geworden waren, auf zwei halbe herabgehen. Schließlich bekam der kleine Patient 3—4 Tage lang nur noch abends eine halbe Tablette.

— Die **Therapie der akuten entzündlichen Mittelohrerkrankungen** zerfällt nach ESCHWEILER („Med. Klinik", 1905, Nr. 5) in eine symptomatische und eine kausale. Symptomatisch ist, in erster Linie die Ventilation des Mittelohrs wieder herzustellen; dies erfolgt am besten mittelst des POLITZERschen Verfahrens. Die Lufteintreibung wird fünf- bis sechsmal wiederholt und täglich vorgenommen, bis ein besserer objektiver Befund und die Abnahme der subjektiven Beschwerden eine seltenere Vornahme der Luftdouche erlauben. Die kausale Therapie ist in sehr vielen Fällen nicht mehr anzuwenden, falls nämlich die Patienten erst dann in unsere Behandlung kommen, wenn der entzündliche Prozeß in Nase oder Rachen schon abgeheilt ist und nur noch in Tuben- und Mittelohrentzündung besteht. Eine Behandlung der erkrankten Tuben- und Mittelohrschleimhaut ist beim akuten Katarrh nicht angezeigt; sie würde nur erhöhten Reiz setzen. Dagegen empfiehlt es sich, in die Nase des Kranken ein nicht reizendes antiseptisches Pulver einzublasen, welches bis in den Nasenrachenraum vordringt und die Tubenmündung bestäubt; Verf. empfiehlt hierzu das fein verstäubbare und schwer lösliche Aristol. Liegen organische Veränderungen dem Katarrh zugrunde, so tritt die kausale Therapie in ihre Rechte. Es werden die Wucherungen im Nasenrachenraum entfernt, die hypertrophierten hinteren Muschelenden abgetragen usw.

— Über **Quecksilberwirkung** berichtet v. DÜRING („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 11). Er kommt darauf zurück, daß durch SCHADE Versuche angestellt werden sind, welche die indirekte Quecksilberlösung in neuem Lichte erscheinen lassen. SCHADE hat nachgewiesen, daß Metalle wie Quecksilber, Platin, Gold, Silber, Eisen, Mangan, Kupfer, Aluminium als Sauerstoffüberträger im Sinne der Katalyse eine Blaufärbung der mit Terpentin zusammengebrachten Guajaktinktur bewirken. Wenn man Guajakol oder 10%ige wässerige Naphthollösung mit Terpentin zusammenbringt, wird nur sehr langsam die Oxydation eingeleitet; fügt man dagegen die oben genannten Metalle in Pulver hinzu, so erhält man sofort eine deutliche Oxydationsbeschleunigung. Nimmt man statt Terpentin Wasserstoffsuperoxyd, so tritt das gleiche ein. SCHADE nimmt nun an, daß es sich hier um elektrische Ladungserscheinungen der Metalle handelt, welche sämtlich in dem gleichen, die Sauerstoffüberwanderung unterstützenden Sinne für die Metallkatalyse wirken. Und so sieht er auch die Wirkung des Hg auf die Gewebe als eine katalytische an. Je feiner verteilt das Hg ist, desto schneller tritt die Katalyse ein; eine minimale Menge von Hygrol (zelloidalem Quecksilber) in Wasser (1 : 1000) bewirkt schon in wenigen Minuten die Blaufärbung. Auch soll Quecksilberdampf in nachweisbaren Mengen sich in Wasser lösen können. Nach diesen Versuchen kommt auch den Salzen der Metalle und ihren Albuminaten die Eigenschaft katalytischer Oxydationsbeschleunigung zu. Auch dem Jodkali und anderen Jodverbindungen soll die Fähigkeit katalytischer Oxydationsbeschleunigung zukommen.

— Der **Nutzwert des Fleischsaftes** erhellt aus den Angaben von MARCUSE über Puro („Heilkunde", 1905, Nr. 2). Für die Anwendung desselben ergibt sich eine weite Reihe von Indikationen teils bei primären Konstitutionsanomalien und Konsumptionsprozessen, teils bei sekundären Dyskrasien und Folgezuständen. In erster Beziehung sind es vor allem idiopathische Anämien und Chlorosen, maligne Kachexien, tuberkulöse Affektionen, wo seine Darreichung am Platze ist, in zweiter die mannigfachen Erkrankungen des Magens und Darmes, die mit Anorexie, Erbrechen und ausgesprochener Dyspepsie einhergehen, Anämien nach starken Blutverlusten, Nahrungswiderwille und Appetitlosigkeit bei der Neurasthenie, Hysterie etc., alle Zustände und Stadien der Rekonvaleszenz. Auch Kinder und selbst Säuglinge vertragen den Fleischsaft ausgezeichnet, verdauen ihn gut und zeigen eine rasch bemerkbare Verbesserung des Appetits und des Kräftezustandes. Säuglinge und kleine Kinder erhalten ihn teelöffelweise mit Zucker versüßt, eventuell auch als Klysma. Die gewöhnliche Darreichungsform des Puro, auf Brot gestrichen oder in Milch, Bouillon, Wein verrührt oder als Zusatz zu Suppen, Fleisch und Gemüsen, hat eine Erweiterung dadurch erfahren, daß der letztere Autor mit Fleischsaft übergossene Eisstückchen zur Einverleibung empfahl. Dieses Verfahren hat der Darsteller des Puro zur Grundlage eines Rezeptes für die Bereitung von Fleischsaft-Gefrorenem gemacht, das in einer Reihe von speziell dyspeptischen Zuständen als Erfrischungs- wie Nährpräparat gereicht werden kann.

— Das **Laktagol** wird aus Baumwollsamen hergestellt. J. VARGES hat dasselbe („Med. Klinik", 1905, Nr. 10) dreimal täglich teelöffelweise gegeben. Die Untersuchungen wurden in der Weise ausgeführt, daß Verf. den Stickstoffgehalt nach KJELDAHL, den Fettgehalt mit der GÄRTNERschen Zentrifuge, den Milchzuckergehalt nach SOXHLET, Trockensubstanz und Mineralstoffe in bekannter Weise nach den Vorschriften „der Vereinbarungen" bestimmte. Die Untersuchungen lehrten, daß die Laktagolgabe in charakteristischer Weise den Fettgehalt über 100%, den Eiweißgehalt der Frauenmilch über 60% erhöhte, in ähnlicher, indes höherer Weise, wie es BECKMANN bei Versuchskühen feststellte, daß ferner durch die Laktagolgabe eine minderwertige Muttermilch eine gute, nahrhafte Zusammensetzung erhielt, unter gleichzeitiger reichlicher Milchsekretion aus beiden Milchdrüsen, daß schließlich durch die Laktagolgabe die verschiedenartige Beschaffenheit in der Zusammensetzung der Nährstoffe der Milch beider Brustdrüsen gleichmäßig und günstig für die Gesamternährung ausgeglichen wurde.

— Dem **Liquor aluminii acetici** setzt LUDWIG („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 14), um denselben haltbarer zu machen, nach dem Vorgange VÖRNERs Acidum boricum bei, und zwar nach der Formel:

Rp. Liqu. alum. acet. . . . . 10·0
Acid. boric. . . . . 2·0
Aq. dest. ad . . . . 100·0

oder:

Rp. Liqu. alum. acet. . . . . 10·0
Sol. acid. boric. (3%) . . . . 90·0

— Das **Sorisin** ist nach den Erfahrungen POLLAKS („Wiener klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 12) ein ausgezeichnetes Stomachikum, nicht nur für Tuberkulöse, sondern auch für skrofulöse Kinder. Es ist ein sehr gutes Expektorans, sowohl für Tuberkulöse wie auch für Bronchitiker, Asthmatiker. In vielen Fällen beeinflußt Sorisin die Nachtschweiße günstig. In manchen Fällen kann es auch die Herabsetzung der Temperatur bei Fiebernden bewirken. Das Sorisin verursacht fast in allen Fällen eine ansehnliche Körperzunahme, die nach MENDELSSOHN auf tatsächlicher Verbesserung der Blutmischung beruht. Es ist ein Kreosotpräparat mit allen therapeutischen Effekten des Kreosot ohne irgend eine der ungünstigen Nebenwirkungen desselben.

— Die **operative Behandlung der Zystenniere** bespricht STAUDER („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 5). Er fand: Einseitige und beiderseitige Zystenerkrankung untersteht für gewöhnliche Fälle ausschließlich der internen Behandlung, welche mit der der Schrumpfniere übereinstimmt. Der Chirurg hat das Recht, zur Entfernung einer großen Zystenniere zu schreiten, wenn die Folgezustände der Raumbeengung (Dyspnoe, Schmerzen) sehr groß und aufreibend sind, eventuell starke Hämaturien den Zustand verschlimmern, sodann wenn sich eine Erkrankung der anderen Niere noch nicht nachweisen läßt. Der Chirurg hat die Pflicht, zur Operation der Zystenniere zu schreiten, wenn es sich um lebensgefährliche Zustände, insbesondere Vereiterung der Zysten handelt, wenn die Erkrankung der anderen Niere noch nicht nachweisbar oder wenn die andere Niere nur leicht erkrankt ist.

— Das homogene **Pflanzeneiweiß Tutulin** ist nach dem XIII. Jahresberichte des Vereines Heilanstalt Alland in der genannten Anstalt bei mangelhaftem Ernährungszustande und verminderter Appetenz in einer größeren Anzahl von Fällen in Anwendung gebracht worden, und zwar immer mit gutem Erfolge. Es hatte fast immer einen merkbaren Einfluß auf die Gewichtszunahme und den Appetit. In einem Falle vollkommener Appetitlosigkeit, hochgradiger Abmagerung bei unausgesetzter quälender Gastralgie, der wegen absoluter Intoleranz gegen jede auf dem natürlichen Wege zugeführte Nahrung zur ausschließlichen Ernährung per clysma zwang, erzielte man durch die rektale Ernährung mit Tutulin einen ganz zufrieden-

stellenden Erfolg, indem während der 14tägigen, ausschließlich rektalen Ernährung keine Gewichtsabnahme eintrat, ein Beweis für die gute Resorbierbarkeit des Präparates.

— Den Einfluß von **Exstirpationen der Thymusdrüse** auf den Organismus erörtert FISCHL („Zeitschr. f. experiment. Path. u. Therap.“, Bd. 1). Er ist auf Grund seiner Thymusexstirpationen bei jungen Ziegen, Hunden und Kaninchen zur Ansicht derjenigen Autoren gelangt, welche die gelungene experimentelle Beseitigung dieser Drüse als einen für die Gesundheit und Entwicklung der Tiere belanglosen Eingriff bezeichnen. Wachstumshemmende Wirkungen, trophische Störungen oder rachitogene Wirkungen dieses Eingriffs hat er nicht beobachten können; er muß daher auch einen retardierenden Einfluß auf die Heilung künstlich gesetzter subkutaner oder komplizierter Frakturen auf Grund seiner Versuche ablehnen.

Literarische Anzeigen.

Pathologische Physiologie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Von **Dr. Ludolf Krehl**, o. Professor und Direktor der medizinischen Klinik in Straßburg. Dritte, neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel.

Bei der Neubearbeitung seines rasch zu großem Ansehen gelangten Buches, ohne das eine medizinische Bibliothek heute gar nicht mehr denkbar ist, hat der hochverdiente Autor den Fortschritten unserer Wissenschaft in seiner meisterlichen, tiefen Weise Rechnung getragen. Aus diesem Bestreben ist u. a. das Kapitel „Über Infektion und Immunität“ hervorgegangen. Doch auch in den mit den früheren Namen versehenen Abschnitten ist — teils mit Literaturangaben, teils ohne Namennennung — alles Wichtigere aus den letzten Jahren berücksichtigt und trefflich dargestellt worden. Mehrere aus der früheren Auflage mit herübergenommene Druckfehler werden sich künftighin wohl vermeiden lassen. BRAUN.

Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. Von **Samuel Goodwin Gant**, M. D.; L. L. D.; Prof. der Chir. des Rektums etc. Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Aus dem Englischen nach der II. Auflage des Originals übersetzt von Dr. A. ROSE (New-York). Mit 37 Tafeln und 212 Illustrationen im Text. Zweiter Halbband. München 1904, Seitz & Schauer.

In diesem Buche hat Verf. seine langjährigen Erfahrungen, die er als Professor der Chirurgie des Rektums gewonnen hatte, niedergelegt und schildert die Behandlung der Hämorrhoiden, sowie der benignen und malignen Geschwülste des Mastdarmes. Außerdem sind noch einige kleinere Kapitel der Mastdarmchirurgie besprochen. Das Buch, das viel persönliches Gepräge aufweist, ist mit zahlreichen instruktiven Illustrationen und farbigen Tafeln versehen. Zum Schlusse trachtet Verf. auf Grund von großen statistischen Zusammenstellungen den Nachweis zu liefern, daß das Eisenbahnfahren einen wichtigen ätiologischen Faktor für die Entstehung der Mastdarmkrankheiten darstellt. E.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

IV.

CASPER (Berlin): **Rückblick auf die Nierenchirurgie seit Einführung des Harnleiterkatheterismus.**

Trotz der eben gehörten gegenteiligen Ansichten glaubt CASPER, daß die funktionelle Nierendiagnostik und der Ureterkatheterismus das souveräne Vorgehen zur Diagnosestellung sind. Nach seinen sehr genauen Forschungen sind bei gesunden Nieren die Resultate der Ureterkatheterisation stets annähernd gleich. Auch mit der Zuckerprobe nach Phloridzininjektion verhält es sich genau so. Bei 100 neuen Beobachtungen hat er stets Zucker gefunden mit Ausnahme von 2 Fällen, die aber ihre besondere Erklärung haben. Absolute Werte hält er wohl auch nicht für ausschlaggebend, dagegen werden Vergleichsresultate stets genauen Aufschluß geben. Auch die Zeit und die Dauer der Zuckerausscheidung ist von großem Wert. Wenn auch hin und wieder Ausnahmen von der Regel vorkommen, so ist die Methode doch im allgemeinen von großer Zuverlässigkeit. Bei 44 Nephrektomien hat er 6 Todesfälle = 13%.

PELS-LEUSDEN (Berlin): **Zur Frage der experimentellen Erzeugung der Nierentuberkulose.**

Nach einem kurzen Rückblick auf die Wege, die zur Erzeugung der Nierentuberkulose bisher eingeschlagen worden sind, berichtet Verf. über seine Versuche an Ziegen. Durch Injektion des virulenten Materials in die freigelegte Nierenarterie hat er in allen Fällen mit Ausnahme eines einzigen von Mischinfektion eine primäre Nierentuberkulose einer Niere erzeugt. In fast allen Fällen sind auch andere Organe, Lunge, Leber erkrankt, in keinem Falle die abführenden Harnwege, nur in einem Fall Prostata, Samenblasen und Vas deferens. Redner demonstriert darauf die Präparate.

Kümmell (Hamburg) verwahrt sich dagegen, daß er je einseitig eine Methode benutzt habe. Er sei ein begeisterter Anhänger des Ureterkatheterismus. Bei hunderten von Sondierungen habe er niemals einen Nachteil beobachtet, trotzdem man bei dem häufigen Mangel an jeem sicheren Hinweis auch oft die gesunde Niere sondiert habe. Sein Vorgehen ist im wesentlichen so: Wenn beide Seiten erkrankt sind und der Gefrierpunkt so niedrig ist, daß an eine Radikaloperation nicht gedacht werden kann, dann macht er die Nephrotomie und Tamponade, wartet, bis die andere Niere sich erholt hat, was durch Erhöhung des Gefrierpunktes angezeigt wird, und schließt dann nachträglich die Exstirpation an. Bei den Fällen, wo der Ureterkatheterismus nicht möglich ist, wird die wahrscheinlich erkrankte Niere freigelegt, wenn der Gefrierpunkt niedrig und eine schwere Zerstörung der freigelegten Niere zu konstatieren ist, wird nur die Nephrotomie, nach Erholung nachträglich die Ektomie gemacht. Bei schwerer Zerstörung und normalem Gefrierpunkt wird sofort die Exstirpation vorgenommen. Seine Resultate — die er in Tabellen wiedergibt —, sprächen nur für die Gefrierpunktsbestimmung. Er verfahre aber auch sehr sorgfältig dabei, lasse stets von mehreren Herren mehrfache Untersuchungen vornehmen, weil leicht Irrtümer unterlaufen können. Er hält fest daran, daß bei einem Gefrierpunkt unter 0·6 nicht exstirpiert werden dürfe. Zweimal ist gegen seine Methode ohne sein Einverständnis gesündigt worden und beide Male der Tod an Insuffizienz eingetreten.

Kapsammer (Wien) hält die Kryoskopie des Harnes für unnötig für die Praxis, die Harnstoffbestimmung für durchaus ausreichend. Bei der Kryoskopie des Blutes hat auch er in verschiedenen Fällen absolut irrige Resultate trotz genauester Untersuchung erhalten. Dagegen hält er die Methylenblaumethode für wertvoll bei doppelseitigem Ureterenkatheterismus. Die Phloridzinmethode aber hat ihn mit Berücksichtigung der Zeit des Auftretens des Zuckers in 130 Fällen niemals im Stich gelassen.

Völcker (Heidelberg) glaubt, daß wichtig für die Beurteilung der Funktion der Nieren nur die Resultate einer den Nieren gestellten, ganz bestimmten sekretorischen Aufgabe sind. Hier hat man in der Indigkarminmethode mit und ohne Ureterkatheterismus eine wertvolle Maßnahme zur Bestimmung der Arbeitsgröße der Nieren, besonders, da diese Methode mit den Resultaten der Harnstoffbestimmung stets parallel geht.

Cohn (Königsberg) legt Wert auf besonders exaktes Vorgehen bei der Gefrierpunktsbestimmung. Er verlangt, daß ihre Fehlergrenzen bestimmt werden. Der Grad der Kältemischung, die Umgebung der zu untersuchenden Lösung mit einem Luftmantel, das Ablesen der Skala mit der Uhr in der Hand, das und noch mehr sind Dinge, die, um vor Irrtümern zu schützen, streng beobachtet werden müssen.

Ernst R. W. Frank (Berlin) bricht eine Lanze für die Segregation in der Blase, vor allem bei den von allen anerkannten Fällen von Unmöglichkeit des Ureterenkatheterismus. Ausgeschlossen ist die Separation natürlich bei den Fällen von Erkrankung der ganzen Blasenschleimhaut. Bei der Messung der Arbeitsleistung beider Nieren legt er Wert auf gleichzeitige Messung beider Organe und erweist auf Grund einer Reihe von vergleichenden Untersuchungen, welche mit dem Separator sowie mit Ureterenkatheterismus an den gleichen Personen zu analogen Tageszeiten und unter genau gleichen Ernährungsverhältnissen an verschiedenen Tagen vorgenommen wurden, daß durch den Ureterenkatheterismus die Nierenarbeit, gemessen an der Menge sowie der chemischen Zusammensetzung des gewonnenen Urins, sehr viel wesentlicher nach der polyurischen Seite beeinflußt wird als durch die Separation.

Rumpel (Hamburg) betont noch einmal die absolute Zuverlässigkeit der Kryoskopie von Blut und Harn. Natürlich sei es grundfalsch, bei normalem kryoskopischem Befunde auf gesunde Nieren zu schließen. Normale Zahlen sind nur ein Zeichen, daß noch genug funktionstüchtiges Parenchym vorhanden ist.

Kocher (Bern) legt dem Harnseparator für viele Fälle einen gewissen Wert bei.

Nicolich (Triest) hat von 1898 bis heute 35 Nephrektomien ausgeführt mit 6 Todesfällen (17·1%), und zwar 18mal wegen Tuberkulose mit 5 Todesfällen (27·7%), 13mal wegen Nephrolithiasis mit 1 Todesfall (7·7%), 4mal wegen anderen Nierenaffektionen. 2 Fälle starben wegen Niereninsuffizienz, 1 Fall an Sepsis, 2 an Tuberkulose, 1 Fall wegen Thrombose der rechten Arteria renalis und Embolie der Arteria iliaca dextra mit konsekutiver Gangrän der unteren Extremität. NICOLICH hält es für nötig, eine Harnscheidung vorzu-

nehmen und gebraucht dazu hauptsächlich den Katheterismus der Ureteren und die Nierenmassage mit gleichzeitiger Kompression des Ureters der anderen Seite. Er glaubt, daß man auch ohne Methylenblau- und Phloridzinprobe auskommen könne. Die Dauerresultate bei seinen Operierten waren ebenfalls günstige; eine Frau, wegen Nierentuberkulose operiert, ist geheilt und die Heilung besteht seit 5 Jahren. 3 Kranke starben 1—2 Jahre nach der Operation an allgemeiner Tuberkulose.

Barth (Danzig) ist der Meinung, daß die funktionelle Nierendiagnostik uns das Gefühl großer Sicherheit gibt.

Strauss (Frankfurt a. M.) gibt einige einschlägige Fälle aus seiner Praxis.

Gözl (Prag) spricht über einige Tierversuche zur Erzeugung von Nierentuberkulose nach Einspritzung in die Ohrvene.

In einem Schlußwort führt Rovsing gegen Kümmell und Rumpel Beispiele aus ihren eigenen Abhandlungen an, die irreleitend gewesen wären. Er glaubt überhaupt, daß wir mit den künstlichen Methoden in ein fremdes Gebiet gelangt sind, daß die Physiologen über die Schlußfolgerungen, die wir aus den funktionellen Methoden ziehen, lachen werden. Er ist für vollkommene Verwerfung der Kryoskopie, Harnstoff- und Phloridzinprobe sind bei positivem Resultate noch zu brauchen. Die Harnsegregation soll nie ohne Zystoskopie gemacht werden; man kann doppelseitig Tuberkelbazillen bekommen und falsche Schlüsse auf doppelseitige Nierentuberkulose machen. Besonders Front muß er gegen die Mortalitätsstatistik machen, erste Rücksicht sei auf den Patienten zu nehmen, nicht auf die Statistik der Ärzte. Der funktionellen Diagnostik muß er in diesem Sinne den Vorwurf machen, daß sie, indem sie noch am Leben zu erhaltende Patienten von der Operation ausschließt, die Statistik wohl verbessert, den leidenden Menschen aber schadet.

J. Israel (Berlin) betont noch einmal, daß unser Handeln stets subjektiv bleiben wird.

Lauenstein (Hamburg) tränkt die Verbandstoffe, **um das Ankleben derselben an die Granulationen von Höhlenwunden zu vermeiden,** mit Paraffinum liquidum sterilisatum.

Kümmell (Hamburg): **Operative Heilung der eitrigen Meningitis.**

Redner berichtet über zwei einschlägige Fälle. Der erste Fall betraf einen Mann, der durch Fall von der Bahn eine schwere Verletzung erlitten hatte. Durch breite Aufmeißelung des Hinterhauptbeins hat er hier, bei dem zweiten Fall, einem 12jährigen Mädchen mit Zerebrospinalmeningitis, durch Aufmeißelung des Zervikalkanals Heilung erzielt. Bei tuberkulöser Meningitis ist sein operatives Vorgehen ohne Erfolg geblieben. Er glaubt, daß man berechtigt ist, an die Fälle von eitriger Meningitis mehr aktiv heranzugehen.

---

22. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

V.

Gerhardt (Erlangen): **Beitrag zur Lehre von der Mechanik der Klappenfehler.**

Vortr. berichtet über experimentelle Untersuchungen, welche die Frage zu beantworten suchen, wie hoch bei Klappeninsuffizienz des Herzens der Druck in den oberhalb der Läsion gelegenen Herzteilen ansteigt. Es ergab sich, daß bei Insuffizienz der Atrioventrikularklappen, die teils durch Überdehnung des Ventrikels (durch Kompression der Aorta), teils durch mechanische Zerstörung der Klappen erzielt wurde, der Vorhofdruck zwar beträchtlich ansteigt, aber doch sehr viel niedriger bleibt, als der Ventrikeldruck. Bei Trikuspidalinsuffizienz wurde als Maximum Ansteigen bis auf etwa die Hälfte, bei Mitralinsuffizienz bis auf etwa $^1/_4$ des Ventrikeldruckes beobachtet. Versuche an Tieren mit künstlich erzeugter Insuffizienz der Aortenklappen ergaben, daß der Ventrikeldruck zu Beginn der Herzdiastole ebenso wie in der Norm zu negativen Werten absinkt. Sie bilden damit, wenigstens für Insuffizienzen mittleren Grades, eine Stütze der alten, neuerdings mehrfach angezweifelten Lehre, daß reine Aorteninsuffizienz nur den linken Ventrikel, nicht aber die übrigen Herzabschnitte, stärker belaste.

An der Diskussion beteiligten sich **Volhard** (Gießen), **Naunyn** (Baden-Baden) und **Moritz** (Gießen). Letzterer wies darauf hin, daß eine Mitralinsuffizienz zweifellos kompensiert werden könne, ohne daß der Pulmonalkreislauf beeinflußt würde.

Hering (Prag): **Beobachtungen am künstlich wiederbelebten menschlichen Herzen.**

Hering hat 11 Stunden nach dem Tode ein Herz wiederbelebt mit Hilfe der Durchspülung des Koronarkreislaufes mit Ringerscher Flüssigkeit. Das Herz schlug noch $3^1/_2$ Stunden. Die Vorhöfe arbeiteten stets dissoziiert von den Ventrikeln und häufiger als letztere. Die Ventrikeltätigkeit war automatisch. Aus allen Beobachtungen, die Hering an diesem Herzen machen konnte, ging hervor, daß das menschliche Herz sich ganz so verhält wie das des Säugetiers.

Beneke (Hamburg) teilt mit, daß er schon früher diese Beobachtungen an dem Herzen eines enthaupteten Menschen gemacht habe.

Schott (Nauheim) bemerkt, daß auch klinisch ein synchrones Arbeiten der beiden Ventrikel, wie beim Tier, so auch beim Menschen angenommen werden müsse.

Hofbauer (Wien): **Über nervöse Tachypnoe.**

Alle Fälle von Tachypnoe, bei denen die Untersuchung von Herz und Lungen keinen genügenden Grund für die Atembeschleunigung auffinden ließe, wurden bisher als funktionell bedingt aufgefaßt. Das hängt wohl damit zusammen, daß man fast ausnahmslos lediglich die Frequenz zählte, die Form der Atmung aber nicht berücksichtigte, keine Kurve aufnahm, wie dies bei der Beobachtung der Pulsabnormitäten geschieht. Bei graphischer Darstellung der Atembewegungen läßt sich feststellen, daß die Tachypnoe in einer ganzen Reihe von Fällen mit organischen Erkrankungen zusammenhängt, erstlich des Nervensystems, zweitens der Geschlechtsorgane. Das klassischeste Beispiel dieser Art ist die Tachypnoe der an M. Basedowii Leidenden. Sie findet sich in fast allen Fällen und hat dabei so ausgesprochene Charakteristika, daß man auf Grund dieser Kurve allein die Art der Atemstörung diagnostizieren kann. Ebenso bieten die Fälle von Sexualasthma Eigentümlichkeiten, welche sie von den durch Hysterie bedingten Atemstörungen unterscheiden lassen.

Mohr (Berlin): **Untersuchungen über die Blutzirkulation anämischer Individuen.**

Die experimentellen Untersuchungen über den Stoffwechsel anämischer Menschen haben bisher keine Tatsache ergeben, wonach die Annahme einer generellen Herabsetzung der Gesamtoxydation oder einer generellen Änderung im Stoffwechsel einiger Komponenten (Eiweißfettstoffwechsel etc.) gerechtfertigt wäre, vielmehr hat sich gezeigt, daß der gesamte O_2-Verbrauch und die CO_2-Produktion normal ist, sogar erhöht sein kann, und daß auch eine Vermehrung des Eiweißumsatzes oder sonstige pathologische Abweichungen (Auftreten intermediärer Stoffwechselprodukte), die in Analogie mit anderen Erfahrungstatsachen aus der Pathologie als Folge von Sauerstoffmangel im Organismus gedeutet werden könnten, nur ausnahmsweise auftreten. Wo sie vorhanden sind, dürfte höchstens die Annahme gerechtfertigt sein, daß es sich hier um speziellen lokalen Mangel an O_2 handelt. Diese Tatsachen einerseits, die zweifellos vorhandene Herabsetzung des O_2-Gehaltes im anämischen Blut andrerseits erfordern die Annahme, daß im anämischen Organismus Ausgleichsvorrichtungen vorhanden sein müssen, die den normalen Ablauf der Stoffwechselvorgänge garantieren. Diese können gegeben sein im Verhalten des Hämoglobins, in der Ausnutzung des O_2 in den Kapillaren und in Veränderungen der Zirkulation. Was den ersten Punkt anlangt, so neigt der Vortragende auf Grund seiner Untersuchungen der Auffassung zu, daß die O_2-Kapazität des Hämoglobins keine konstante ist, sondern unter normalen wie pathologischen Bedingungen variieren kann. Sehr häufig findet sich gerade bei hämoglobinarmem Blute hohe Werte für das Sauerstoffbindungsvermögen. Umgekehrt hat der Vortragende bei Polyglobulie mit 28 bzw. 21 *g* Hämoglobin in 100 cm^3 Blut Werte für die O_2-Kapazität des Hämoglobins gefunden, die weit unter der Hüfnerschen Mittelzahl (1·34 cm^3 O_2 pro 1 *g* Hb) liegen. Wie wichtig alle diese Erscheinungen für die Ausgleichsvorgänge beim Anämischen sein können, beweisen zwei weitere Punkte: die vermehrte Ausnutzung des arteriellen O_2 in den Kapillaren und die vermehrte Zirkulationsgeschwindigkeit des Blutes, die experimentell nach einer von Zuntz angegebenen Methode bestimmt wurde. Manchmal kommt hinzu noch eine Vergrößerung des Schlagvolumens des Herzens als kompensierenden Faktors.

Loeb (Straßburg): **Über den Einfluß senkrechter Körperhaltung auf die Urinsekretion.**

Bei „Orthostatikern" ändert sich beim Aufstehen, abgesehen von der Eiweißausscheidung, die Zusammensetzung des Urins derart, daß relativ weniger NaCl ausgeschieden wird, der Korányische Quotient also ansteigt. Daraus wird auf das Eintreten einer venösen Nierenhyperämie beim Aufstehen geschlossen.

Baer (Straßburg): **Bedeutung des Serums für die Autolyse.**

Serum- oder Lymphezusatz bringt auf die Leberautolyse eine bedeutende Hemmung hervor. Diese Hemmung ist eine Funktion des Albumins, während natives Globulin sie beschleunigt. Unter pathologischen Verhältnissen können Fermente oder Serum verändert sein.

Umber (Altona) weist auf seine früheren Beobachtungen über autolytische Vorgänge in Exsudaten hin. Umber hatte damals besonders eiweißreiche Exsudate gewählt für seine autolytischen Untersuchungen, und zwar von



Kranken, die Tumoren zweifelhafter Natur im Leibe hatten. Bei späterer Obduktion der Fälle UMBERS hat sich nun herausgestellt, daß zufälligerweise beide Aszitesfälle, an denen die Autolyse seinerzeit im Leben nachgewiesen worden war, maligne metastasierende Tumoren karzinomatösen Charakters betrafen. Es scheint, daß der autolytischen Eigenschaft des Aszites differentialdiagnostische Bedeutung zukommt.

TURBAN (Davos): **Demonstration mikroskopischer Präparate von Tuberkulose. 1. Tuberkelbazillen: Körner und Hüllen. 2. Elastische Fasern: Doppelfärbung und Fettorganisation. 3. Tuberkulose und Krebs.**

1. Durch Behandlung mit heißem alkalischen Karbolfuchsin gelingt es, Tuberkelbazillen im Sputum und alten Kulturen lückenlos zu färben. Dabei zeigen sich besonders reichlich die bekannten kugligen Körner, wahrscheinlich Vorläufer einer beim Tuberkelbazillus nicht zur Entwicklung kommenden Sporenbildung. Mit DELAFIELDS Hämatoxylin läßt sich am Tuberkelbazillus in sehr alten Reinkulturen eine Hülle nachweisen. 2. Doppelfärbung von Tuberkelbazillen und elastischen Fasern in Sputum wird erreicht durch Behandlung mit Karbolfuchsin, salzsaurem Alkohol und WEIGERTscher Färbung. In frischen Präparaten von tuberkulösem Sputum ohne jeden Zusatz zeigen die elastischen Fasern nicht selten die von ENGEL als Fettorganisation beschriebenen, wahrscheinlich von verkästen Zellen herrührenden Auflagerungen. 3. In einem Falle gleichzeitigen Bestehens von Lungentuberkulose und primärem Lungenkrebs konnten Tuberkel und Krebsnester in unmittelbar aneinander grenzenden Alveolen nachgewiesen werden.

Notizen.

Wien, 20. Mai 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Dr. PEHAM aus der Klinik CHROBAKS einen Fall von vollständiger kongenitaler Atresie der Vagina vor, welch letztere einen ca. 1½ *cm* langen Blindsack darstellt. Die Anomalie geht wahrscheinlich mit Hypoplasie des inneren Genitales einher. — Hierauf demonstrierte Reg.-Rat Prof. LORENZ eine größere Anzahl von Kindern verschiedenen Alters, bei welchen er wegen tuberkulöser Coxitis auf konservativem Wege eine knöcherne Ankylose des Hüftgelenkes herbeigeführt hat. Das funktionelle Resultat ist in allen Fällen zufriedenstellend; fast alle Kranken können stundenlang marschieren, ohne zu ermüden. Bei mehreren Kindern sind vorläufig noch vereinzelte Fistelgänge zurückgeblieben. In der Diskussion bemerkte Hofrat V. MOSETIG, daß er die Methode von LORENZ nur dann für anwendbar halte, wenn noch ein Schenkelkopf vorhanden sei, der in die Pfanne einheilen könne; sei derselbe in schweren Fällen, gleich jenen, die er selbst in der vorigen Sitzung vorgeführt, samt dem Halse zerstört, so könne Parallelstellung der Beine nicht durch Einheilung des Stumpfes in die Pfanne, sondern nur durch Apposition desselben an das Becken zwecks bindegewebiger Ankylosierung erreicht werden. Wichtig bleiben sodann vor allem die Erhaltung der queren Beckenmuskulatur und die Verhütung von Fistelbildung. Hofrat V. EISELSBERG stimmte mit Reg.-Rat LORENZ bezüglich der Prinzipien der konservativen Behandlung der Coxitis überein und bezeichnete die bei schweren Fällen von V. MOSETIG angewandte Methode als einen Fortschritt, da sie die Fistelbildung verhindere; auch er möchte auf die Erhaltung der queren Beckenmuskeln nicht verzichten. — Sodann führte Dr. K. HOCHSINGER einen durch 20 Jahre von ihm genau beobachteten Fall von hereditärer Syphilis vor und berichtete über dessen Krankheitsgeschichte. (Erscheint ausführlich in unserem Blatte.) — Prof. RIEHL demonstrierte ein 1½ Jahre altes Kind mit Keratosis diffusa congenita. Der Thorax des Kindes ist von einer dicken, in größere Platten zerklüfteten Hornschichte überzogen, welche auch Teile des Gesichtes überzieht und die normale Entwicklung der Lippen, Augenlider und Ohren gestört hat. Hofrat NEUMANN hob im Anschlusse hieran die Seltenheit des Falles hervor, zumal solche Kinder gewöhnlich in den ersten Lebensstunden zugrunde gehen. — Hofrat v. EISELSBERG stellte einen Mann vor, welcher seit der vor 15 Jahren von BILLROTH vorgenommenen Exstirpation eines Adenokarzinoms des Kolons rezidivfrei geblieben ist, ferner einen Pat., bei welchem große, nach der operativen Entfernung eines Oberkiefertumors zurückbleibende Defekte künstlich gedeckt worden sind, u. zw. der Gaumendefekt durch einen Obturator, die Einziehung der Wangengegend durch eine von Dr. HENNING angegebene hautfarbene Masse. — Zum Schlusse besprachen Dr. J. ROBINSOHN und Dr. WERNDORFF an der Hand zahlreicher Bilder eine neue Methode der Radiographie der Gelenke. Die Gelenkkapsel wird durch Injektion von sterilem Sauerstoff entfaltet, wodurch auf den Radiogrammen Knochen, Knorpel und Bänder sowie Veränderungen derselben in überraschender Deutlichkeit sichtbar werden.

(Universitätsnachrichten.) Am 17. d. M. hat der nach Wien berufene Professor der experimentellen Pharmakologie Geheimrat Dr. HANS HORST MAYER seine Antrittsvorlesung gehalten. Damit ist ein neues Universitätsinstitut eröffnet worden, das berufen erscheint, eine in Deutschland, zumal durch MAYER selbst, zu hohem Ansehen gelangte Disziplin zu fördern und zu pflegen. — Regimentsarzt Dr. ANTON BROSCH hat sich für pathologische Anatomie, Dr. OTTO Ritter V. FÜRTH für angewandte medizinische Chemie an der medizinischen Fakultät der Universität in Wien habilitiert. — Das neue physiologische Institut der deutschen Universität in Prag ist am 6. d. M. in feierlicher Weise eröffnet worden.

(Personalien.) Der Praktiker Dr. ANTON J. AUST in Gaal hat vor wenigen Tagen sein 50jähriges Jubiläum als Arzt gefeiert. — San.-Rat Dr. WÜRZBURG in Berlin ist zum Regierungsrate und ordentlichen Mitgliede des kaiserlichen Gesundheitsamtes ernannt worden. — Der praktische Arzt Dr. WLADISLAW HARAJEWICZ hat den Titel eines kaiserlichen Rates, Zahnarzt kaiserlicher Rat Dr. EDUARD MICHAEL THOMAS-STEUERNAGEL das Kommandeurkreuz II. Kl. des dänischen Danebrog-Ordens, der Direktor der Impfstoffgewinnungs-Anstalt in Wien Dr. GUSTAV PAUL den serbischen Sava-Orden III. Kl. erhalten. — Dem Chefarzte des Militärkurhauses in Marienbad Dr. HEINRICH FLODERER sind das Offizierskreuz des bulgarischen Alexander-Ordens und das Ritterkreuz des Sachsen-Ernest. Haus-Ordens verliehen worden.

(Der Röntgen-Kongreß.) Aus Berlin schreibt man uns: Vom 30. April bis 3. Mai d. J. hat hier der Röntgen-Kongreß getagt und fast jeder einzelnen Spezialdisziplin der Medizin zu ihrem Rechte verholfen. An zwei Tagen haben medizinische Sitzungen stattgefunden, während der dritte Tag einer physikalisch-technischen Sitzung gewidmet war. Indem wir uns darauf beschränken, das Wichtigste aus dem übergroßen Programme, das bis zu seinem letzten Punkte erledigt worden ist, hervorzuheben, teilen wir Ihnen mit, daß E. V. LEYDEN in seinem groß angelegten Vortrage „Röntgenstrahlen und innere Medizin" darzulegen vermochte, in welch unerwartetem Maße die Diagnostik, zumal der Wirbel- und Rückenmarkserkrankungen, durch die Röntgendurchleuchtung gefördert worden ist. GRUNMACH (Berlin) sprach über den Nutzen der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Zirkulations-, Atmungs- und Verdauungskrankheiten, LENHARTZ und KISSLING (Hamburg) erörterten die richtige Feststellung von Krankheitsherden bei Lungengangrän. Die Nierensteindiagnose besprachen u. a. LEONHARD (Philadelphia), COWL und LEVY-DORN (Berlin) sowie ALBERS-SCHÖNBERG (Hamburg), letzterer die technischen Vorzüge der von ihm angegebenen Kompressionsblende darlegend. Die Feststellung von Ösophagus-Strikturen mittelst Wismutaufschwemmung oder Wismutkartoffelbrei und Röntgenlicht schilderten REITTER, WEINBERGER und BRAUNER (Wien), während HOFFA in lichtvoller Weise den Einfluß des Röntgenverfahrens auf die Entwicklung der Orthopädie dartat. An der Besprechung der so wichtigen Frage der Messung der Intensität der Röntgenstrahlen haben WALTHER (Hamburg), die Wiener KIENBÖCK und HOLZKNECHT, COWL (Berlin) und KÖHLER (Wiesbaden) teilgenommen. Erwähnen wir noch den strengkritischen Vortrag LASSARS (Berlin) über die Röntgentherapie bei Krebs, die durch treffliche Photographien ergänzten Ausführungen von PRIO und COMAS (Barcelona) über die Indikationen zur Röntgentherapie und die Methode IMMELMANNS der Orthoröntgenographie, welche die Darstellung überaus scharfer Herzbilder ermöglicht, schließlich ein Röntgenogramm WEINBERGERS (Wien) von einem mit Luft aufgeblähten, multiple kleine Tumoren enthaltenden Cöcum, so haben wir die bemerkenswertesten Verhandlungsgegenstände des Kongresses dargelegt, dessen Vorträge und Diskussionen sich durchwegs auf einer streng wissenschaftlichen Basis und rühmenswerten Höhe erhalten haben. — Wenn es der Raum gestatten sollte, werden wir über diesen Kongreß noch ausführlich berichten.

(Der Verein der Sanitätsbeamten in Niederösterreich) hält am Dienstag den 30. Mai 1905, um 5 Uhr nachmittags, im Hörsaale des hygienischen Universitäts-Institutes (IX., Schwarzspanierstraße Nr. 17) eine Versammlung ab. Auf der Tagesordnung stehen unter anderem Änderung der Statuten und ein Vortrag des Direktors der k. k. Impfgewinnungsanstalt: „Kritische Bemerkungen zur Vakzination unter Rotlicht."

(Die Internationale Vereinigung der medizinischen Presse), die in der vergangenen Woche unter dem Vorsitze POSNERS in Bern tagte, hat sich u. a. mit der Frage des Urheberrechtes an den Aufsätzen der medizinischen Fachpresse befaßt. Es wurde u. a. die Forderung gestellt, daß eine Arbeit in Hinkunft nicht, wie es leider vielfach geschieht, gleichzeitig in mehreren Zeitschriften gleicher oder verschiedener Sprache erscheinen dürfe. Die Vereinigung beschloß außerdem die Herausgabe eines Jahresberichtes, eines periodisch erscheinenden „Bulletins", schließlich, die amerikanische und russische Fachpresse zum Beitritte einzuladen.

(Veranstaltung ärztlicher Studienreisen.) Der Besuch der fünften Studienreise wird sich, vorbehaltlich etwaiger notwendiger Veränderungen, auf folgende Kurorte erstrecken: Gmunden, Ebensee, Ischl, Aussee, Salzburg, Reichenhall, Berchtesgaden, Hallein, Gastein, Zell a. See, Innsbruck, Brennerbad, Gossensaß, Levico, Roncegno, Arco, Riva, Gardone, Bozen-Gries, Meran. Die Reise beginnt in München am 10. September und endet in Meran am 23. September. Das vorläufige Programm wird in allernächster Zeit erscheinen und ist beim Generalsekretär Hofrat Dr. W. H. GILBERT, Baden-Baden, erhältlich.

(Die Syphilis in Rußland.) Einem Artikel über die Volksgesundheit in Rußland der „Russ. med. Rundschau" entnehmen wir geradezu erschreckende Frequenzzahlen der Syphilis im Zarenreiche. Es erkranken durchschnittlich 50% der gesamten Bevölkerung. Die Stadt Odessa zählt nicht weniger als 75.000 Syphilitiker (die Gesamtbevölkerung von Odessa beträgt ungefähr 450.000 Einwohner). In manchen Bezirken des Rjasaner Gouvernement hat fast jeder Einwohner unter dieser Krankheit zu leiden. Sogar in den sehr entfernt gelegenen Gegenden ist fast in jeder Bauernhütte ein Syphilitiker vorhanden. Die Ärzte sind außerstande, den Kampf mit dieser furchtbaren Krankheit mit Erfolg zu führen, denn Rußland hat im Durchschnitt auf einer Oberfläche von 1000 km^2 nur einen Arzt, während in England schon auf je 9 km^2 ein Arzt kommt.

(Photographisches.) Im rührigen Verlage von Wilhelm Knapp zu Halle a. d. S. sind soeben wieder zwei photographische Werke erschienen, und zwar „Die Mißerfolge in der Photographie und die Mittel zu ihrer Beseitigung" von Hugo Müller, I. Teil, Negativverfahren, und „Die photographische Retusche", ersteres Heft 7, letzteres Heft 21 der Enzyklopädie für Photographie.

(Statistik.) Vom 7. bis inklusive 13. Mai 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8409 Personen behandelt. Hiervon wurden 1795 entlassen, 214 sind gestorben (10·6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 92, ägypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 74, Scharlach 65, Masern 416, Keuchhusten 63, Rotlauf 34, Wochenbettfieber 4, Röteln 58, Mumps 23, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. —, Milzbrand 1, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 777 Personen gestorben (+ 15 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: Der ehemalige Direktor des Karolinen-Kinderspitales in Wien Dr. ANDREAS Ritter v. HÜTTENBRENNER, ein vielbeschäftigter Pädiater, am 18. d. M. im 64. Lebensjahre; in München der Obermedizinalrat Professor Dr. HILGER, ein Chemiker von Ruf, im Alter von 66 Jahren.

Dr. Victor Hammerschlag, Privatdozent für Ohrenheilkunde, wohnt jetzt IX., Alserstraße 26, ord. von ½2—¼4. Telephon Nr. 18.766.

Med. Dr. Simon Lauterstein wohnt interim. I., Jasomirgottstraße 3. Ord. 3—5. Geänd. Telephon Nr. 21.254.

Dr. Felix Turán hat seine badeärztliche Tätigkeit in Franzensbad („Prinz Wales") wieder aufgenommen.

Ein altes Volksheilmittel. Der aus den Beeren der Berberitze (Berberis vulgaris) gepreßte reine Berberitzenfruchtsaft, welcher mit kaltem Wasser gemischt, ein sehr wohlbekömmliches alkoholfreies Erfrischungsgetränk bildet, beginnt in der Zeit der Abstinenzbewegung wieder zu neuen Ehren zu kommen. Berberitzenfruchtsaft bildet, auch mit heißem Wasser gemischt, ein recht angenehm zu nehmendes, teeartiges Fruchtgetränk und wird mit Recht von ärztlicher Seite an Stelle üblicher, oft recht kostspieliger alkoholfreier Phantasiegetränke unbekannter Zusammensetzung neuerer Zeit bestens empfohlen. Ein Haupt-Depot vorzüglichen Berberitzensaftes befindet sich in Wien bei Franz Gieler, XIV., Mariahilferstraße 200 und wird von hier aus jedes Quantum eventuell ins Haus geliefert.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

M. v. Zeissl, Diagnose und Behandlung der venerischen Erkrankungen. 3. Aufl. Wien 1906. Urban & Schwarzenberg.

B. Bendix, Lehrbuch der Kinderheilkunde. Wien und Berlin 1905. Urban & Schwarzenberg.

Leo Erichsen, An der Grenze des Übersinnlichen. Straßburg 1905, J. Singer.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 25. Mai 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik SCHRÖTTER.

I. Demonstration (angemeldet: Assistent Dr. WEINBERGER: Sarkom der Schädelbasis; Dr. H. v. SCHRÖTTER: Sklerom; Dr. FLESCH). — II. Dr. JULIUS SCHLACHTA: Zur Theorie der biologischen Strahlenwirkung. — III. Dr. BAUER: Über Funktionsprüfung der Leber.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 28. Mai 1905. Nr. 22.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K: Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über Wellenbewegung pathologischer Prozesse im Sexualleben des Weibes.

Von **Professor Dr. E. Heinrich Kisch**, Prag-Marienbad.

Bekanntlich ist in jüngster Zeit von verschiedenen Gynäkologen, so Goodman, Mrs. Jacobi, v. Ott (St. Petersburg), Rabuteau, Reinl, Schichareff, eine Reihe von Tatsachen wissenschaftlich festgestellt worden, welche eine gewisse Periodizität, Wellenbewegung, der allgemeinen physiologischen Funktionen des weiblichen Organismus erweisen, die wahrscheinlich mit dem Vorgange der Ovulation im Zusammenhange steht. Das wesentlichste Resultat dieser sich auf Körpertemperatur, Blutdruck, Muskelkraft, Lungenkapazität, Stickstoffausscheidung erstreckenden Untersuchungen geht dahin, daß das Leben des Weibes in Stadien verläuft, deren Zeitlänge der Dauer einer Menstruationsperiode entspricht und jede dieser Stadien in zwei Hälften zerfällt, in denen die Lebensprozesse wie Ebbe und Flut verlaufen, daß die Energie der Funktionen des weiblichen Körpers sich vor Beginn der Menstruation steigert, dagegen unmittelbar vor oder bei Beginn der Blutung abnimmt.

Gegenüber dieser die physiologischen Lebensprozesse des Weibes betreffenden Wellenbewegung habe ich nun eine größere Zahl von Beobachtungen aufzuweisen, welche die Tatsache ergeben, daß das Auftreten gewisser pathologischer Prozesse im weiblichen Organismus eine Periodizität bekundet, welche nicht mit den einzelnen Menstruationsphasen, sondern mit den großen Geschlechtsepochen desselben in Zusammenhang steht.

Als diese drei großen Epochen des weiblichen Sexuallebens habe ich bezeichnet: Die Menarche, Geschlechtsreife, gekennzeichnet durch das Eintreten der Menstrualblutung und Erwachen des Geschlechtstriebes, die Menakme, Geschlechtshöhe des vollentwickelten Weibes mit der Funktionsübung der Begattung und Fortpflanzung, und die Menopause, der Geschlechtsrückgang mit dem Zessieren der Menses, der allmählichen Abnahme bis zum völligen Versiegen der Geschlechtskraft und ihrer Äußerungen. In diesen Epochen spielt sich das Geschlechtsleben des Weibes nicht bloß auf dem begrenzten Gebiete des Genitale ab, sondern beherrscht alle vegetativen Prozesse, somatischen und psychischen Vorgänge und tritt in allen Lebensäußerungen, auch denen pathologischer Art, zutage.

In bezug auf die letzteren habe ich nun gefunden, daß die Wellenbewegung sich derart gestaltet, daß bestimmte pathologische Symptome, welche um die Zeit des Ersteintrittes der Menstruation in die Erscheinung treten und die Menarche beherrschen, während der Dauer der geregelten Sexualfunktion, in der Epoche der Menakme an Intensität und Häufigkeit ganz bedeutend absinken oder in gänzlicher Ebbe gar nicht mehr beobachtet werden, hingegen plötzlich um die Zeit der Klimax mit der Irregularität der Menstruation in mächtiger Flut wieder ansteigen.

Als solche der bezeichneten Wellenbewegung unterworfene pathologische Symptome habe ich bestimmte Herzbeschwerden, Dyspepsien, Psychoneurosen, chlorotische Zustände, Albuminurie und Hauterkrankungen kennen gelernt, welche derart vorkommen, daß Frauen, welche in der Pubertät an kardialen Beschwerden, an Digestionsstörungen, nervösen Erregungszuständen, chlorotischer Blutbeschaffenheit, Eiweißausscheidung im Harne, Veränderungen

des Hautorganes gelitten haben, im klimakterischen Alter mit einer nahezu gesetzartigen Regelmäßigkeit dieselben Leiden zu erdulden haben. Infolgedessen herrscht auch ein gewisser Konnex zwischen den Erscheinungen der Menarche und der Menopause bei demselben Individuum derart, daß aus dem ungetrübten oder wesentlich gestörten Allgemeinbefinden zur Pubertätszeit ein ähnlicher günstiger oder ungünstiger Verlauf des klimakterischen Wechsels prognostiziert werden kann.

Was die Herzbeschwerden betrifft, so ist die häufigste Form derselben in der Menakme bei sonst gesunden, weder sehr anämischen, noch mit einer nachweisbaren Erkrankung des Herzens oder der Gefäße behafteten jungen Mädchen ein zeitlich unregelmäßiges Auftreten von Herzpalpitationen, tachykardische Anfälle, welche ihre Abhängigkeit von den sexuellen Vorgängen dadurch bekunden, daß sie einige Zeit, Wochen, Monate vor dem ersten Eintreten der Menses in stürmischer Weise in die Erscheinung treten, in unbestimmten Perioden sich geltend machen, die erste Menstruation überdauern und kurze Zeit nach der regelmäßigen Wiederkehr derselben aufhören. Die Herzpalpitationen werden objektiv als eine Vermehrung der Zahl und Verstärkung der Kraft des Herzschlages und Spitzenstoßes, als Beschleunigung und Spannungssteigerung des Pulses wahrgenommen. Der Puls ist beschleunigt, gewöhnlich bis auf 100 und mehr Schläge in der Minute, voll, zuweilen aussetzend, zuweilen unregelmäßig. Mit den Herzpalpitationen geht die Empfindung von starkem Pulsieren in den Halsgefäßen, oft ein Schmerz in der unteren linken Interkostalgegend einher, dabei das Gefühl der Kurzatmigkeit, Lufthunger, Präkordialangst, Druck auf der Brust. Diese nervösen Herzpalpitationen treten zuweilen täglich, zuweilen in Pausen von mehreren Tagen auf, ohne jeglichen erklärenden Anlaß oder nach einem geringen Anlaß, dauern einige Minuten, auch stundenlang, kommen des Tages oder auch in der Nacht vor — während in der übrigen Zeit Herz und Arterien regelmäßig funktionieren.

Was den Grund dieser in der Menarche auftretenden Herzbeschwerden, in denen eine Veränderung am Herzen selbst nicht nachzuweisen ist, betrifft, so habe ich dafür zwei ätiologische Momente hervorgehoben. Einerseits liegt der Grund in Vorgängen der Psyche, welche sich um diese Zeit in dem kindlich empfänglichen, hochgradig sensiblen seelischen Organe abspielen. Das zur Jungfrau heranwachsende Mädchen, welches mit Staunen und Spannung, mit einem Gemische von Stolz und Scham die sichtbaren Veränderungen an seinem Körper, die äußeren Zeichen der Pubertät, das Schwellen der Brüste, das Haarkleid des Schoßes allmählich zum Vorschein kommen sieht, empfängt mächtige psychische Erregungen, welche auch auf jene komplizierten Nervenapparate einen entschiedenen Einfluß üben, welche die Herzbewegung zu regulieren haben. Es werden ganz unvermittelte Impulse zu den das Herz versorgenden Nerven geleitet, sei es, daß es hierdurch zu einer starken Erregung der beschleunigenden Herznervenfasern des Sympathikus oder zu einer Reizung der hemmenden Nervenfasern des Vagus kommt. Andrerseits ist eine lokale Ursache in den Entwicklungsvorgängen in den Ovarien und im Uterus zu suchen, durch welche ein Reiz, der Menstrualreiz, ausgeübt wird, der reflektorisch auf die Herznerven einwirkt. Die Ovarien, welche beim neugebornen weiblichen Kinde bandartige, glatte Körper von $^{1}/_{2}$—1 *cm* Länge darstellen, wachsen beim Mädchen nur langsam und erst im geschlechtsreifen Alter bekommen sie Form und Größe des ausgebildeten Zustandes von 2·5 bis 5·0 *cm* Länge, sowie erst um diese Zeit sich die Fülle von sprungreifen Graafschen Follikeln mit reifen Eiern entwickelt. Es ist wohl anzunehmen, daß durch den in der Zeit der Menarche eintretenden bedeutenden hyperämischen Zustand der Ovarien und des ganzen weiblichen Genitales reflektorisch ein Reizeingriff für die Herzbewegung und den Blutdruck geübt wird.

Dieselben Herzbeschwerden und tachykardischen Anfälle, welche so belästigend die Zeit des Ersteintrittes der Menses begleiten, treten nun bei solch disponierten Individuen wiederum in den Jahren des klimakterischen Wechsels auf, mit demselben objektiven Befunde der beschleunigten und verstärkten Herzschläge und mit denselben subjektiven Schmerz- und Angstgefühlen, nur daß hierbei noch das Empfinden von Blutwallung gegen den Kopf und von fliegender Hitze vorwiegt. Auch für diese kardialen Beschwerden der Menopause müssen die ätiologischen Momente lokal in den Genitalveränderungen und allgemein in den psychischen Vorgängen dieser Lebensperiode des Weibes gesucht werden. In ersterer Richtung handelt es sich um eine Reizung der exzitomotorischen Nervenfasern, welche mit den klimakterischen anatomischen Veränderungen im Ovarium zusammenhängen. Diesbezüglich ist besonders auf die von mir als charakteristisch für das Klimakterium nachgewiesene Hyperplasie des Eierstockstromas auf Kosten der zelligen Schichte neben regressiver Metamorphose des Graafschen Follikels zu rekurrieren. Durch diese Bindegewebswucherung werden unter bestimmten Verhältnissen der individuellen Disposition und nervösen Irritabilität die feinsten im Ovarialstroma verlaufenden Nervenendigungen gereizt und dieser Reiz auf nervöse Zentren übertragen, von denen reflektorisch eine Reizwelle auf den herzbeschleunigenden Sympathikus ausgelöst wird. Aber auch analog wie in der Menakme zur Zeit der Entwicklung des jungen Mädchens, ist auch in der Menopause das psychische Moment des alternden Weibes zu berücksichtigen, welches sich seiner sexuellen Minderbewertung bewußt wird und eine höhere Erregbarkeit der Empfindungsnerven erfährt, durch welche unter den disproportionalen Reflexaktionen auch die Tachykardie hervorgerufen wird.

Nervöse Dyspepsien treten recht häufig sowohl in der Menarche wie in der Menopause auf und bieten in beiden Geschlechtsperioden dieselben Symptome: Vorwiegend Sensibilitätsstörungen mit Druckgefühl nach dem Essen, sich zuweilen steigernd zu Übelkeit, Aufstoßen und Erbrechen als Zeichen allgemeiner Hyperästhesie der Magenschleimhaut, Appetitlosigkeit bei schwankendem Gehalte an freier Salzsäure, perverse Geschmacksempfindungen, starke Gasentwicklung und Ansammlung im Darme, verminderte peristaltische Funktion desselben und infolgedessen hartnäckige Obstipation.

Die vererbte psychopathische Anlage gibt sich ganz besonders zur Zeit des Ersteintrittes der Menstruation und in der Periode ihres Aufhörens unter ungünstigen Lebensverhältnissen oder unter dem Eindrucke von fördernden Momenten durch das Auftreten von schweren Neurosen und Psychosen kund, welch letztere kennzeichnend als Pubertätspsychosen und klimakterische Psychosen benannt werden. Bei jungen psychopathisch disponierten Mädchen wirkt der Menstrualreiz bei einem widerstandsunkräftigen psychischen Organ provozierend, besonders wenn die Menarche verzögert oder im ersten Beginn unterbrochen ist. Das eigentümliche Zusammentreffen der gestörten und verzögerten Menstrualentwicklung mit einem Verlauf in einen stürmischen Zyklus von Anfällen in abschließender vorläufiger Genesung macht nach Friedmann das Wesen dieser Psychoseanfälle aus. Diese psychischen Störungen treten aber dann vorzugsweise wieder im klimakterischen Alter auf, und zwar besonders bei solchen Frauen, bei denen als Mädchen die Anfälle von psychischen Störungen in der Pubertätsperiode vorhanden waren, aber auch ohne daß dies der Fall gewesen, wenn die Menopause ganz plötzlich wie eine Katastrophe eintrat, dann bei weiblichen Individuen mit sehr mangelhafter oder abnormer sexueller Betätigung, wie bei keusch lebenden Witwen und enthaltsamen Jungfrauen, endlich wenn Vorgänge physischer und psychischer Erschöpfung den Boden für die Entwicklung der Psychose geben.

Die psychischen Störungen zur Zeit der Menarche wie der Klimax bieten, wenn sie auch nicht als besondere spezifische Arten der Geisteskrankheiten anzusehen sind, häufig gewisse hervorstechende charakteristische Eigentümlichkeiten, und diese bestehen darin, daß zumeist die Formen der psychischen Depression mit Melancholie prävalieren und erotische Momente zur Geltung kommen. In den leichtesten Fällen bleibt das Wollen und Vorstellen intakt und es treten nur heftige Verstimmungen auf, welche an körperliche Unlustgefühle anknüpfen. Daraus entwickeln sich dann Gemütsdepression, Angstgefühle, Beeinträchtigungen des Vorstellens und Urteilens, Apathie oder gegenteilig Unruhe und Rastlosigkeit. In beiden Geschlechtsperioden tritt zuweilen ein günstiger Verlauf ein, welcher charakteristisch mit der definitiven Regelung der Menstruation in der Menarche und mit dem vollkommenen Abschlusse der Menopause zusammenfällt.

Albuminurie ist eine Entwicklungskrankheit, welche man bei chlorotischen Mädchen nicht allzu selten findet. Die Ursache dieser Pubertätsalbuminurie ist nach v. LEUBE teils perverse Blutbildung, teils ein leichter Grad von Herzinsuffizienz mit Neigung zur Stauung, indem die Blutbildung nicht entsprechend lebhaft vor sich geht und das Herz sich nicht den mit dem raschen Wachstum des Körpers an dasselbe gestellten Anforderungen durch genügend kräftige Entwicklung und gesteigerte Energie vollständig adaptiert. Für gewöhnlich reicht zwar die Herzkraft solcher Individuen aus, die Blutströmung in den Nieren flott zu erhalten; sobald aber durch stärkere Inanspruchnahme der Herztätigkeit die Zirkulationsenergie sinkt, tritt Albuminurie auf — um so leichter, weil durch Verminderung des Hämoglobingehaltes des Blutes nach der gewöhnlichen Anämie die Glomerulusepithelien schlechter ernährt und insuffizient sind. Die Pubertätsalbuminurie heilt, wenn die Menarche glücklich überwunden ist, die Menses regelmäßig auftreten und die chlorotischen Erscheinungen zurückgehen, mit der Besserung der Blutbereitung und mit Vollendung des Körperwachstums. v. LEUBE hebt jedoch ausdrücklich hervor, es scheine, daß solche Individuen die Disposition haben, in der Periode des klimakterischen Wechsels wiederum die Erscheinungen von Eiweißausscheidung zu bieten.

Bezüglich der Chlorose, welche bekanntlich und mit Recht als eine Erkrankung der Pubertätsperiode betrachtet wird, welche mit den Vorgängen in dem Genitale in der Zeit der Menarche im kausalen Zusammenhange steht und deren Auftreten zumeist mit der letzteren zusammenfällt, zumeist mit dem 14.—16. Lebensjahre, hinausreichend bis in das 19. und 21. Lebensjahr, hat POTAIN jüngst eine besondere Form von Chlorose unterschieden, bei von jeher zarten Individuen, die zeitlebens anhält und, wenn scheinbar geheilt, mit der Menopause zurückkehrt. Und BOERNER hat betont, daß die schwindelartigen Anfälle während der Klimax nicht selten auf Hirnanämie beruhen.

Schließlich wären auch noch gewisse Erkrankungen der Haut zu erwähnen, welche sich an der Wellenbewegung pathologischer Prozesse im Sexualleben des Weibes beteiligen. Es ist eine bekannte Tatsache, daß zuweilen Mädchen in der Pubertät ihren bis dahin schönen Teint verlieren, an übermäßiger Sekretion der Talgdrüsen leiden, wodurch es zu der so häufigen Akne kommt, zu Seborrhöe und Ekzemen. Auch wird der gesamte Haarwuchs intensiver und namentlich an dem Genitale, in den Achselhöhlen entwickeln sich statt der feinen Wollhärchen stärkere Haare. Dieser Haarwuchs, welcher während der Höhe des Geschlechtslebens auf einem bestimmten Bestande innerhalb physiologischer Grenzen bleibt, erhält um die Zeit der klimakterischen Jahre wiederum einen neuen Antrieb charakteristischer Art, indem Barthaare an der Oberlippe und am Kinn zu sprießen beginnen. Und wiederum tritt wie in der Menarche, nur noch stärker, Hyperhidrosis der Haut ein mit dem sich daran anschließenden Erythem, Akne und zuweilen auch seborrhoischen Erscheinungen, sowie mit dem häufigen „klimakterischen Ekzem". Die Haut erweist sich in der Zeit der Menopause gleichwie in der Menarche sehr empfindlich und widerstandsunfähig gegen äußere Reize und Schädlichkeiten, und der Beginn beider Sexualepochen wird mit Recht kosmetisch gefürchtet.

Endlich darf noch als ein Glied in der Kette der von mir angeführten Tatsachen hervorgehoben werden, daß der Geschlechtstrieb auch die hervorgehobenen Wellenbewegungen in gewisser Weise bekundet. Zwar ist dieser Trieb beim Menschen gegensätzlich zum Tiere nicht an bestimmte Zeiträume gebunden, aber bei näherer Betrachtung machen sich doch qualitative zeitliche Schwankungen geltend. Um die Zeit der Menarche kommt der Geschlechtstrieb, welcher bis dahin beim Mädchen geschlummert hat, zur stärkeren Entwicklung. Er wird in diesem Alter durch die anatomisch-physiologischen Vorgänge in den Keimdrüsen hervorgerufen, indem der von diesen Vorgängen im Ovarium ausgehende Reiz zum Gehirn geleitet, die Begierde auslöst. Dabei wirken noch die Beobachtung des Wachstums des Haarkleides am Genitale, wie der Entwicklung der Brüste, des Eintrittes der Menstrualblutung fördernd auf die Erweckung erotischer Vorstellungen und erregen den Drang zur Herbeiführung sexueller Lustgefühle. Nachdem in der Epoche der Vollentwicklung des Geschlechtslebens der Geschlechtstrieb, zum ausgeprägten Begattungs- und Fortpflanzungstriebe weiter anschwellend, mit machtvoller Gewalt seine Vorherrschaft geübt hat, zeigt sich durch längere Ausübung der Funktionen der Kohabitation und Propagation eine Periode abgeklärterer Ruhe und Absinkens des Triebes zur Passivität. Dieser wird erst wieder um die Zeit der Klimax zur neu anwachsenden starken Begierde und es tritt in der präklimakterischen Zeit und im Beginne des Klimakteriums regelmäßig eine wesentliche Steigerung der Libido sexualis, zugleich eine erhöhte geschlechtliche Empfindung bei der Kohabitation ein. Nicht selten nimmt die gesteigerte Libido sogar krankhafte Äußerungsformen an. Die anatomisch-physiologischen Veränderungen im Genitale zur Zeit der Menopause, sowie die psychischen Momente des Gedankens, die Weiblichkeit und ihre sexuellen Freuden für immer zu verlieren, bringen so sehr häufig ein machtvolles Aufflackern des Geschlechtstriebes zustande, der nicht selten zur verheerenden Flamme wird, bevor der sexuelle Tod in naturgemäßer Weise eintritt.

Zur Frage der Appendizitis-Therapie.

Von **Dr. Rudolf Lacheta**, Bodenstadt (Mähren).

Bei der heute besonders aktuell gewordenen Frage der Appendicitis sei es auch mir gestattet, über einen Fall zu berichten, der sowohl hinsichtlich seines Verlaufes als auch bezüglich der angewandten, mit Erfolg gekrönten Therapie seine Besonderheiten hat.

Am 20. März wurde ich zu einem zirka 20jährigen, früher ganz gesunden Mädchen geholt, das plötzlich unter heftigem Schmerz in der Ileozökalgrube, hohem, mit Schüttelfrösten einhergehenden Fieber, Stuhlverstopfung und Übligkeiten, welche zum Erbrechen reizten, erkrankt war. Die Untersuchung ergab folgendes: Die Kranke nimmt passive Rückenlage ein, Gesichtsausdruck ängstlich, Brustorgane normal, Temperatur 39·5, Puls 116, klein und leicht unterdrückbar, das Abdomen aufgetrieben, auf Druck insbesondere in der rechten Darmbeingrube empfindlich. Die Perkussion ergibt im Bereiche des ganzen Abdomens infolge der stark geblähten Därme tympanitischen Schall bis auf eine ungefähr handtellergroße Dämpfung in der Gegend der rechten Fossa iliaca. Wiewohl man hier den Eindruck einer vermehrten Resistenz gewann, ließ sich mit Rücksicht auf die exzessive Schmerzhaftigkeit die Existenz eines Tumors nicht mit Sicherheit durch die Palpation nachweisen. Die geschilderten Symptome drängten mich zu der Annahme, daß es sich um eine mit

peritonitischen Reizerscheinungen verbundene Epityphlitis handle und ich erwog die Frage, ob es nicht zweckmäßig wäre, die Kranke sofort einer operativen Behandlung zu überweisen. Der Umstand jedoch, daß die Wege zu dieser Zeit weder mit dem Schlitten, noch mit dem Wagen befahrbar waren, veranlaßte mich, die Kranke vorderhand in exspektativer Behandlung zu halten und gegebenenfalls bei nachweisbarer Suppuration bzw. Fluktuation und kollateralem Ödem der Bauchdecken selbst eine Inzision mit nachfolgender Drainage vorzunehmen. Ich verordnete Überschläge mit absolutem Alkohol auf das mit 10%iger Ichthyolsalbe bestrichene Abdomen und gab Morphin innerlich. Vorsichtige Öleingießungen riefen nach zirka 24 Stunden eine ziemlich kopiöse, jedoch keine abnormen Bestandteile enthaltende Stuhlentleerung hervor. Das Befinden hatte sich hierauf soweit geändert, daß die spontanen Schmerzanfälle, wahrscheinlich infolge der Morphindarreichung, seltener wurden, Brechreiz und zeitweiliger Singultus weiter bestanden. Das Fieber blieb auf konstanter Höhe, die Beschaffenheit des Pulses war unverändert. Am dritten Krankheitstage palpierte ich entsprechend der anfangs beschriebenen Dämpfung eine derbelastische Geschwulst, welche auf Druck schmerzhaft war und leichte Fluktuation erkennen ließ. Die Bauchdecken waren über der Geschwulst gespannt, sonst weich und eindrückbar. Stuhlentleerung wurde jeden zweiten Tag durch ein Ölklysma bewirkt und zeigte niemals fremde Beimengungen. Da mir der Gedanke kam, daß die Geschwulst möglicherweise ein Tumor stercoralis sein könnte, unterließ ich es niemals, die Kranke nach der Stuhlentleerung zu untersuchen und fand regelmäßig den Tumor unverändert. Das therapeutische Regime wurde fortgesetzt und hierbei die Beobachtung gemacht, daß sich das Befinden der Kranken insoweit besserte, als die peritonitischen Reizerscheinungen einen Rückgang zeigten, die Druckschmerzhaftigkeit sich verringerte, der Tumor aber in seiner ursprünglichen Größe bestehen blieb. Nach 8 Tagen, während welcher Zeit der geschilderte Symptomenkomplex keine wesentlichen Veränderungen darbot, ließ das Fieber lytisch mit einigen Exazerbationen am Abende nach, der Tumor wurde immer kleiner, ohne daß bei genauester Inspektion der Stühle abnorme Beimengungen erkannt worden wären und nach zirka 14 Tagen war die Kranke fieberfrei, der Tumor verschwunden und die Schmerzhaftigkeit bis auf eine kleine, dem MAC BURNEYschen Punkte entsprechende Stelle vollständig beseitigt.

Wiewohl ich mir nicht verhehlen will, daß die Untersuchung des Falles nicht mit jener Gründlichkeit vorgenommen wurde, wie es auf einer Klinik geschieht, weil die primitiven Verhältnisse, unter denen ein Landarzt zu arbeiten hat, eine genaue, alle Momente berücksichtigende Exploration nicht zuließen, so z. B. eine Untersuchung in der Narkose oder eine exakte Blutuntersuchung (Leukozytose), so will ich dennoch behaupten, daß das Symptomenbild ein so prägnantes war, daß eine andere Diagnose als die eines Empyems des Wurmfortsatzes mit drohender Perforation ganz ausgeschlossen werden mußte. Und obzwar der Fall von Anfang an nach dem heutigen Stande der Wissenschaft eine chirurgische Therapie erheischte und meiner Meinung nach, so weit ich den Stand der operativen Appendizitisbehandlung zu überblicken in der Lage bin, von einem Chirurgen schon am zweiten Krankheitstage operiert worden wäre, so hat in diesem Falle doch auch die exspektative Behandlung, die notgedrungen und infolge der Unmöglichkeit eines gefahrlosen Krankentransportes eingeleitet worden war, zu einem günstigen Resultate geführt. Ich glaube nach diesen Ausführungen zu dem Schlusse berechtigt zu sein, daß ich es hier mit einem jener jedenfalls nicht allzu häufigen Fälle zu tun hatte, bei welchen die Ausheilung durch eine unzweifelhafte Eiterresorption erfolgt. Zur Publikation dieses Falles fühlte ich mich aus dem Grunde veranlaßt, weil ich vor zirka zwei Jahren einen ganz analogen Fall, ebenfalls bei einem 20jährigen, früher ganz gesunden Mädchen in Behandlung hatte, bei welchem die Erscheinungen einer akuten Appendizitis ebenso stürmisch einsetzten und wie in diesem Falle unter Morphindarreichung und Alkoholüberschlägen langsam und sicher abklangen. In diesem zweiten Falle scheiterte der indiziert gewesene operative Eingriff an dem Widerstande der Kranken, welche von einer Überführung ins Krankenhaus nichts wissen wollte.

Zum Schlusse sei mir die Bemerkung gestattet, daß ich mit der Anwendung von Alkoholüberschlägen in vielen Fällen peritonealer Reizung, so auch bei Typhus, schöne Erfolge erzielt habe.

Thymobromal, ein neues Keuchhustenmittel.

Von **Dr. Emil Wechsler**, Assistent an Professor Dr. FERDINAND FRÜHWALDS Kinderabteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik.

Wie bei so vielen Erkrankungen haben wir leider auch bei Keuchhusten noch immer keine Behandlungsmethode, welche, wenn auch nicht in allen, so doch in den meisten Fällen einen sicheren Erfolg verspricht. Es mag dieser therapeutische Übelstand teils in dem zum Teile noch unbekannten Wesen der Erkrankung selbst begründet sein, teils aber auch in den mehrfachen Komplikationen, welche im Verlaufe des Keuchhustens auftreten. Aus letzterem Grunde und nicht minder wegen der verschiedenen Virulenz der Infektionsquelle sehen wir uns nur zu häufig in therapeutischer Beziehung veranlaßt, der Reihe nach alle nur Erfolg verheißenden Mittel in Anwendung zu bringen. Nur zu oft aber wurden die in das eine oder andere Präparat gesetzten Hoffnungen getäuscht; so steht man oft machtlos der in mannigfacher Beziehung sich dokumentierenden Schwere der Erkrankung gegenüber. Darum muß man es stets mit Freude begrüßen, wenn immer wieder neue Präparate gegen den Keuchhusten in den Handel gebracht werden, besonders dann, wenn die chemische Zusammensetzung derselben aus Mitteln besteht, die schon empirisch einen gewissen, wenn auch nur bescheidenen Erfolg versprechen.

Zweck dieser Zeilen ist, die Kollegen auf ein derartiges neues Präparat aufmerksam zu machen, welches uns vor ungefähr einem halben Jahre von Dr. E. BLOCH in Basel behufs Erprobung auf unserer Abteilung zugesandt wurde.

Es ist dies das Thymobromal. Über die Zusammensetzung und Herstellung des Präparates will ich in Kürze folgendes erwähnen: Dasselbe wird durch Mazeration von Herba thymi, Folia Castaneae vescae und Radix Senegae erzeugt; das Perkolat wird mit Saccharum zu einem Sirup gekocht und pro 5 *g* (ca. 1 Kaffeelöffel) 3 Tropfen Bromoform zugefügt; durch die Art der Perkolation und des gewählten Extraktionsmittels wird das Bromoform in Lösung erhalten. Ohne mich auf eine Besprechung der einzelnen chemischen Agenzien einlassen zu wollen, will ich nur der streng dosierten Beimengung des Bromoform Erwähnung tun. Dasselbe erwarb sich und genießt auch derzeit noch einen gewiß nicht unberechtigten Ruhm in der Keuchhustentherapie. Durch vielseitige Veröffentlichungen über Intoxikationen durch dasselbe wurde die Anwendung dieses Präparates fast obsolet, wiewohl bei vorsichtiger Darreichung merkliche Besserung bei Keuchhusten erzielt wurde. Die oft ungenaue Dosierung und die schlechte Mischung desselben mit einem wässerigen Vehikel erschwerten nicht nur die Eingabe, sondern wirkten auch fördernd auf das Auftreten von Vergiftungserscheinungen. In dieser Richtung ist man durch die genaue Dosierung des Bromoforms im „Thymobromal" jeder Angst enthoben. Bei der gebräuchlichen Verordnung des Präparates — im 1. und 2. Lebensjahre dreimal täglich und einmal nachts 15—20 Tropfen, im 3. und 4. Jahre ebenso $^1/_2$ Kaffeelöffel, vom 5.—8. Jahre 1 Kaffeelöffel, bei größeren Kindern ebenso ein Kinderlöffel — ist ein Überschreiten der Bromoformdosis ausgeschlossen, abgesehen davon, daß es in der Vermischung mit den oben angeführten Bestandteilen auch leicht und nicht unangenehm schmeckend genommen werden kann.

Wir haben nun das Thymobromal bei 30 Fällen, und zwar fast durchwegs mit befriedigendem, zuweilen glänzendem Erfolge in Anwendung gebracht.



Zur Illustrierung des Erfolges greife ich aus meinen Krankengeschichten zwei Fälle heraus, welche ich im nachfolgenden in extenso mitteilen will.

Ein $1^1/_2$jähriges Kind wird uns im heftigsten Konvulsionsstadium gebracht; nach Angabe der Mutter hat das Kind Tag und Nacht keine Ruhe; die Anfälle folgen fast unaufhörlich aufeinander, die Nahrungsaufnahme ist durch das fortwährende Erbrechen fast unmöglich gemacht. Wir verordneten 4—5mal täglich 20 Tropfen Thymobromal und konnten schon nach einigen Tagen ein bedeutendes Nachlassen der Zahl und Heftigkeit der Anfälle bemerken; auch das Erbrechen schwand, das Kind konnte wieder besser ernährt werden und erholte sich bei tunlichstem Aufenthalte in frischer Luft in überraschend kurzer Zeit.

In einem zweiten Falle handelte es sich um ein 6jähriges Mädchen, das schon seit 3 Wochen an heftigem Keuchhusten litt. Eine Reihe von Medikamenten war wirkungslos gewesen; wir verordneten dreimal täglich 1 Kaffeelöffel Thymobromal und nach acht Tagen war das Kind fast gänzlich geheilt.

Ich will nicht unerwähnt lassen, daß wir außer der obgenannten Keuchhustentherapie auch die notwendigen hygienischen Maßregeln, welche zur Linderung des Zustandes beitragen, nicht verabsäumten. So ließen wir die kranken Kinder möglichst viel und lang im Freien oder in oft gelüfteten Wohnräumen sich aufhalten, wobei jedoch auf Vermeidung jedweder forcierter Bewegung gesehen wurde. Nur in jenen Fällen, wo durch die Komplikationen von Seite der Bronchien eine antikatarrhalische Therapie nötig war, verabfolgten wir diese, ohne aber mit der Verabreichung des Thymobromals gänzlich auszusetzen.

Als Resümee über diese neue Behandlungsart der Pertussis kann ich also sagen, daß wir mit dem Thymobromal eine wesentliche Milderung der Anfälle in der Zahl und Intensität erzielten und daß in vielen Fällen der Heilungsverlauf sichtlich beschleunigt wurde.

Ausdrücklichst will ich noch erwähnen, daß wir trotz der Beimengung des Bromoforms nie einen Fall eines intoxikationsähnlichen Zustandes und auch sonst keinerlei schädigende Nebenwirkung auf den Appetit oder das sonstige Befinden fanden.

Wir können daher mit gutem Gewissen den Kollegen auch dieses Mittel zur Anwendung in der gewiß bevorstehenden Keuchhustenepidemie auf das beste empfehlen.

Meinem Chef Herrn Prof. Frühwald sage ich für die Förderung meiner Versuche und für Überlassung des Materiales meinen besten Dank.

Bemerkung zu Dozent Dr. Leopold Freunds Artikel: Über die richtige Einstellung der Röntgenröhren.*)

Von **Dr. Guido Holzknecht.**

Schadet ein Irrtum wohl? Nicht immer! aber das Irren, immer schadet's. Wie sehr, sieht man am Ende des Wegs. (Goethe.)

Am Ende des Weges hat Freund meine gesammelten Irrtümer in einem Originalartikel herausgegeben; einem Artikel, der sich unter dem oben genannten Titel ausschließlich mit mir beschäftigt. Natürlich hauptsächlich jene Irrtümer, welche zu rektifizieren ich schon Gelegenheit hatte. Und ich habe die Gelegenheit stets benutzt, rasch über Bord zu werfen, was, weil falsch, die weitere Erkenntnis hindern mußte. Leider ist dieses Vorgehen sehr selten. Man begreift jetzt, warum, und, wie schwer es wird, an diesem guten Vorsatze festzuhalten. Mich soll es nicht hindern, auch weiterhin zu tun, was ich für gut halte, aber auch zu tadeln, was ich für schlecht halte, nicht bloß an meinen, auch an anderer Meinungen. Solche Kontroversen haben mit „Moral" nichts zu tun. Eine ebenso grundlose Unterstellung, von verletztem Gemüt diktiert, ist auch meine angebliche Absicht, Freunds wissenschaftliche Reputation herabzusetzen, ob wahr oder falsch, eine unbeweisbare Behauptung. Ich würde mich hüten, denselben Fehler zu begehen und etwa zu behaupten, daß Dr. Freund durch die Mitteilung meiner gesammelten, selbstkorrigierten Irrtümer versucht habe, mich herabzusetzen. Im Gegenteil! Was aber soll man erst dazu sagen, daß Freund aus den Worten des Protokolls der Gesellschaft der Ärzte einen Tadel herausliest. Wenn aus einer Replik erkennbar ist, daß der Diskutant den Worten des Redners einen anderen Sinn supponiert, als dieser meinte, dann kann das irrtümlich geschehen sein, und Niemand durfte wagen, es Absicht zu nennen. Herrn Freund klage ich da nicht an: das Sprachgefühl ist schuld. Dies und anderes aus dem sich fast durchaus in der Gefühlssphäre bewegenden und dadurch ein ungewöhnliches Gepräge aufweisenden Artikel zurückzuweisen, mögen diese Zeilen genügen; bezüglich der Details schien es mir zweckmäßiger, dieselben meinen vorgesetzten Behörden vorzulegen.

Die spärlichen, in dem Artikel enthaltenen sachlichen Einwände gegen die Deduktionen meiner oben genannten Arbeit habe ich erwogen und fallen lassen, bevor ich ihn schrieb. Nur eine sei kurz erörtert, weil die Vorschriften, die Freund an sie knüpft, ein überflüssiger Ballast für die Technik der Therapie sind. Abgesehen vom Focus ist das Lageverhältnis der Röhre (ihrer Achse und ihrer Ansätze), über das Freund komplizierte geometrische Vorschriften gibt, gleichgültig. Das ist nun aber praktisch von größter Wichtigkeit, weil es abgesehen von der Expeditivität dadurch möglich ist, die Röhre jeweils so zu stellen, daß Arzt und Wartepersonal nicht direkt bestrahlt werden können. Der Zusammenhang dieser überflüssigen Selbstbeschränkung mit gewissen folgenschweren Parenchymschädigungen ist dem Kundigen ohneweiters klar.

Für mich ist das Thema hiermit vorläufig abgeschlossen.

*) „Wiener Med. Presse", 1905, Nr. 20.

Bemerkung zu Vorstehendem.*)

Wer den Ton kennt, den Herr Holzknecht sonst in seinen Arbeiten anzuschlagen liebt, den Ton, welcher mich nach jahrelangem Zuwarten zu einmaliger Abwehr trieb, wird sein Staunen über die abgeklärte Milde seiner Erwiderung kaum zurückhalten können. Eine tatsächliche Widerlegung der in meinem Artikel vorgebrachten Ausführungen konnte ich übrigens in seiner Entgegnung absolut nicht finden.

Dr. L. Freund.

*) Womit diese Angelegenheit für die „Wiener Med. Presse" erledigt ist. D. Red.

Referate.

Doerfler (Regensburg): **Zur Verhütung des Puerperalfiebers.**

Zur gründlichen Sanierung des Hebammenwesens und zur Verminderung der puerperalen Erkrankungen und ihrer Folgezustände sind folgende Grundsätze als eindringliche Forderungen aufzustellen („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 10): Der Genitalkanal der Kreißenden ist theoretisch zunächst als aseptisch zu bezeichnen. Deshalb ist jede Berührung einer Kreißenden oder Frischentbundenen tunlichst zu vermeiden. Die erfahrungsgemäß vorhandene Selbsthilfe und Selbststeuerung der Natur wird durch jede unnötige, nicht streng aseptische Berührung der Wöchnerin gestört. Die strengste Asepsis der Hände der geburtshelfenden Personen ist deshalb Grundbedingung für die Hilfeleistung bei einer Geburt. Vor Beginn der geburtshilflichen Tätigkeit (profuse lebensgefährliche Blutung ausgenommen) sind die äußeren Genitalien nach Vorschrift zu behandeln. Für die Hebammen ist die Verwendung von Gummihandschuhen gesetzlich festgelegt, also obligatorisch, und steht unter amtlicher Kontrolle und



Strafe. Die strengste Aseptik und Sterilität aller mit dem Genitalkanal der Kreißenden und der frisch entbundenen Wöchnerin in Berührung kommenden Gegenstände ist strengstens durchzuführen, ihre Vernachlässigung steht unter Strafe. Spülungen vor und nach der Geburt sind nur auf Anordnung und unter Kontrolle eines Arztes unter strengster Asepsis gestattet. Außerdem sind sie polizeilich verboten. Die vaginalen Untersuchungen vom Beginne der ersten Woche ab bis zur Beendigung der Geburt und Nachgeburtsperiode sind den Hebammen nur unter Verwendung von keimfreien Gummihandschuhen gestattet und so selten wie möglich vorzunehmen. Die Hebamme darf erst 2 Stunden post part. die Wöchnerin verlassen. Die Berufsfreudigkeit der Hebammen soll durch staatliche Garantie der Gebührenauszahlung lediglich für die Geburtsleitung selbst und durch Gewährung von Prämien gehoben werden, sowie durch Einrichtung von Unterstützungskassen für Invalidität, Krankheit und Sterbefall. Alljährlich sind in jedem Bezirksamte dreitägige Repetitionskurse durch den Bezirksarzt, einen Frauenarzt oder Geburtshelfer in der Handhabung der Anti- und Aseptik am Kreiß- und Wochenbette abzuhalten. Auch die Wochenbettpflegerinnen müssen durch einen Kursus der Aseptik und Antiseptik approbiert sein und unter staatliche Aufsicht gestellt werden. L.

PERMAN (Stockholm): **Über die Angiotripsie in der allgemeinen operativen Chirurgie.**

Obwohl das Verfahren der Angiotripsie in der Gynäkologie häufig Anwendung fand, hat es in der allgemeinen operativen Chirurgie keinen festen Fuß fassen können, weil die für diesen Zweck konstruierten Instrumente zu kompliziert und wenig haltbar waren („Nord. med. Arkiv", 1905, Afd. 1, H. 3). Verf. hat daher die zur Angiotripsie nötigen Instrumente modifiziert und durch Versuche sich überzeugt, daß man bei Anwendung der Angiotripsie viel Zeit ersparen kann. Das Verfahren bietet außerdem den Vorteil, daß kein totes Unterbindungsmaterial in der Wunde liegen bleibt und daher kein nachträgliches Herauseitern der Fäden vorkommt. Bei intraperitonealen Operationen sowie bei Patienten mit Arteriosklerose ist besondere Vorsicht — wegen der Nachblutungsgefahr — angezeigt. Die mikroskopische Untersuchung der mittelst Angiotripsie behandelten Gefäße durch Prof. SUNDBERG hat ergeben, daß eine Zerreißung der Intima und Media infolge der Kompression und Aufrollung der Gefäßhäute im Lumen des Gefäßes selten ist; hingegen kommt der Verschluß des Lumens so zustande, daß die gegenüberliegenden Gefäßwände unter der Einwirkung des Druckes miteinander verkleben. ERDHEIM.

CASTAIGNE und **RATHERY** (Paris): **Die Rolle der Heredität in der Nierenpathologie.**

Die Verfasser unterscheiden zwei Typen der hereditären Albuminurie („La semaine médicale", 1904, Nr. 45). In einer gewissen Reihe von Fällen sind die Kinder von Eltern, die an Nephritis leiden, überaus schwächlich, entwickeln sich schlecht und sterben nach einigen Wochen oder Monaten. Der Urin ist stark eiweißhaltig, die Autopsie ergibt das Vorhandensein einer diffusen Nephritis. Diese Fälle sind gewiß in die Kategorie der hereditären Albuminurie einzureihen, da ja Intoxikationen und Infektionen, die im menschlichen Leben selbst bei mittlerer Dauer so häufig sind, hier nicht in Betracht kommen. Den zweiten Typus repräsentieren jene Fälle, die von TALAMON, DICKINSON, ARNOZAN und LONDE als hereditäre und familiäre Albuminurie beschrieben worden sind. Ein besonders klassischer, hierher gehöriger Fall erstreckt sich über vier Generationen. Einzelne Mitglieder der Familie gingen an ihrer Nierenaffektion zugrunde. Einer der Verff. bezeichnet dieses eigenartige Verhalten als Debilitas renalis. Nicht die Albuminurie als solche wird vererbt, sondern eine gewisse Schwäche der Nieren, die zur Folge hat, daß das Individuum schon auf leichte Infektionen mit Nierenerkrankungen reagiert. Deshalb muß der Prophylaxe eine große Bedeutung zugestanden werden. Derartige Individuen haben sich vor Schädlichkeiten in Hinblick auf ihren Locus minoris resistentiae sehr zu hüten. Schon bei der Berufswahl muß dieses Moment eine entscheidende Rolle spielen. Die Verff. glauben, daß auch die Fälle von physiologischer und orthotischer Albuminurie eine hereditäre Grundlage haben. Tierversuche, die im wesentlichen in der Injektion nephrotonischer Substanzen bei trächtigen Tieren bestanden, ergaben, daß die Jungen mit Nierenaffektionen zur Welt kamen, die den bei Fällen des ersten Typus am Menschen beobachteten analog waren. J. ST.

LUDWIG SEELIGMANN (Hamburg): **Über Embryotomie.**

In Fällen, in denen man gezwungen ist, die Kreißende in ihrem Bette zu operieren und man nur über mangelhafte Assistenz verfügt, schlägt SEELIGMANN („Zentralbl. f. Gynäk.", 1905, Nr. 3) folgendes Verfahren vor: Man zieht an dem vorgefallenen Arme den Thorax möglichst tief ins Becken resp. in die Scheide hinein, perforiert dann mit einer längeren, kräftigen Schere die Brusthöhle an der tiefsten Stelle und erweitert diese Öffnung. Diese Manipulationen können ebenso wenig wie die nun folgende Ausräumung der Brust- und Bauchhöhle des Kindes zu einer Verletzung der mütterlichen Weichteile Veranlassung geben, da man fast im Beckenausgange resp. Scheideneingange hantiert und mit der Mutter kaum in Berührung kommt. Nach vollzogener Ausräumung genügt eine Irrigation mit einem Liter 2%iger Lysollösung, um das Operationsgebiet gründlich zu reinigen. Nun unterminiert man mit dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, von der äußeren Thoraxwunde eingehend, die Rückenmuskulatur mit der Rückenhaut des Kindes und schiebt mit der rechten Hand unter Führung der liegen gebliebenen Finger der linken Hand einen stumpfen Haken oder eine Schlinge um die Wirbelsäule des Kindes. Durch einen Zug an dem Haken kann man dann unter Gegendruck der linken Hand zwischen Daumen und gespreiztem Zeige- und Mittelfinger die Wirbelsäule des Kindes mit Leichtigkeit brechen. Nach dem Bruch der Wirbelsäule wird der Haken entfernt. Nun kann man, da nach dem Bruch der Wirbelsäule in vielen Fällen die Querspannung des unteren Uterinsegmentes aufgehoben ist, den Versuch der Geburt conduplicato corpore machen oder nach Abtrennung des vorgefallenen Armes den nach vorn gelegenen Fuß herunterheben und den Kopf, der dann nach Entwicklung des Oberkörpers in seinem festen Zusammenhange mit dem Halse des Kindes steht, unschwer in das kleine Becken dirigieren, um ihn mit den üblichen Handgriffen (MARTIN-WIEGAND-WINCKEL) durch dasselbe durchzudrücken. FISCHER.

M. P. SSUNZOW (St. Petersburg): **Über das Vorkommen und die Bedeutung des harnsauren Infarkts bei Neugebornen.**

SSUNZOW hat in 86% seiner Beobachtungen, deren Gesamtzahl 55 beträgt, im Harn Neugeborner das Vorhandensein eines harnsauren Infarkts konstatiert und glaubt (St. Petersburger Dissertation; „Wratschebnaja Gazetta", 1904, Nr. 36), daß derselbe als eine pathologische Erscheinung betrachtet werden muß. Der harnsaure Infarkt hält sich im Harn 2—3 Tage. In 40% der Fälle tritt er am ersten Tage, in 11% der Fälle am vierten Tage auf; am fünften Tage wird er nicht mehr angetroffen. Bei ikterischen Kindern kann man im Harn stets einen harnsauren Infarkt finden, dessen Hauptbestandteil stets Harnsäure ist. Weder die Dauer der Geburt, noch die Temperatur der Neugebornen üben auf das Auftreten des Infarkts im Harn irgend welchen Einfluß aus. Bei Kindern mit geringerem Körpergewicht sowie bei erstgebornen Kindern wird der harnsaure Infarkt augenscheinlich häufiger beobachtet als sonst. Überhaupt bleiben die Ursachen des Infarkts nach Ansicht des Autors bis auf den heutigen Tag unaufgeklärt. L—y.

IBRAHIM (Berlin): **Über Schutzimpfungen mit Diphtherieheilserum.**

Prophylaktische Heilseruminjektionen sollten in allen Familien, in denen Diphtherieerkrankungen vorkommen, an den gefährdeten Geschwistern, zum mindesten solchen unter 10 Jahren, vorgenommen werden. Besonders gilt das für die Kinder der Armen, bei denen eine Separierung a priori nicht durchführbar ist. Wenn der Wert der Schutzimpfungen allgemeiner bekannt und anerkannt sein wird,



dann werden auch Kassen und Armenbehörden sich der Erkenntnis nicht verschließen, daß die Schutzimpfung mit wesentlich geringeren Kosten verknüpft ist als die Notwendigkeit einer mehrwöchentlichen Behandlung im Fall einer nachträglichen Erkrankung („Deutsche med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 11). In Pensionaten, Krippen, Idiotenanstalten, Findelhäusern etc., ferner in Kinderstationen von Krankenhäusern, kurz überall, wo eine größere Zahl von Kindern in geschlossenen Räumen vereinigt sind, müssen beim Auftreten eines Diphtheriefalles alle Kinder, zum allermindesten alle kranken und jüngeren Kinder (unter 12 Jahren), immunisiert werden. Als immunisierende Dosis sind mindestens 250—300 Immuneinheiten, bei Kindern, die an anderen Infektionskrankheiten (Scharlach, Keuchhusten und speziell Masern) leiden, mindestens 500 Immuneinheiten zu injizieren. Für Säuglinge sind die gleichen Serumdosen unbedenklich anwendbar. Auf Stationen für Diphtheriekranke oder auf Infektionsabteilungen, in welchen Mischinfektionen mit Diphtherie verpflegt werden, sind mindestens alle vier, besser alle drei Wochen fortlaufende Immunisierungen vorzunehmen. Bei gefährdeten Masernkindern ist die Injektion eventuell alle 14 Tage zu wiederholen. B.

---

v. Esmarch (Göttingen): **Die Staubversengung auf unseren Heizkörpern.**

Die Oberflächentemperatur unserer Heizkörper soll wenn möglich nur 70°, niemals über 80° C betragen. Diese Forderung Esmarchs stützt sich einerseits auf die tägliche Erfahrung, daß Heizkörper mit einer höheren Oberflächentemperatur die Zimmerluft unangenehm machen, andrerseits erfährt dieses Postulat eine Begründung durch die vom Verf. hier beschriebenen Versuche („Hyg. Rundschau“, 1905, Nr. 1), die bei der Staubversengung in die Luft übergehenden reizenden oder unangenehmen Stoffe chemisch nachzuweisen. Sobald die Oberflächentemperatur der Heizkörper 80° C erreicht hatte, konnte er auch an der Oberfläche von rein gehaltenen Heizkörpern die Entwicklung von Ammoniak nachweisen, der wahrscheinlich aus dem vorbeistreichenden Zimmerstaub entsteht. Es ist zweifellos, daß es noch andere, bisher nicht genauer nachgewiesene Stoffe sind, die zusammen mit dem Ammoniak die luftverschlechternde Wirkung hervorbringen, doch kann man das Ammoniak als Maßstab dieser Luftverderbnis betrachten. Aus diesen Versuchen ergibt sich die Forderung, mehr als bisher der Oberflächentemperatur der Heizkörper Aufmerksamkeit zu schenken und nur solche Heizkörper zu konstruieren, welche an ihrer Oberfläche über eine Temperatur von 80° C nicht hinausgehen. A.

Seggel (München): **Zur Frage nach dem Wesen der progressiven Myopie.**

Nach der Angabe des Verf.s („Münchener med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 18) entsteht Myopie bei Minderwertigkeit des hinteren Skleralabschnittes. Diese ist gegeben in erster Linie bei Mangel oder geringer Zahl an elastischen Fasern in der Sklera, indem dann unter Einwirkung des Seitendruckes der äußeren Augenmuskeln der hintere Augenpol eine bleibende Dehnung erfährt, deren unmittelbare Folge Verlängerung der sagittalen Augenachse ist. Außer der Menge von elastischen Fasern dürfte auch die Dicke der Sklera von Einfluß auf die spätere Refraktion sein, indem eine dünne Sklera die Entwicklung von Myopie mindestens begünstigt, eine dicke Wandung derselben sie hindert oder mäßigt. Die Dehnung der Sklera am hinteren Pol verursacht Zerrung der Innenhäute und hat daher Herabsetzung der Sehschärfe und des Lichtsinns zur Folge. Diese beiden Funktionen können auch geschädigt werden, und zwar nicht nur im myopischen, sondern auch im emmetropischen und hypermetropischen Auge, wenn die Ringportion des Ziliarmuskels schwach oder gar nicht entwickelt ist, indem dann alle die Akkommodation allein oder vorzugsweise vermittelnden meridional gerichteten Fasern dieses Muskels, der eigentliche Tensor chorioideae, die Chorioidea und die mit ihr eng verbundenen äußeren Retinalschichten bei starker Akkommodationsanstrengung zerren. Alle 3 Defekte: 1. Mangel an elastischen Fasern in der Sklera, 2. ursprüngliche Dünnheit der Sklera, 3. Fehlen der Ringportion, sind, und zwar jeder für sich, angeboren und daher vererbbar. Alle 3 vereint, aber auch 1 und 2 allein, führen zu progressiver deletärer Myopie. Richtige Brillenauswahl und vor allem gute hygienische Bedingungen werden durch Minderung der Konvergenz und der Akkommodation, wenn sie auch die Entstehung der Myopie bei hereditärer Anlage nicht verhüten können, dem Fortschreiten derselben und der Schädigung von Sehschärfe und Lichtschärfe Einhalt tun. L.

R. Bassenge und **Martin Mayer** (Hamburg): **Schutzimpfung gegen Typhus.**

Verff. fanden folgendes („Deutsche med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 18): Auf Grund der früher von Brieger und Mayer veröffentlichten Methoden, lebenden Bakterien durch Schütteln in destilliertem Wasser wirksame Substanzen zu entziehen, gelang es, aus Typhusbazillen keimfreie Filtrate zu erhalten, deren Injektion im menschlichen Körper die Bildung von Schutzstoffen gegen Typhusinfektion hervorruft. Der gewonnene Impfstoff ist klar, gelblich, etwas opaleszierend und frei von Suspensionen, ermöglicht daher die Kontrolle der Reinheit selbst durch Laien. Der Impfstoff ist haltbar und genau dosierbar. Die durch Injektion des Impfstoffes hervorgerufene lokale und allgemeine Reaktion ist auf ein absolut erträgliches Maß beschränkt, wohl wesentlich dadurch, daß fremde Beimengungen (Nährbodenreste und Zellmembranen) nicht darin enthalten sind, wie in den Bakteriensuspensionen. Eine einmalige subkutane Injektion des Impfstoffes, dessen Dosis durch stärkere Konzentration jetzt auf 2 cm^3 herabgesetzt werden konnte, ruft die Bildung bakteriolytischer Stoffe in hohem Maße hervor; noch nach längerer Zeit (sechs Monate) konnten solche Stoffe nachgewiesen werden. B.

Haaland (Paris): **Les tumeurs de la souris.**

In einer umfangreichen Arbeit („Annales de l'institut Pasteur“, Bd. 19, pag. 165) berichtet Verf. über das Ergebnis seiner Untersuchungen an Geschwülsten der Mäuse und liefert dabei gleichzeitig einen Beitrag zu der viel diskutierten Frage nach dem Wesen und der Ätiologie der Tumoren. Er kommt zu dem Schlusse, daß man bei weißen Mäusen Tumoren epithelialer Natur antrifft, die im allgemeinen den Charakter maligner Neubildungen an sich tragen. Die häufigste Form derselben weist nach Ansicht des Verf. die Eigenschaften einer infektiösen Krankheit auf; auch epidemische und endemische Ausbreitung kann unter Umständen angetroffen werden. Er faßt Übertragungen von einem Tiere auf ein anderes als Analoga der Metastasenbildung auf, hat aber gleichwohl einige Male bei Krebsmäusen kleine Tumoren in den Lungen entstehen gesehen, die er von den eigenen Zellen des Lungengewebes und nicht von metastatischen Tumorzellen ableitet, so daß er sich die Frage vorlegt, ob nicht in solchen Fällen das supponierte Krebsgift in die Lungen gelangte und hier die Epithelzellen dieses Organes zur Wucherung anregte (? Ref.). Die verschiedenen Zelleinschlüsse in den Tumorzellen bei der Maus leitet er von Leukozyten ab, die in die Krebszellen eingedrungen sind, hier zugrunde gehen und der Karyolyse und Auflösung unterliegen. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **Erkältungsfrage** berichtet Esch („Zeitschr. f. diät. u. phys. Therap.“, Bd. 8). Wenn auch zugegeben werden muß, daß ein großer Teil der sogenannten Erkältungskrankheiten auf Bakterieninvasion beruht, ist die Zahl der Krankheitserreger mit absoluter Virulenz doch ganz verschwindend klein im Gegensatze zu den ubiquitären Mikroorganismen, die erst auf prädisponierten Nährböden ihre Wirkung entfalten. Als disponierendes Moment sind erworbene und ererbte Minderwertigkeit des Körperprotoplasmas, quantitativ und qualitativ falsche Ernährung, fehlerhafte Verarbeitung der Ingesta und Insuffizienz der Ausscheidungsorgane aufzufassen. Neuere Forschungen haben die physiologische Bedeutung der Hautoberfläche sowohl als Zirkulations- und Wärmeregulierungsorgan, als auch als echtes Ausscheidungsorgan durch Perspiration und Exosmose einer Unzahl von toxischen Stoffen erwiesen. Durch Kältereiz wird diese



Hauttätigkeit gehemmt und das mit Toxinen übersättigte Blut nach dem Innern gestaut. Fehlt die normale Reaktion, d. h. die sekundäre Fluxion des Blutes zur Haut zurück, so werden die hyperämisierten Organe geschädigt; es treten entzündliche und katarrhalische Erscheinungen und dadurch eine Begünstigung der Ansiedlung von Krankheitserregern auf. Als Ursache fehlender Reaktionsfähigkeit der Haut ist mangelhafte Abhärtung und Funktionsschwäche infolge von Qualitätsminderung des Protoplasmas anzusprechen.

— In der **Therapie der epidemischen Zerebrospinalmeningitis** empfiehlt unter anderem HAUCK („Medico", 1905, Nr. 4) Einreibungen von Ungt. Credé. 2—3 *g* für Erwachsene, 1 *g* für Kinder werden 1—4mal täglich in die vorher durch Waschung mit Seife und Alkohol entfettete Haut 15 Minuten lang eingerieben. Von intensiverer und rascherer Wirkung sind die intravenösen Injektionen von 5—15 cm^3 der 2%igen oder 3—9 cm^3 der 5%igen Lösung. Ist nach 12 Stunden keine Wirkung da, so ist die Injektion zu wiederholen. Die Technik der Injektionen ist folgende: Man läßt die zu benützende Extremität, meistens den linken Arm, herabhängen und schnürt nach einiger Zeit die Venen mit einer Binde ab, doch so, daß der Arterienpuls fühlbar bleibt. Nachdem die Injektionsstelle sterilisiert ist, fixiert man sich die Vene, am besten eine Vene der Ellenbogenbeuge, zwischen 2 Fingern der linken Hand und sticht eine dünne Kanüle in schräger Richtung ein, bis das Blut reichlich abfließt. Sodann wird die nicht ganz gefüllte Spritze aufgesetzt und der Stempel etwas zurückgezogen, um eventuell Luftblasen anzuziehen. Die Extremität wird dann im ganzen langsam emporgehoben bis über die Horizontale, damit alle Luftblasen in der Spritze nach oben steigen. Darauf geschieht die Injektion langsam in kleinen Pausen, um das Kollargol dem Blutstrom möglichst verteilt zuzuführen. Bildet sich an der Injektionsstelle eine Quaddel, so befindet sich die Kanüle nicht im Lumen der Vene und ist sofort zurückzuziehen, da sonst bei subkutaner Injektion sehr lästige Infiltrate entstehen. Die Injektionsstelle wird mit Heftpflaster bedeckt. Ebenso wirksam wie die intravenösen Injektionen, aber viel leichter ausführbar sind die Kollargolklysmen. Von einer Lösung von $^1/_2$—1 *g* Kollargol in 50—500 *g* Aq. dest. gibt man morgens und abends die Hälfte als Klysma mittelst HEGARschem Trichter oder Glyzerinspritze, nachdem man $^1/_2$ Stunde vorher den Darm durch ein Reinigungsklysma mit $^1/_2$—1 *l* lauen Wassers entleert hat.

— Die **Hedonalwirkung** hat BOHNSTEDT untersucht („Russk. Wratsch", 1905, Nr. 18). Er fand: Hedonal erhöht die Herztätigkeit. Der Übergang vom Hedonalschlaf zum Chloroformschlaf erfolgt ohne Exzitation und bei minimalem Verbrauch von Chloroform. Während der Chloroformnarkose bleibt der Puls voll und gleichmäßig, der Zustand der Pupille und Kornealreflex bilden ein Kriterium der Tiefe der Narkose. Vor und nach dem Schlaf fühlen sich die Kranken vollkommen wohl. Während der Narkose wird nur ein minimales Quantum Chloroform verbraucht, in einer Stunde zirka 23 *g*. Erbrechen und Übelkeit treten während und nach der Narkose nur in den seltensten Fällen ein. Die Hedonal-Chloroformnarkose erlaubt, Kranke mit ausgesprochenen Herzfehlern zu chloroformieren. Gewöhnlich wurden 3·0 Hedonal verabreicht, u. zw. $1^1/_2$ Stunden vor der Narkose.

— Die **Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt** schildert DREUW („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 4). Man vereist die Herde mit Chloräthyl und reibt dann sofort mit roher Salzsäure, die DREUW in letzter Zeit noch mit freiem Chlor sättigt, kräftig ein. Es empfiehlt sich, die Salzsäureätzungen unter Chloroformnarkose vorzunehmen, so besonders bei Lupus multiplex, bei Lupus der Nasenhöhle oder der Lippen, bei tuberkulösen Abszessen und Fisteln, ferner wenn das Vereisen nicht vertragen wird oder ein besonders energisches Vorgehen nötig erscheint. Bei zirkumskriptem Lupus soll man die Epidermis gründlich ätzen, aber, um Narbenbildung zu vermeiden, nicht vollständig zerstören; es ist besser, einigemale eine Flächenätzung und nachher Punktalätzungen zu machen. Zu den letzteren bedient sich Verf. schräg zugespitzter, in die gesättigte Salzsäure getauchter Glasröhrchen. Das Verfahren wird zweckmäßig oft auch mit anderen Methoden, besonders der Lichtbehandlung, kombiniert.

— Sichere Folgeerscheinungen der **Thiokolbehandlung** bei Lungentuberkulose sind nach den Beobachtungen von JIFARD („Gaz. des hôpitaux", 1905, Nr. 24): Besserung des Appetits, Zunahme des Körpergewichts, Verschwinden der Nachtschweiße, Nachlassen des Hustens und Verringerung der Expektoration sowie Besserung des lokalen Krankheitsprozesses. Verf. empfiehlt, um einer eventuellen Kongestion vorzubeugen, nicht sogleich mit zu hohen Dosen zu beginnen, sondern zunächst das Adaptionsvermögen des Kranken dem Thiokol gegenüber zu prüfen und zu Beginn der Behandlung geringere Dosen zu verschreiben, welche dann allmählich gesteigert werden können. Er gab 1·0—5·0 zwischen den Mahlzeiten, und zwar 1 Stunde vor oder 2 Stunden nach der Mahlzeit. In 2 Fällen von grippöser Bronchitis hat sich die Überlegenheit des Thiokols als unwiderlegbar erwiesen. Alles in allem ist Verf. zu der Überzeugung gelangt, daß das Thiokol eine ideale Form der Kreosotbehandlung darstellt, der sich auch der Kostenpunkt nicht hindernd in den Weg stellt.

— Das **Hämorrhoïsid** haben GOLINER („Deutsche Med.-Ztg.", 1905, Nr. 13) und WEISSMANN („Med. Klinik", 1905) vielfach verwendet. Der erstere Autor hat das Präparat in Tablettenform gebraucht und nach der Vorschrift täglich 3 Tabletten nehmen lassen, welche aus je 0·43 Extractum Pantjasonae und Saccharum bestanden. Pantjasona ist eine Cucurbitacee und gehört zu derselben Familie wie Cucumis colocynthis, sie ist in Südasien heimisch, bei uns aber anscheinend nicht bekannt. Der erzielte Erfolg war in allen Fällen zufriedenstellend.

— Zur Behandlung der **Nachtschweiße der Phthisiker** empfiehlt JONES das Eumydrin („Wiener klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 4). In der großen Mehrzahl der Fälle (83·3%) wurde bei fortgesetzter Darreichung von 1—2, eventuell 3 *mg* Besserung oder selbst Aufhören der Schweiße erzielt. In seltenen Fällen blieben sie für kurze Zeit aus, auch wenn das Mittel weggelassen wurde. Die Schweiße dauernd und vollkommen zu vertreiben, gelang nicht; auch wenn das Mittel während des Schweißes selbst gegeben wurde, konnte keine Wirksamkeit desselben festgestellt werden. Vergiftungserscheinungen schwerer Art wurden nie beobachtet. In sehr vereinzelten Fällen wurde nach längerem Gebrauche, besonders größerer Dosen, über geringe Trockenheit im Schlunde geklagt. Klagen über Herzklopfen wurden nie geäußert. Das Eumydrin erweist sich demnach bei den Nachtschweißen der Phthisiker, in Gaben von 1—2 *mg* längere Zeit hindurch abends genommen, als ein gutes schweißverminderndes Mittel, das leicht vertragen wird und in dieser Dosis in der Regel keine unangenehmen Nebenwirkungen macht.

— Die **Quecksilbertherapie der Tabes dorsalis** hält FAUZE („Gaz. des hopit.", 1905, Nr. 1) im Gegensatze zu vielen Syphilidologen und Nervenärzten für eine wichtige Behandlungsform dieser Krankheit, wenn sie auch nicht in allen Fällen und in sicherer Weise die Tabes zur Heilung bringt. Vorläufig, bis zur Möglichkeit einer genauen Indikationsstellung, ist es Pflicht des Arztes, in jedem Falle von Tabes das Hg zu versuchen. Daneben müssen aber auch Ruhe- und Badekuren und die motorische Behandlung (Wiedererziehung) in entsprechendem Maße zur Anwendung kommen. Als beste Art der Quecksilberdarreichung empfiehlt FAUZE für Tabetiker die Injektionsmethode, und zwar, welcher Art auch das Präparat sei, im Durchschnitt 1 *cg* metallischen Quecksilbers pro Tag; natürlich müssen die individuellen Verhältnisse, Kräftezustand des Patienten usw., genau in Erwägung gezogen werden.

— In der internen **Behandlung des Fluor albus** hat KAPP („Deutsche Med.-Ztg.", 1905, Nr. 2) mit Leukrol treffliche Erfolge erzielt. Das Mittel wird aus einer tropischen, botanisch unbekannten Pflanze hergestellt und in Pastillenform in den Handel gebracht. Die Pastillen haben einen süßlichen Geschmack. 5 davon sollen pro die genommen und bei Eintritt der Menstruation ausgesetzt werden. Resümierend meint Verf. auf Grund seiner Erfahrungen, daß wir in dem Leukrol ein wertvolles Mittel zur Behandlung anämischer Zustände und deren Folgen, insbesondere des Fluor albus, besitzen, ein Mittel, das in der weitaus überwiegenden Anzahl der Fälle sich nicht nur von prompter und verläßlicher therapeutischer Wirkung erwies, sondern auch gerne genommen und gut vertragen wurde und sich frei von jeder wie immer gearteten unangenehmen Nebenerscheinung zeigte.

Literarische Anzeigen.

Histologische und klinische Untersuchungen über Ichthyosis und ichthyosisähnliche Krankheiten. Von **Dr. A. Gassmann**, Privatdozent an der Universität Basel. Ergänzungsheft zum „Archiv für Dermatologie und Syphilis". Wien und Leipzig 1904, Wilhelm Braumüller.

Die vorliegende Arbeit in all ihren Details zu würdigen, ist bei ihrem Charakter in einem Referate nicht gut möglich; beziehen sich doch die ersten 86 Seiten allein auf die histologischen Befunde des Autors, erhoben an einer ganzen Reihe echter Ichthyosisfälle in ihren verschiedenen Abstufungen, sowie auf die histologische Kasuistik des Naevus keratoticus und der sogenannten lokalisierenden Ichthyosis. Dabei ist die vorliegende Literatur in ausführlicher Weise berücksichtigt und die Korrelation zwischen eigenen und fremden Beobachtungen aufgedeckt. Der II. Teil des Buches beschäftigt sich mit der Symptomatik, die Diagnose und Therapie inbegriffen; hier findet sich wohl alles erwähnt, was klinische Beobachtung je von der Eigenart dieser Erkrankung zu melden wußte. Was der ganzen Arbeit aber ihren besonderen Wert verleiht, ist neben dem Reichtum des eigenen histologisch verarbeiteten Materials, neben der Heranziehung aller in Betracht kommenden literarischen Arbeiten, insbesondere ihre großzügige Anlage, die sich in jenem Teile, der die Beziehungen der Hornnaevi zur Ichthyosis behandelt, besonders dokumentiert.

DEUTSCH.

Operationen am Ohr. Die Operationen bei Mittelohreiterungen und ihre intrakraniellen Komplikationen. Für Ärzte und Studierende. Von **Dr. B. Heine**, erstem Assistenten der königl. Universitäts-Ohrenklinik und Privatdozenten an der Universität Berlin. Mit 29 Abbildungen im Text und 7 Tafeln. Berlin 1904, Verlag von S. Karger.

Um ein vortreffliches Buch hat HEINE die otiatrische Literatur bereichert. Und vortrefflich ist es geworden, weil der Autor durchwegs aus dem reinen Born der eigenen Erfahrung schöpft. Mag er vom WILDEsche Schnitte, von der Parazentese des Trommelfelles oder wieder von den ungemein komplizierten Sinus-, Labyrinth- und Gehirnoperationen sprechen, jedesmal ist es die eigene tiefgründige Beobachtung, welche der Erörterung zur festen Basis dient. Dazu sind die einzelnen Methoden so klar und leicht faßlich geschildert, daß bei der Lektüre einem förmlich zu Mute wird, als hätte man allen diesen Operationen persönlich angewohnt. Daß die ausgezeichneten Abbildungen das Verständnis des Textes womöglich nur noch erhöhen, braucht kaum erst ausdrücklich gesagt zu werden. Geradezu meisterhaft werden allüberall die Indikationen und Kontraindikationen gegeneinander abgewogen mit einer Schärfe der Logik, daß man dem Praktiker nur raten kann, er möge sich dieser Führung getrost anvertrauen. Die gleiche Sorgfalt wird jedesmal auch der Besprechung der Nachbehandlung gewidmet. Indes zu den bereits erwähnten Vorzügen des in Rede stehenden Werkes gesellt sich noch ein weiterer, der sie sogar sämtlich überstrahlt: die Mäßigkeit. Bei der notorisch großen Geschicklichkeit des Verfassers, bei seinem bedeutenden chirurgischen Können muß man es ihm als besondere Tugend anrechnen, daß er zum Messer nur greift, wo es unbedingt notwendig ist, und jener „Schneidigkeit", wie sie mitunter bei Operateuren zutage treten soll, gänzlich entrât. Aber er mag ruhig bleiben, das Opus wird seinen Weg schon machen.

EITELBERG.

Kompendium der Gewerbekrankheiten und Einführung in die Gewerbehygiene. Von **Dr. E. Roth**, Potsdam. Berlin 1904, Richard Schoetz.

Bei der stets wachsenden Erkenntnis der Bedeutung der Gewerbekrankheiten und bei dem Bestreben, den Arbeiter gegen die Gefahren seiner Beschäftigung zu schützen, gewinnt eine immer größere Zahl von Ärzten Interesse an diesem wichtigen Teile der Hygiene. Eine zusammenfassende Darstellung der für den Arzt wichtigsten Tatsachen auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten und der Gewerbehygiene, wie sie hier vorliegt, wird daher sicherlich einen großen Leserkreis finden, um so mehr als es dem Verf. gelungen ist, den Stoff in populärer Weise zu behandeln, ohne bei dem Leser besondere chemische oder technologische Kenntnisse vorauszusetzen.

A.

Feuilleton.

Medico-Statistica.

In vier stattlichen Bänden, welche in den letzten Monaten erschienen sind, zeigen uns das Land Niederösterreich und die Reichshaupt- und Residenzstadt Wien die Fülle von Arbeit, welche auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, der Krankenfürsorge, der sozialen Hygiene sowie der Wohlfahrtsangelegenheiten im allgemeinen in einer kurzen Spanne Zeit zu leisten war. Bei der Vielgestaltigkeit unseres sozialen Körpers, bei der Mannigfaltigkeit der immer steigenden Anforderungen, welche die Gesamtheit und das Einzelindividuum an die verschiedenen Verwaltungsbehörden stellt, wahrlich ein großes Stück Arbeit! Und die nackten Ziffern sowie die anspruchslosen Zahlenreihen und trockenen Tabellen lehren uns auch, welch rastlose Tätigkeit der ärztliche Stand auf so vielen Gebieten des öffentlichen Lebens entfaltet, eine Tätigkeit, die meist unterschätzt und kaum je nach Gebühr gewürdigt wird.

Es ist schwer, aus dem reichen Inhalt der vorliegenden Werke nur all das anzumerken, was bloß für den Arzt Interesse und Belehrung gewährt, weshalb im folgenden nur ganz kursorische Angaben hervorgehoben werden können. Aus dem „Landes-Sanitäts-Bericht für das Erzherzogtum Österreich unter der Enns für die Jahre 1898—1900"[1]) verdient das Kapitel Infektionskrankheiten eine eingehendere Würdigung, indem es beweist, wie erfolgreich der unermüdliche Kampf gegen diese Erkrankungen von den berufenen Sanitätsorganen geführt wird. Die Zahl der Blatternerkrankungen, welche z. B. 1893 noch 630 betrug, hat in den Jahren 1895—1900 die Ziffer 20 nicht überschritten, wohl zweifellos das Resultat der umfassenden prophylaktischen Maßnahmen, die dem ersten Auftreten einer Variolaerkrankung folgen. Die Mortalität der Diphtherie ist von 30·33% im Jahre 1893 konstant bis auf 16·6% des Jahres 1900 abgesunken. Die alljährlich in zahlreichen Ortschaften des Landes auftretenden Typhusfälle führten stets zu umfassenden Erhebungen, die die Abstellung sanitärer Übelstände im Gefolge hatten. Das Anschwellen der Keuchhustenepidemien wird tatsächlich, wie es auch der Bericht bedauert, sich nicht verhüten lassen, so lange die Ärzte selbst keuchhustenkranke Kinder ohne bestimmte Verhaltungsmaßregeln zur Luftveränderung auf das Land senden, solange die Kranken mit andern Kindern ungehindert in direkten dauernden Verkehr kommen und beim Weggehen die Wohnungen dieser Sommerfrischler nicht desinfiziert werden. Bezüglich der Fälle von Schweißfieber, welche insbesondere die Ortschaft St. Anton (Bezirk Scheibbs) betrafen, stellt der Bericht fest, daß das Schweißfieber mit Vorliebe Frauenspersonen im kräftigen Alter, besonders im Puerperium befällt; auch wurden bei einzelnen erkrankten Frauen, wenn dieselben auch nicht geboren hatten, Blutungen aus den Genitalien beobachtet. Zum Schlusse des Kapitels wird darauf hingewiesen, daß die Rücksichtnahme auf die Mitmenschen und das Verantwortlichkeitsgefühl unter der Bevölkerung im allgemeinen so schwach entwickelt sei, daß die zum Schutze der Gesamtheit getroffenen Anordnungen in den meisten Fällen kein Verständnis finden und nur als Belästigung empfunden werden. Wäre hier nicht auf den zweckentsprechenden Unterricht und auf die notwendige Aufklärung hinzuweisen gewesen?

Im Jahre 1900 betrug die Gesamtzahl der Ärzte Niederösterreichs 2959, von denen 2280 auf Wien entfallen. Während in der Hauptstadt auf einen Arzt 735 Einwohner kommen, beträgt der Durchschnitt der auf einen Arzt entfallenden Landbevölkerung 2099 Einwohner, wobei das Verhältnis in den einzelnen Bezirken sehr schwankt, z. B. Lilienfeld 1 : 1033, Waidhofen a. d. Thaya 1 : 3190. Die Kurpfuscherei bezeichnet der Bericht als eine „Quelle schwerer gesund-

[1]) Herausgegeben vom Landessanitätsrate für Niederösterreich. Verfaßt von Dr. A. NETOLITZKY, 1903.

heitlicher und materieller Schädigungen der Bevölkerung", er hebt insbesondere die Tätigkeit der sogenannten „Wender" und „Ansprecher" hervor (Zwettl, Melk u. a.), welche sich mit verschiedenen, auf dem krassesten Aberglauben beruhenden Verrichtungen abgeben. Die Strafamtshandlungen und Bestrafungen, fährt der Bericht fort, steuern nur in geringem Maße dem Unfuge, fördern sogar oft das Ansehen der Kurpfuscher, weil die Anschauung verbreitet wird, daß nur der Neid der Ärzte die Wundertäter nicht aufkommen lassen will. Wahre Triumphe feiern die Kurpfuscher, wenn sie bei Gericht freigesprochen werden müssen, weil nicht nachgewiesen werden kann, daß die unbefugte Ausübung der ärztlichen Praxis „gewerbsmäßig" ausgeübt worden sei. Ein Schmied in Zwettl soll das freisprechende Urteil unter Glas und Rahmen als Zeugnis, weiter praktizieren zu können, aufgehängt haben.

Auch die andern Abschnitte, für deren namentliche Anführung schon der Raum fehlt, bergen ein reiches, wissenswertes Materiale.

Ein Werk von fast 700 Seiten stellt der „Bericht des niederösterreichischen Landesausschusses über seine Amtswirksamkeit vom 1. Juli 1902 bis 30. Juni 1903. Bd. VIa Wohlfahrtsangelegenheiten"[2]) dar. Es berichtet eingehendst und auf Grund umfangreicher Statistik zunächst über die vom Lande erhaltenen und geleiteten Anstalten zur Unterbringung von Geisteskranken, zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder, über die n.-ö. Landes-Gebär- und Findelanstalt und die Anstalten zur Unterbringung körperlich und geistig Siecher. Von Neugründungen ist die Tageserholungsstätte in Pötzleinsdorf hervorzuheben, wobei die mitgeteilten grundsätzlichen Bestimmungen und das Regulativ für solche Anstalten ein wertvolles Materiale darstellen, ferner zu nennen die am 2. Juli 1902 eröffnete Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling. Zur Epilepsiebehandlung mit Amylenhydrat-Injektionen berichtet aus Kierling-Gugging Doktor FRIDOLIN JÖRG. Für eine wissenschaftlichere oder wenigstens gleichmäßigere Bearbeitung der sogenannten „wissenschaftlichen Mitteilungen" der n.-ö. Landes-Gebäranstalt habe ich an dieser Stelle schon vor Jahren plädiert; ich führe hier an die Zahl der operativen Eingriffe an der I. geburtshilflichen Klinik mit 550, an der II. mit 888 (hier erscheinen die Episiotomien mit der Zahl 363 eingerechnet), an der k. k. Hebammenlehranstalt mit 330 bei fast gleichen Geburtsziffern. Es ergibt sich beispielsweise ferner aus den mitgeteilten Tabellen an der I. geburtshilflichen Klinik eine puerperale Morbidität von 0·2%, an der II. eine solche von 2%, an der Hebammenlehranstalt eine solche von 0·1%, an der Zahlabteilung von 3%, also sicherlich unrichtige, weil auf nicht einheitlicher Bearbeitung beruhende Zahlen.

Die Mitteilungen RINTHERS über das Vorkommen von Schlüsselbeinbrüchen an Neugebornen nach spontaner Entbindung (s. „Wiener klin. Wochenschr.", 1902, Nr. 24) sind hier ausführlich wiedergegeben.

Aus dem „Statistischen Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1902"[3]) sei zunächst die Zahl der Geburten mit 56.307 hervorgehoben, was gegen 1898 wohl einen absoluten Zuwachs der Geburtsziffer um zirka 1000, ein aber mehr wie um 2‰ geringeres prozentuelles Wachstum der Bevölkerung (32·61 gegen 34·89‰) ergibt. Die Zahl der Todesfälle betrug 33.857, was eine Sterblichkeit von 18·93‰ gegen 19·60‰ des Jahre 1898 erkennen läßt. Die Zahl der Ärzte in Wien hat sich von 2119 im Jahre 1898 auf 2541 im Jahre 1902 vermehrt. Die Zahl der Todesfälle an Puerperalfieber betrug 152, von Blatternerkrankungen sind 6, Masern 15.259, Scharlach 3406, Typhus 308, Diphtherie 3501, Keuchhusten 3214 verzeichnet. Auch in nicht speziell das Gesundheitswesen behandelnden Kapiteln finden wir hygienisch und sozialmedizinisch wichtige Daten zusammengestellt, z. B die Wasserversorgung, die öffentlichen Gartenanlagen, die Kanalisierung, die Lebensmittelversorgung, die Krankenkassen und die Armenkrankenpflege betreffend. Die Tabellen des schon in seinem 20. Jahrgang stehenden und rühmlichst bekannten Statistischen Jahrbuches zeichnen sich durch möglichst eingehende Bearbeitung und kritische Würdigung des Urmateriales aus, welche das auch mit einem ausführlichen Register versehene Buch schon lange zu einem wertvollen statistischen Behelfe gemacht haben. Die „Gemeindeverwaltung der Stadt Wien im Jahre 1902"[4]) bildet gleichsam den Kommentar zu den Zahlen des vorangegangenen Werkes. Sie zeigt den komplizierten kommunalen Verwaltungsapparat mitten in der Arbeit, mitten in der Tätigkeit, Neues zu schaffen, Modernes an die Stelle des Veralteten zu setzen und hier selbsttätig schaffend, dort unterstützend einzugreifen. Die durch den Tod des Ober-Stadtphysikus erledigte Stelle kam nicht zur Wiederbesetzung (warum?), die Zahl der städtischen Ärzte wurde um 11 (ausschließlich arischer Abstammung) vermehrt. Im Stadtphysikate wurden in der I. Sektion (Hygiene und Sanitätspolizei) 34.915, in der II. Sektion (Medizinalwesen) 74.185 Geschäftsstücke behandelt. Die Zahl der Amtshandlungen der Bezirksärzte betrug bezüglich der Infektionskrankheiten allein: 12.224 persönlich, 147.810 schriftlich; bei den städtischen Ärzten möge nur die Zahl der Hausordinationen von 213.089 ein Bild ihrer Tätigkeit geben. Im Jahre 1902 wurde das Kaiser Franz Josef-Regierungs-Jubiläums-Kinderspital der Gemeinde Wien eröffnet.

Die Fülle von Arbeit, Fleiß und Emsigkeit, welche aus all diesen Berichten hervorleuchtet, wurde zu wiederholtem Male betont und der Initiative, der Tatkraft und Schaffensfreudigkeit all der dazu berufenen Instanzen soll vollauf die gerechte Würdigung gezollt werden. Aber der Wunsch, den wir schon so oft an dieser Stelle ausgesprochen haben, daß in der Arbeit für das Gesamtwohl unserer Stadt und unseres Landes politischen Erwägungen und Beeinflussungen persönlicher Natur kein Raum gelassen werden sollte, er muß auch heute wiederholt werden, wo noch immer einem ansehnlichen Teile der Ärzteschaft, der sich wahrlich nicht durch Mangel an Kenntnissen, Fleiß und Pflichterfüllung unterscheidet, jede direkte Mitarbeit an den Aufgaben der Kommune und des Landes gänzlich verschlossen bleibt. **F.**

[2]) Referent: LEOPOLD STEINER, 1903.

[3]) Bearbeitet von der Magistratsabteilung XXI für Statistik 1904.

[4]) Bericht des Bürgermeisters Dr. KARL LUEGER, 1904.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

V.

BORCHARDT (Berlin): **Demonstration eines mit Erfolg operierten Cholesteatoms der linken hinteren Schädelgrube** und des Patienten.

Benda (Berlin) hält die Chance, Cholesteatome zu operieren, für sehr gering; er hat unter 10.000 Sektionen nur 3 Fälle gefunden und die Diagnose dieser Tumoren hält er für außerordentlich schwer. Von Wichtigkeit für die Operation ist es, zu wissen, daß die Cholesteatome wie die Atherome einen in eine Kapsel eingeschlossenen Brei darstellen. Man muß daher auch die Kapsel entfernen, wenn man ein Rezidiv vermeiden will. Die Cholesteatome haben aber auch die Eigenschaft, zu proliferieren und ohne eigentlich maligne zu sein, wie die Karzinome zu wachsen.

FRIEDRICH (Greifswald): **Beiträge zur Hirnchirurgie.** Mit Demonstrationen.

Vortr. sagt, die Kürze der Zeit mache es ihm unmöglich, alle wichtigen Symptome der Diagnostik zu betrachten, nur eins will er hervorheben, daß nach seinen Beobachtungen die KOCHERsche Theorie sowie die Forderung v. BERGMANNS, daß man in jedem Fall, wo die Epilepsie stationär geworden sei, Halt zu machen habe, nicht für alle Fälle zutrifft. Seine Beobachtungen haben in allen Fällen 4—6 Jahre gedauert. Er hat zuerst mit ganz verzweifelten Fällen von genuiner Epilepsie mit lang bestehender Intelligenzstörung begonnen und in den ersten 4 Fällen konstatieren können, daß der KOCHERsche Eingriff in jedem Falle das epileptische Gehirn zur Besserung verändert hat, entweder in der Anfallsform der Menge oder der Psyche. Besonders sei ihm ein Fall im Gedächtnis, den ein bedeutender Psychiater als aussichtslos bezeichnet habe und der durch den Eingriff doch geheilt worden ist. Das KOCHERsche Vorgehen hat er derart modifiziert, daß er die Schädellücken immer etwas größer nahm, weil die kleineren bald wieder verknöcherten. Die Knochenlücke macht er gewöhnlich 40—50 *qcm* groß, die Duralücke 10—12 *qcm*. Fälle, die seit den frühesten



Jahren schwer erkrankt waren, hat er so vollkommen geheilt. Der Vortragende stellt dann noch einen Patienten vor, den er schon öfter gezeigt hat, bei dem ein apfelgroßes Psammom des Gehirns entfernt wurde; Pat. wurde von den schwersten psychischen Störungen vollkommen geheilt.

Kümmell (Hamburg) hat nicht so günstige Erfolge mit dem Kocherschen Vorgehen erzielt. Der Effekt ist zwar im Anfang stets gut, aber vorübergehend gewesen. Nur in einem Falle konnte er eine etwas längere Heildauer konstatieren.

Lexer (Berlin): **Vereinfachung der Resektion des 3. Trigeminusastes an der Schädelbasis.**

Lexer hat die Krönleinsche Operation noch weiter vereinfacht, als dies von anderen Chirurgen geschehen ist. Er legt nur einen horizontal am oberen Jochbogenrande verlaufenden Schnitt an, von welchem aus der Jochbogen subkutan wie bei der von ihm angegebenen Operation des Ganglion Gasseri durchtrennt wird. Der M. temporalis wird nach vorn gezogen, das Periost an der Crista infratemporalis durchschnitten, worauf dann die Freilegung des Knochens der Fossa infratemporalis mit einem stumpfen Haken geschieht, der die Flügelmuskeln samt dem Perioste und dem Jochbogen nach abwärts zieht. Auch der 2. Ast läßt sich von hier aus erreichen. Die Vorteile des zweimal am Lebenden ausgeführten Verfahrens liegen in der kurzen Operationsdauer, in der sicheren Vermeidung des Augenfazialis und im Fortfalle einer Knochennaht und Arterienunterbindung. (Demonstration am Präparate.)

Axenfeld (Freiburg i. Br.): **Krönleins Orbitalresektion zur Behandlung retrobulbärer Geschwülste und Entzündungen.**

Redner beleuchtet die Krönleinsche Operation vom Standpunkt des Ophthalmologen und den Wert derselben an einzelnen kasuistischen Fällen, in denen die Diagnose auf Sehnerventumor gestellt war, die Autopsie aber oder die Krönleinsche Resektion einmal eine leukämische Infiltration um den Sehnerven herum, ein anderesmal einen Echinokokkus aufwies. Andrerseits konnte durch dies Verfahren bei wirklichen Tumoren des Sehnerven, die mit noch erhaltener Sehkraft einhergingen, weil die Nervenfasern den Tumor durchsetzten, die Diagnose exakt gestellt werden. Vortr. geht dann noch auf die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Orbita ein, die einen Tumor vortäuschen können und bei denen nur die Krönleinsche Operation sicheren Aufschluß geben kann. Ein Fehler des Verfahrens sei die nicht seltene Abduzenslähmung, doch lasse sich die Verletzung des Nerven bei einiger Übung vermeiden. Alles in allem genommen müssen die Ophthalmologen die Krönleinsche Operation als vorzüglich anerkennen.

Helferich (Kiel): **Über Pharyngoplastik.** Mit Krankenvorstellung.

Helferich betont zunächst, daß er die Patienten, die er am Pharynx operiert, vorerst zu gastrostomieren pflegt. Er berichtet dann über einen Fall von Karzinom des Pharynx und Larynx, in dem er erst nach einem Jahre, nachdem keine neuen Drüsen zu konstatieren waren, die plastische Operation zum Ersatze des Pharynx angeschlossen hat. Er hat nach Art einer Lippenfistel die Deckung mit Hautlappen gemacht, und es ist jetzt nur noch ein kleines Loch vorhanden, was er nunmehr auch verschließen zu können glaubt.

Perthes (Leipzig) hat das Glucksche Verfahren, den Ösophagus mit der Gastrostomiefistel zu verbinden, auch seit einem halben Jahre an einem Fall angewendet.

Gluck (Berlin): **Über plastischen und prothetischen Ersatz exstirpierter und ausgeschalteter Organe.**

Vortr. demonstriert seine schon öfter gezeigten Patienten, die nach Laryngektomie und Pharyngektomie wegen Karzinoms einen plastischen Ersatz tragen und macht an Tafeln die Technik seines Operationsverfahrens klar. Auch die Tuberkulosen hat er in das Bereich seiner Operationen gezogen und stellt einen vor 7 Wochen operierten Fall vor. Bei einem Kinde mit totaler Obliteration der Speiseröhre nach Laugenverätzung hat er in sehr origineller Weise den Ösophagus vermittelst eines Schlauches mit einer Magenfistel verbunden. Das Kind ißt und trinkt also wie gewöhnlich, die Speisen gehen dann, nachdem sie heruntergeschluckt sind, in den Schlauch, außen am Körper entlang und durch die Gastrostomieöffnung wieder in den Magen. Eine gesteigerte Eßlust befriedigt dieses Kind, indem es auf demselben Wege seinen Magen ausspült und wieder von neuem anfängt zu essen.

Helbron (Berlin): **Die Krönleinsche Operation. Mit Krankenvorstellungen.**

Helbron verbreitet sich über die Technik der Operation, wie sie an der Berliner Universitäts-Augenklinik geübt wird. Bei mehr temporalem Sitz der Erkrankung genügte die Krönleinsche Schnittführung vollkommen, bei mehr nasalem Sitz derselben wurden noch Entspannungsschnitte hinzugefügt. Von 140 von ihm zusammengestellten Fällen war mit Ausnahme von 2 Fällen die Erhaltung des Bulbus stets möglich. Die Lage desselben war nachher meist normal, ebenso seine Stellung. Selten trat En- oder Exophtalmus auf. Dagegen sind häufiger Wachstumsstörungen des Bulbus beobachtet worden. Bei malignen Tumoren sind die Resultate leider sehr unsicher; hier muß man auch bei jugendlichen Individuen die Exenteratio orbitae vorausschicken. Redner demonstriert dann noch einen Fall von Dermoidzyste der Orbita, einen Fall von Kavernom, einen Fall von Sehnerventumor, bei dem die Krönleinsche Operation auch in bezug auf das Sehvermögen als vollkommen bezeichnet werden muß.

Franke (Braunschweig) ist der Meinung, daß es Fälle gibt, bei denen man auch mit dem Entspannungsschnitt nicht vollkommene Übersicht erhält.

Krönlein (Zürich) erinnert daran, daß er vor 20 Jahren in einer Notlage dazu gekommen ist, seine Methode zu probieren.

Rosenbach (Göttingen): **Über Gesichtsfurunkel und deren Behandlung.**

Die Beobachtungen, die Rosenbach an sogenannten malignen Furunkeln gemacht hat, und die mikroskopischen Untersuchungsresultate haben ihn zu der Annahme geführt, daß in dem Gewebe Straßen existieren, auf denen sich die Infektion ausbreitet, und daß durch die mimische Bewegung der Gesichtsmuskulatur, insbesondere des Orbicularis oris eine außerordentliche Begünstigung des Fortschreitens auf diesen Straßen stattfindet. Daher nehmen auch die Furunkeln des Gesichts, vor allem der Lippe, nicht selten einen foudroyanten Charakter an. An Tafeln demonstriert Redner die Resultate der mikroskopischen Untersuchungen.

Killian (Freiburg i. Br.): **Die Tracheobronchoskopie in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht.**

Den Wert und die Leichtigkeit der direkten Tracheobronchoskopie ohne Kehlkopfspiegel legt Killian an photographischen Tafeln dar und versichert, daß für die Extraktion von Fremdkörpern in zwei Drittel aller Fälle die Methode ausreicht. Auch die Lungenchirurgie würde durch exaktere Diagnosenstellung vermittelst seiner Methode eine wesentliche Bereicherung erfahren. Die Untersuchungen werden normaliter in Narkose und am hängenden Kopf gemacht. Demonstration des Instrumentariums.

Kuhn (Kassel) empfiehlt die Narkose mit peroraler Tubage.

Kausch (Breslau) stimmt Killian darin bei, daß die Bronchoskopie wirklich nicht so schwer ist, wie man zuerst glauben möchte.

Hofmeister (Tübingen) und **Helferich** (Kiel) halten die Bronchoskopie für eine außerordentliche Bereicherung unserer diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel.

Auch **Sprengel** (Braunschweig) berichtet über einige Fälle, in denen das Verfahren ihm gute Dienste geleistet hat.

In einem Schlußwort bestätigt Killian, daß die Narkose durch perorale Tubage alle die unangenehmen Erscheinungen vermissen läßt, die sonst bei der Narkose aufzutreten pflegen. Die Bronchoskopie hat er schon bei 2 Jahre alten Kindern mit bestem Erfolg durchgeführt.

Blauel (Tübingen): **Über die Untersuchung der Trachea im Röntgenbilde, besonders bei Struma.**

Auf den Röntgenbildern waren die Verengerungen und Verlagerungen der Trachea mit Deutlichkeit zu erkennen.

---

22. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

VI.

Brat (Berlin): **Über die Wirkung des Baryums auf das isolierte Säugetierherz.**

Brat hat im Anschluß an Untersuchungen über ein von ihm dargestelltes Baryumtheobromindoppelsalz (Bauntin), dessen diuretische Wirkung experimentell und klinisch festgestellt ist, untersucht, ob Baryum, eine der pharmakodynamisch in Betracht kommenden Komponenten, eine Wirkung auf das in situ isolierte Säugetierherz ausübt. Positive Versuche am Kaltblüterherzen lassen sich nicht auf das Säugetierherz übertragen. Brat konnte konstatieren, daß ein Teil der Wirkung des Chlorbaryums auf die Pulsbeschaffenheit dem Einfluß auf das Herz selbst zuzuschreiben ist. Die weitere Prüfung der Verbindungen des Baryums, welches selbst wegen seiner Giftigkeit und wegen seines zu starken Einflusses auf den Gefäßtonus in Deutschland nicht in Aufnahme gekommen ist, hat volle Berechtigung. Bei der Isolierung des Herzens nach Hering-Bock hat Brat zur Unterbindung der Aorta

descendens einen Pneumothorax angelegt, nachdem er auf Grund der Anwendung des BRAUERschen Verfahrens folgende Gesetzmäßigkeit zwischen Puls und Atmung bei Pneumothorax erkannte: Von dem Umfang der Atemexkursionen, von der intermittierenden Atembewegung der Lunge hängt es ab, ob eine Reizung des Herzvagus eintritt. Der Einwand, daß Gaswechselstörungen die betreffenden Erscheinungen erklären, ließ sich experimentell widerlegen.

DETERMANN (Freiburg i. B.): **Einige Verbesserungen des HIRSCH-BECKschen Verfahrens zur Bestimmung der Viskosität des menschlichen Blutes.**

Demonstration einer Venenpunktionsspritze für zirkulierendes warmes Thermostatwasser, vermittelst welcher man in der Lage ist, aus der Vene das Blut lebenswarm in das schon im Thermostaten befindliche Viskosimeter zu transportieren. Man vermeidet mit dieser Vorrichtung die sonst unvermeidliche Abkühlung des Blutes, den Venenschnitt, die schwierige Manipulation bei der Anwendung der von HIRSCH und BECK benutzten Glasröhren und die Notwendigkeit eines Wärmeschrankes.

SCHREIBER (Göttingen): **Über Volumetrie des Herzens.**

Vortr. berichtet über eine neue Methode der Registrierung der Volumensänderung und Tätigkeit des nicht isolierten Warmblüterherzens.

Hering (Prag) hat für diese Zwecke die ältere Methode von KNOLL bewährt gefunden.

J. MÜLLER (Würzburg): **Demonstration einer neuen Art von Fäzeskristallen bei perniziöser Anämie.**

In einem mit Achylia gastrica verlaufenen, zur Sektion gekommenen Falle fanden sich in dem gelbgefärbten Stuhl säulenfärbige Gebilde, die, besonders in der Wärme wasserlöslich, sich mit Methylenblau und Jod färben. Die Natur der Kristalle ist noch unbekannt.

PRELLE (Berlin): **Dr. HERYNGS Inhalationsmethode und -Apparate.**

Vortr. hat nachgewiesen, daß durch diese Methode die inhalierten Flüssigkeiten äußerst fein verteilt werden und in die Lunge eindringen.

SCHÜTZ (Wiesbaden): **Die Schleimsekretion des Darms.**

Vortr. ist auf Grund zahlreicher Stuhluntersuchungen mittelst Sieb zu dem Resultat gelangt, daß die Schleimabsonderungen sehr schwankend sind; auch bei periodischer, paroxysmaler Anschwellung ist doch stets in den Zwischenräumen ein vermehrter Schleimgehalt vorhanden. Schleimbildung und Kolonschmerz sind unabhängig voneinander, gelegentlich kann erstere letzteren auslösen. Die Unregelmäßigkeit der Schleimsekretion kommt auch bei katarrhalischen Erkrankungen vor. Aus der Art der Schleimabsonderung läßt sich kein Schluß, ob katarrhalisch oder neurogen, machen. Letztere allein ist jedenfalls sehr selten, am häufigsten wahrscheinlich die Kombination beider Formen.

Mikroskopischer Befund: Die Epithelienmenge der einzelnen Schleimflocken schwankt sehr, sie geht parallel dem Schleimgehalt des Stuhles; der von A. SCHMIDT aufgestellte Unterschied, daß entzündlicher Schleim zellenreich, neurogener zellenarm sei, ist nicht richtig.

W. Schlesinger (Wien) gibt an, gefunden zu haben, daß bei Colitis mucosa die Schleimmassen viel Rundzellen enthalten, also entzündliche Produkte, bei nervösen Schleimabsonderungen sich darin nur Darmepithelien, wie in der Norm des Darmsekretes, finden.

Bickel (Berlin) hat im Tierexperiment Schleimbildung im PAWLOWschen Fistelmagen auf nervöser Basis nicht entstehen sehen; ihr Vorkommen erscheint zweifelhaft.

FEINBERG (Berlin): **I. Über die feinere Histologie der gutartigen und bösartigen Epithelgeschwülste. II. Über die Ätiologie der gutartigen und bösartigen Epithelgeschwülste.**

Für einfache Formen von Protozoen gibt es ein diagnostisches Kennzeichen: Alle einfachen einzelligen tierischen Organismen haben im Ruhezustande eine völlig andere Kernform als alle Gewebszellen. Echte Nukleolen oder Nukleolarsubstanzen (Plastin) besitzt kein einzelliger tierischer Organismus! Die Sporozoen haben im Gegensatze zu den anderen Klassen der Protozoen auch keine Kernmembran. Ihr Kern besteht also nur: aus einem Kernpunkt und aus dem diesen Kernpunkt umgebenden Kernsaft. Eine solche Kernform haben nur die in echtem Geschwulstgewebe vorhandenen einzelligen tierischen Parasiten, die Vortr. Histosporidien nennt.

Was die Lebensweise dieser Histosporidien betrifft, so ist ihre Existenz so sehr an das Gewebe als solches gebunden, daß sie niemals außerhalb desselben existieren können. Sie gehen auch in Lymph- und Blutflüssigkeit in demselben Körper stets sofort zugrunde, können daher niemals lebensfähig an eine andere Stelle des Körpers als die primäre selbständig gelangen und niemals eine völlig neue Infektion an einer anderen Stelle desselben Körpers (wie der Tuberkelbazillus) erzeugen; vielmehr kann der Parasit nur durch das Gewebe, in welchem er parasitiert, bzw. durch einzelne Zellen der Geschwulst, in denen er sich aufhält, an eine neue Stelle des Körpers verschleppt werden, so daß hier ein neuer Tumor durch die alten Zellen hervorgerufen wird, wodurch die Entstehung der Metastasen sich von selbst ergibt, ebenso wie bisher gelungene Transplantationen.

Bei der Erforschung der Entwicklung dieser Parasiten ist Vortr. schließlich zu der Ansicht gelangt, daß die Sporenbildung der Histosporidien in einem Zwischenwirte stattfindet. Der letztere war im Wasser zu suchen, da Vortr. nach persönlicher Rekognoszierung der Mark Brandenburg und anderer Gegenden, wie schon aus der Literatur bekannt war, fand, daß immer nur diejenigen Dörfer von Krebs befallen bzw. oft sehr heimgesucht waren, die in unmittelbarer Nähe von Teichen, stehendem oder langsam fließendem Wasser sich befanden. Bei längerem Forschen in diesen Dörfern fand Vortr. als Wirtstiere (Zwischenwirte) der Sporenbildung dieser Histosporiden die in stehendem und langsam fließendem Wasser vorkommenden Zyklopiden und auch Daphniden.

Niemals gelangen diese Histosporidien oder ihre Sporen hierbei direkt in die Eizellen dieser kleinen Wassertiere, sondern stets infizieren sich die jungen Zyklopiden indirekt durch Vermittlung des Wassers selbst, d. h. die reifen Sporen der Histosporidien müssen erst aus den Zyklopiden in das Wasser gelangen, bevor eine Infektion des jungen Wassertieres statthat. Auf genau demselben Wege wie die jungen Zyklopiden durch ihre Muttertiere infiziert sich auch der Mensch, d. h. dadurch, daß direkt die in dem Wasser nun frei vorkommenden Sporen in das Gewebe des Menschen eindringen und hier wieder durch ihre multiplikative Fortpflanzung die Geschwulst hervorrufen! Die Vergleiche zwischen dem lokalen Vorkommen und der geographischen Verbreitung von Zyklopiden und Daphniden einerseits und von echten Geschwülsten, speziell Krebsen andrerseits, die von dem Vortragenden in Deutschland und in den europäischen wie außereuropäischen Ländern festgestellt werden konnten, zeigten völlige Übereinstimmung! Als prophylaktische Maßnahmen ergaben sich daher: 1. Das Baden und Waschen des Körpers in offenen, stehenden und langsam fließenden Gewässern muß denjenigen, die das 30. Lebensjahr überschritten haben, möglichst untersagt werden. 2. Alle bestehenden und zu errichtenden Badeanstalten müssen mit Fliesen oder Kacheln vollständig ausgelegt und das zuzuführende Wasser filtriert werden. 3. Das Trinken aus offenen, stehenden oder langsam fließenden Gewässern sowie das Ausspülen von Gefäßen in solchem Wasser muß gänzlich untersagt werden.

Albrecht (Frankfurt a. M.) erklärt die als Parasiten angesprochenen Zellgebilde für Degenerationsprodukte.

BENDERSKY (Kiew): **Eine einfache und leichte Methode der Abgrenzung der inneren Organe.**

Die Methode besteht in der Vereinigung der Auskultation mit der Perkussion. Man auskultiert mittelst eines weichen Stethoskopes. Die Glocke wird am vermutlichen Organe mit der linken Hand gehalten, der Ansatz wird ans Ohr des Untersuchers gesetzt und mit den Fingern der rechten Hand wird leise in allen Richtungen perkutiert. Man braucht hier nicht die Dämpfung von dem tympanitischen Schalle unterscheiden. Alle Organe, die Luft und die keine Luft enthalten, geben denselben Schall. Bis die Glocke des Stethoskops und die perkutierenden Finger sich am Organe befinden, hört man einen Schall, wenn aber die Grenze des Organs überschritten ist, wird der Schall bedeutend vermindert oder hört auf. Man kann sich sehr schnell orientieren über die Grenzen des Magens, das Colon transversum u. dgl. Besonders bemerkenswerte Resultate gibt die Untersuchung der Lungenspitzen: Man setzt die Glocke beiderseits des Processus eminens des 7. Halswirbels (schief 4 Finger breit) und man perkutiert leise und fein oft mit einem Finger.

Bei normalen Lungenspitzen hört man den Schall auf dem ganzen Gebiete, wenn aber eine Läsion vor der Hand liegt, hört der Schall auf, auf einer oder auf beiden Seiten, symmetrisch oder asymmetrisch.

BERNHARD FISCHER (Bonn): **Über Arterienerkrankungen bei Adrenalininjektionen.**

Intravenöse Injektionen von Nebennierenpräparaten führen beim Kaninchen zur Bildung von Beeten und Aneurysmen der Aorta, hervorgerufen durch fleckweise auftretende Nekrosen der glatten Muskulatur der Media mit ausgedehnter Verkalkung, Streckung und Zerstücklung der elastischen Fasern. Erst spät treten reaktiv-entzündliche Vorgänge hinzu: Mesarteriitis. Bevorzugt und zuerst befallen sind Arcus aortae und Aorta thoracica. Am Herzen findet sich häufig Myofibrosis, Myocarditis interstitialis und zuweilen Verkalkung von Herzmuskelfasern.

Häufig sind große und kleine Apoplexien. Dieselbe Arterienerkrankung — wenn auch nicht so regelmäßig und so hochgradig — läßt sich durch intravenöse Injektionen toxisch wirkender Substanzen erzielen und kommt auch spontan vor bei Kaninchen mit langsam fortschreitender Kachexie. Von der menschlichen Arteriosklerose ist diese spezifische Arterienerkrankung des Kaninchens grundverschieden; die letztere ist auf Giftwirkung zurückzuführen und auf Grund der histologischen Befunde als Arterionekrose zu bezeichnen. Subkutane Adrenalininjektionen waren erfolglos, desgleichen intravenöse beim Hund. Die Reaktion der einzelnen Tiere auf die Injektionen ist sehr verschieden. Von allgemeinem Interesse ist die Lokalisation der Giftwirkung (Freibleiben der Pulmonalis usw.). Demonstration makroskopischer und mikroskopischer Präparate, Projektion von Abbildungen.

Külbs (Kiel): Wie Vorredner hat auch Külbs nach subkutaner Adrenalininjektion bei Tieren, selbst nach einmaliger Dosis, die sklerotischen Veränderungen der Aorta beobachtet, die niemals am peripheren Gefäßsystem auftreten.

Albrecht (Frankfurt a. M.) erinnert an die Ähnlichkeit dieser experimentell beim Tier erzeugten Erkrankungen mit der Aortitis luetica beim Menschen, wenigstens in bezug auf die groben Veränderungen. Auch hier sind sie durch die besonderen mechanischen Verhältnisse der Brustaorta bedingt.

Rumpf (Bonn): **Über chemische Befunde bei chronischer Nephritis.**

Vortr. berichtet zunächst aus den Untersuchungsergebnissen, welche er gemeinschaftlich mit M. Dennstedt in etwa 2000 Analysen des Blutes und verschiedener Organe bei Krankheiten etc. gewonnen hat.

Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XXIV.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Asch: Diagnose und Behandlung der Ehegonorrhöe.

Daß die einmal gonorrhoisch infizierte Schleimhaut spontan ausheilt, scheint ausgeschlossen; dieses sieht man besonders bei der Vulvovaginitis der Kinder. Bei der weiblichen gonorrhöischen Infektion kommen stets die verschiedensten Schleimhäute in Frage. Die Infektion der Urethra bedingt eine Aussaat auf Vulva und Vagina; und so wird eine Schleimhaut stets von der benachbarten Schleimhaut von neuem infiziert. Die Gefahr der wiederholten Infektion ist am größten im Eheverkehr. Daher ist die Gonorrhöe in der Ehe eine so langdauernde, scheinbar unheilbare Krankheit. Beschränken wir uns in der Diagnose allein auf den Gonokokkennachweis, so werden wir vielfach Irrtümer begehen. Der fehlende Nachweis von Gonokokken spricht keineswegs für die Heilung. Nach Harnsekretion fehlt gewöhnlich der sichere Nachweis, schabt man aber die Schleimhaut ab, so sind oft deutlich Gonokokken nachweisbar. Nach einer Provokation durch Argentumeinspritzung findet man ferner Gonokokken, während man vor derselben keine nachweisen kann. Asch betont die Wichtigkeit der Untersuchung der paraurethralen Gänge. Das Sekret des Zervikalkanals muß man eventuell durch Aufschwemmen mit Wasserstoffsuperoxyd anzusammeln suchen. Die Gynäkologen allein können nie die Ehegonorrhöe ausheilen; denn der Ehemann muß auch eine Gonorrhöe haben und muß behandelt werden. Die Frage ist also nicht, ob der Mann eine Gonorrhöe hat, sondern wo sitzen die Gonokokken, die die Frau infiziert haben. In der letzten Zeit sind ja auch in der Epididymis Gonokokken gefunden worden. Daß die Gonokokken also solche eine verschieden starke Virulenz besitzen, erscheint Asch nicht richtig. Selbst durch langjähriges Bestehen scheint sich die Virulenz nicht zu verändern. Auch die chronischen Formen können eine frische Gonorrhöe hervorrufen. Die Reaktionsfähigkeit der Schleimhaut ändert sich, nicht die Virulenz der Gonokokken, und daher reagiert die Schleimhaut des Mannes bei lange bestehender Gonorrhöe nicht auf die Anwesenheit der Gonokokken, wohl aber die Schleimhaut der jungen Ehefrau. Die Behandlung der Frau soll daher nur vorgenommen werden, wenn die Reinfektion durch den Mann ausgeschlossen ist. Ein Koitusverbot ist bei der langen Dauer der Behandlung nicht durchführbar. Statt dessen soll der Koitus mit Präservativ gestattet werden. Der Nachweis, daß die Frau von Gonokokken frei ist, muß auch durch Provokation der Uterusschleimhaut versucht werden. Vor vorzeitig operativem Eingreifen warnt Asch energisch; besonders bei einseitiger Erkrankung der Adnexe; nach der Operation wird gewöhnlich die andere Seite infiziert. Eine gefährliche Behandlung ist die Auskratzung des Uterus. Zurückbleibende Gonokokken infizieren zu gleicher Zeit die ganze sich neubildende Schleimhaut und von ihr die Adnexe.

Gottschalk glaubt, daß die gonorrhoische Infektion spontan ausheilen kann, gegen eine Abrasio ist er wie Asch gleichfalls. Der Koitus, auch mit Präservativ, bringt stets eine neue Kongestion hervor, ist also zu verbieten. Hingegen glaubt Gottschalk an verschiedene Virulenz der Gonokokken.

Dienst: Beiträge zum Bau und zur Histogenese der Plazentargeschwülste.

Dienst demonstriert einen apfelgroßen Tumor in der Plazenta. Derselbe besteht aus einer Oberflächenbedeckung von Langhansschen Zellen; im Gegensatz zu dem in der Randzone des Tumors gelegenen bindegewebigen Stroma, das auch in Gestalt von Septen und Balken in das Innere des Tumors ausstrahlt, besteht das eigentliche zentral gelegene Geschwulstparenchym aus angiomatös gewucherten Kapillaren und Endothelien. Er bezeichnet die Geschwulst als alantogenes, myxofibröses Kapillarangiom des Chorions, für das Dienst der Einfachheit wegen den Namen Choriom wählt. Sämtliche bisher beschriebenen Plazentargeschwülste stimmen hinsichtlich ihres Aufbaues im wesentlichen untereinander überein, allerdings mit der Einschränkung, daß bald mehr der Anteil der Gefäße prävaliert, bald der des Chorionbindegewebes. Von diesen klinisch gutartigen Bindesubstanzgeschwülsten — den Choriomen — möchte Dienst die klinisch malignen Epithelialgeschwülste — die Chorionepitheliome — streng scheiden.

Toff (Braila): **Gefahren des Sublimats in der Geburtshilfe.**

Sublimat wird vielfach ohne die genügende Vorsicht von Ärzten und Hebammen in der Geburtshilfe angewendet, und doch kann es ganz gefährliche Störungen hervorrufen. Zeichen der Vergiftung stellten sich von seiten des Darmes oder von seiten der Nieren ein, während Erscheinungen von seiten der Mundhöhle fehlten. Werden diese Erscheinungen verkannt und die Sublimatspülungen fortgesetzt, so können die größten Gefahren für die Kranke entstehen. Temperatur und Pulssteigerung können den Eindruck einer puerperalen Infektion machen; greift man jetzt gar noch zu intrauterinen Spülungen, so wächst natürlich die Gefahr. Im Urin kann man Eiweiß und auch Spuren von Quecksilber nachweisen. Werden die Sublimatspülungen ausgesetzt, so schwindet das Fieber, der Eiweißgehalt nimmt ab. Sublimat sollte nie angewendet werden, bevor nicht der Urin untersucht und eiweißfrei gefunden wurde.

Poten: Therapie der Eklampsie.

Bei der Eklampsie, die vor der Entbindung ausgebrochen ist, soll so bald wie möglich die Entbindung eingeleitet werden. Es fragt sich nur, ob man sofort die forcierte Entbindung vornehmen soll. Poten gibt einen Vergleich der Morphiumbehandlung mit der forcierten Entbindung, wie sie jetzt üblich ist. Es wurden 127 Fälle von Eklampsie beobachtet, davon 108 Fälle vor der Geburt. 5 Fälle erhielten kein Morphium, einer starb schnell, bei 4 sistierten die Anfälle nach Absterben der Frucht. — 66 Fälle wurden mit Morphium in großen Dosen (0·02—0·03 pro dosi) behandelt. Die Anfälle hörten in 4 Fällen vor der Entbindung auf. In 62 Fällen war der Erfolg nicht zufriedenstellend. Bei ihnen wurde in 54 Fällen Morphium bis zur Geburt gegeben; aber hier ist wohl das bessernde Moment vielfach der Eintritt der Entbindung gewesen. Die vorangegangene Morphiumeinspritzung hat keinen Einfluß darauf gehabt, ob nach der Geburt noch Anfälle eintraten. Ein wesentlicher Einfluß konnte dem Morphium also überhaupt nicht beigemessen werden. Poten sah 24 Todesfälle; davon blieben 2 Frauen unentbunden, und zwar 27% Todesfälle bei vorangegangener Morphiumbehandlung. 39 Fälle wurden ohne Morphium behandelt, nur die Geburt wurde so schnell wie möglich beendigt, hiervon starben nur drei. Poten verwendet gewöhnlich zur schnellen Entbindung die Bossische Dilatation. Er empfiehlt daher die Eklampsie durch möglichst schnelle Entbindung zu bessern, unter Fortlassung der Narkotika.

Baum tritt ebenfalls für Verzicht des Morphiums bei der Eklampsiebehandlung ein.

O. Fellner betont, daß das 144 Fälle der Klinik Schauta umfassende Material, welches er im Vorjahre veröffentlicht hat, keineswegs ergab, daß das Absterben des Kindes die Heilung der Eklampsie zur Folge habe. Auch sprachen die Fälle im Puerperium und bei Blasenmole dagegen. Die Erfahrungen der Klinik Schauta mit der konservativen Behandlung (kleine Dose Morphium etc., erst nach einigen Anfällen Entbindung) ergab so günstige Resultate, daß man wohl keinen Grund hat, von dieser abzulassen. Die Mortalität von 12% ist weitaus geringer als die anderer Autoren, welche sofort entbinden. Die 7% Potens in 39 Fällen beweisen nichts, weil die Zahl viel zu gering ist.

Halban (Wien): **Über fötale Menstruation und ihre Bedeutung.**

Die Untersuchungen ergaben, daß ebenso wie der Organismus der Mutter während der Schwangerschaft ganz eigentümliche Verände

rungen durchmacht, auch die Organe der weiblichen Früchte fast vollständig analoge Veränderungen aufweisen. Die Mammae des Fötus zeigen ungefähr vom 8. Lunarmonate an ganz ähnliche histologische Veränderungen wie die der Mutter. Der Uterus weiblicher Früchte macht von derselben Zeit an eine Hypertrophie durch. Histologisch ist eine bedeutende Hyperämie nachzuweisen, und die Schleimhaut ergibt ganz analoge Veränderungen wie bei der Menstruation Erwachsener. Je nach der Stärke der Reaktion findet man alle Stadien von der prämenstruellen Hyperämie bis zu subepithelialen Hämorrhagien und Blutaustritt in die freie Uterushöhle. In dieser ist fast immer mikroskopisch Blut nachweisbar. In den höchsten Graden der Reaktion kommt es zu den bekannten Genitalblutungen Neugeborner. Vielfache Kontrolluntersuchungen ergaben, daß es sich hierbei um keinerlei krankhafte Prozesse, wie Erstickung, Infektion etc., sondern um eine physiologische Reaktion handle. Diese Veränderungen sind aufzufassen als die Reaktion auf die aktiven Schwangerschaftssubstanzen. Während der mütterliche Uterus mit Deziduabildung reagiert, kommt es in dem schwächer reagierenden fötalen Uterus nur zu den menstruationsähnlichen Veränderungen.

Verschiedene zwingende Gründe sprechen dafür, daß diese aktiven Stoffe von der Plazenta stammen, bei welcher eine Art innerer Sekretion angenommen werden muß. Die von ihr abgeschiedenen Stoffe werden in gleicher Weise an Mutter und Kind abgegeben, wo sie Veränderungen an den Organen hervorrufen. Nach der Geburt kommt es zur Trennung der Plazenta von beiden Organismen, so daß diese die Stoffe nicht mehr beziehen können, und es kommt bei Mutter und Kind zur puerperalen Involution. Die Involution der Brustdrüse und des Uterus ist beim Kinde ungefähr 3 Wochen nach der Geburt vollendet. Diese Plazentarstoffe wirken nicht nur auf die weiblichen Sexual-Charaktere, sondern auch auf die männlichen. Die Brustdrüse der Knaben und merkwürdigerweise auch die Prostata ergeben ganz analoge Schwangerschaftsreaktionen (histologische Veränderungen und Hypertrophie) und eine puerperale Involution.

Die aktiven Schwangerschaftssubstanzen haben neben ihrer zweckmäßigen protektiven Wirkung auf die Sexualorgane bekanntlich auch toxische Nebenwirkungen (Nierenveränderungen, Leukozytose, Fibrinvermehrung des Blutes). Auch diese finden sich in gleicher Weise im fötalen Organismus wie bei der Mutter und verschwinden aus beiden Organismen, nachdem die Giftwirkung der Plazenta nach der Geburt aufgehört hat. Da die Eklampsie nur die höchsten Grade der schon bei normalen Graviditäten mehr oder minder zu beobachtenden Intoxikation darstellt, müssen wir in konsequenter Weise auch für sie die Quelle der Vergiftung in die Plazenta verlegen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 18. Mai 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

J. Zappert demonstriert ein hereditär-luetisches Kind mit akuter zerebraler Hemiplegie. Vielleicht handelt es sich um Enkephalomalacie auf Grund einer Endaortitis luetica. Eine Besserung der Lähmung ist unter antiluetischer Therapie möglich, in mehreren derartigen Fällen trat vollkommene Heilung ein.

Ferner demonstriert derselbe ein 6jähriges Kind mit progressiver Paralyse. Dasselbe war bis zum 5. Lebensjahre gesund, seither trat eine rapid fortschreitende Verblödung ein und das Sprachvermögen verschwand fast vollkommen. Die Pupillen sind ungleich und lichtstarr, die Reflexe gesteigert. Es ist nicht festgestellt, ob das Leiden auf luetischer Basis beruht.

Födisch stellt aus der Abteilung von Prim. Foltanek ein Mädchen mit Naevus papillaris unilateralis vor, welcher vor 2 Monaten entstanden ist. An der rechten Rumpfseite und an der rechten unteren Extremität befinden sich in streifenförmiger und bogenförmiger Anordnung Flecken aus kleinpapillären, etwas hyperämischen, stecknadelkopf- bis linsengroßen Effloreszenzen, um das Knie sehen sie Psoriasisplaques sehr ähnlich. Nach Berichten der Literatur sind einige Fälle durch Behandlung mit Thyreoidintabletten und Arsen zurückgegangen.

K. Hochsinger demonstriert Röntgenbilder eines Falles von Polymyositis und Osteochondritis heredo-luetica mit einem eigentümlichen Lähmungstypus der Unterarme (Flossenstellung der Hände). Die Arme sind adduziert, im Ellbogen flektiert, die Muskulatur des Unterarmes paretisch, Hände etwas gebeugt, proniert und ulnarwärts abduziert. Peters hat die Lähmung auf eine luetische Rückenmarksaffektion zurückgeführt, während Vortr. als Ursache derselben eine syphilitische Myositis ansieht. Die Umgebung beider Ellbogengelenke ist geschwollen, die Unterarmmuskulatur hart infiltriert, die Röntgenaufnahme zeigt eine ossifizierende Periostitis und Perichondritis. Die luetische Myositis schließt sich entweder an die Knochenerkrankung an oder kann auch selbständig auftreten. Bis jetzt ist kein Fall bekannt, welcher die Ansicht von Peters bestätigen würde.

J. Zappert bemerkt, daß er einen sicheren hereditär-luetischen Fall mit derartiger Lähmung und spinalen Veränderungen beschrieben habe.

K. Hochsinger erklärt die spinale Affektion in diesem Falle für ein zufälliges Zusammentreffen.

Diskussion zum Vortrage von **F. Hamburger**: Wie können wir das Selbststillen der Mütter fördern?

Th. Escherich bemerkt, daß es sich um eine sozial wichtige Frage handle, und daß zahlreiche diesbezüglich stattgefundene Diskussionen stets ergeben haben, daß das beste Mittel zur Eindämmung der großen Kindersterblichkeit, die in Österreich 24·6% beträgt, das Selbststillen der Mütter darstellt. Die Zahl der stillenden Frauen ist in stetem Rückgange begriffen, unter denselben sind freilich viele aus anatomischen und physiologischen Gründen zum Stillen unfähig. Bisher beschäftigt sich nur der Verein „Säuglingsschutz" mit der Förderung des Selbststillens der Mütter durch Belehrung und durch Unterstützung der stillenden Frauen. Vor allem wäre die Belehrung der Mütter durch Hebammen wichtig, zur Erreichung dieses Zieles wären aber der Unterricht der Hebammen und die für sie gültigen Instruktionen in dem Sinne zu verbessern, daß die Hebammen in dem Selbststillen der Mütter die beste Ernährungsweise für Säuglinge erblicken und dieselbe auch den Müttern anraten. Empfehlenswert wäre die Prämiierung derjenigen Hebammen, welche die meisten stillenden Frauen unter ihrer Klientel haben, ferner die Verlängerung des Entbindungsgeldbezuges kassenangehöriger Frauen. Die pädiatrische Sektion der Gesellschaft für innere Medizin sollte sich an die Spitze dieser Bestrebungen stellen und zu diesem Zwecke schlägt Redner die Wahl eines sich eventuell durch Kooptierung von Fachmännern verstärkenden Komitees vor, welches sich mit der Ausarbeitung positiver und praktisch durchführbarer Vorschläge zur Förderung des Selbststillens der Frauen beschäftigen sollte.

In das Komitee zur Förderung des Selbststillens der Mütter wurden der Vorstand der pädiatrischen Sektion, ferner Dr. Hamburger und Prim. Dr. Riether gewählt.

Diskussion zum Vortrage von **Szekely**: Über die Begründung der neueren Modifikation meines Verfahrens zur Erzeugung von Säuglingsmilch.

Sperk bemerkt, daß nach den Erfahrungen in der Schutzstelle die Szekelysche Milch von ziemlich gleichmäßiger Beschaffenheit ist. Der Fettgehalt beträgt 3·1—3·3%, der Bakteriengehalt 45.000—68.000 Keime in 1 cm^3. Die Kinder nehmen die Milch gerne und nehmen an Gewicht zu.

Hock und **Födisch** berichten ebenfalls über gute Erfolge mit Ausnahme einiger Tage, wo die Milch von den Kindern nicht vertragen wurde; als Ursache davon wurden Unregelmäßigkeit in der Milchbereitung anläßlich der Vornahme von Adaptierungsarbeiten angegeben.

Székely weist darauf hin, daß die Salze und die anderen löslichen Bestandteile der Milch nach dem Ausfällen des Kaseins durch Kohlensäure in gleicher Menge und Beschaffenheit in der Molke zu finden sind wie früher in der Milch.

Notizen.

Wien, 27. Mai 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Dr. Hirsch aus der Abteilung von v. Mosetig 3 Fälle von subkutaner Fraktur von Handwurzelknochen (Os naviculare, Os lunatum) und erörterte den Entstehungsmechanismus dieser Verletzung (Kompressions-, Biegungs-Abrißfraktur). Die nur radiologisch feststellbare Läsion geht unter dem Bilde einer einfachen Kontusion einher und führt zumeist zur Gelenkversteifung. — Hierauf stellte Dr. Zumbusch aus der Klinik Riehls zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum vor, einer Hautaffektion, die als umschriebene Pigmentanomalie beginnt und regelmäßig zur malignen Degeneration führt. Prof. Königstein bemerkte hierzu, daß auch das Auge in die Erkrankung mit einbezogen werden kann. — Sodann demonstrierte Doz. Kraus aus dem Paltaufschen Laboratorium mikroskopische Präparate der von dem Zoologen Schaudinn in syphilitischen Produkten als konstanten Befund verzeichneten Spirochaeta pallida, die auch Vortr. mit der Ätiologie der Syphilis in Zusammenhang zu bringen geneigt ist. In gleichem Sinne sprachen sich sodann die Proff. Paltauf, Ehrmann und Lang sowie die DDr. Volk und Oppenheim aus. Die erwähnte Spirochäte ist ein außerordentlich zartes, korkzieherartig gewundenes Gebilde von 6—10 μ Länge, das zu seiner mikroskopischen Darstellung einer

ziemlich schwierigen Färbungsmethode bedarf. — Hofrat v. EISELSBERG zeigte zwei nach der MÜLLER-KÖNIGschen Methode autoplastisch gedeckte Fälle von Schädeldefekt, die er noch als Assistent BILLROTHs, den einen wegen Knochenkaries, den anderen behufs Verschlusses einer Trepanationsöffnung operiert hat. — Dr. HABERER führte einen Mann vor, welchen er an der Klinik v. EISELSBERGs wegen eines Leberechinokokkus unter großen technischen Schwierigkeiten erfolgreich operiert hat. — Dr. LORENZ demonstrierte zwei Fälle (Mutter und Tochter) aus der HOCHENEGGschen Klinik, die wegen immer wiederkehrender Gallensteinkoliken operiert worden sind, wobei zur Freimachung der im Choledochus eingekeilten Steine die Mobilisierung des Duodenums nach KOCHER vorgenommen werden mußte. — Schließlich hielt Doz. EM. SCHWARZ den angekündigten Vortrag: „Zur Dynamik der Mitralinsuffizienz." Vortr. hat den Versuch unternommen, die bei Insuffizienz der Mitralklappe eintretende Verschiebung der mechanischen Verhältnisse des Kreislaufes in mathematischer Weise darzustellen. Er rekurriert dabei auf die physikalischen Gesetze, welche für kommunizierende Gefäße einerseits, für das Ausfließen von Flüssigkeiten aus einem geschlossenen Systeme unter Druck andrerseits gelten. Die so gefundenen Formeln gestatten ihm die weitere Ableitung und Erklärung der mannigfachen Ausgleichungsvorgänge, welche sich bei dem genannten Klappendefekte klinisch bemerkbar machen.

(Verein der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten.) Am 15. l. M. fand im Allgemeinen Krankenhause die erste wissenschaftliche Monatsversammlung des Hilfsärztevereines[1]) statt. Dr. VOLK demonstrierte einige bemerkenswerte Fälle von Lues, darunter einen Fall von luetischem Infiltrate beider Nebenhoden mit symptomatischer Hydrokele. Dr. v. BENEDEK zeigte eine Patientin mit beginnender Atrophia nervi optici infolge luetischer Periostitis der Orbita. Dr. CLAIRMONT referierte über einen Fall von Stovainanästhesie. Dr. NEUMANN besprach seine Methode der Lokalanästhesie bei Radikaloperation der Otitis media und stellte einen derart operierten Fall vor. Sodann demonstrierte Dr. SILBERMARK ein Osteosarkom des Radius, das in langsamem Wachstum nach einer vor 2 Jahren erfolgten Fraktur entstanden war, sowie einen Patienten, bei dem auf einfachem Wege Konkremente aus einer Kaverne des linken Unterlappens operativ entfernt worden sind. Dr. FORAMITTI stellte eine Frau mit Ectopia vesicae vor. Schließlich zeigte Dr. KIRCHMAYER einen Fall von traumatischer Radialislähmung und einen Mann, der vor einem Jahr im Schlafe sein Gebiß geschluckt hat, das sich jetzt nach Perforation des Ösophagus vorn im Jugulum befindet.

(Kurpfuscherei unter ärztlicher Ägide.) Ein der Salzburger Ärztekammer angehöriger Arzt hat wiederholt Parteien, die ihn behufs Vornahme eines Aderlasses aufgesucht hatten, an eine im nämlichen Orte ansässige Kurpfuscherin gewiesen und denselben Bestätigungen darüber mitgegeben, daß an ihnen der Aderlaß vorgenommen werden dürfe. Die chirurgische Vertrauensperson des so „liberalen" Kollegen betreibt das Aderlassen schon seit Jahren gewerbsmäßig und läßt sich, wie das „Österr. Ärzte-Kammer-Blatt" mitteilt, solche ärztliche Atteste nur zu dem Zwecke ausfertigen, um in ihrer kurpfuscherischen Tätigkeit vor dem Strafgesetze geschützt zu sein. Tatsächlich ist sie denn auch vom Bezirksgerichte wegen Übertretung zu drei Tagen Arrest verurteilt, vom Landgerichte als Berufungsgericht freigesprochen worden, indem der Gerichtshof von der Annahme ausging, daß sich die Angeklagte auf Grund der wiederholt erhaltenen ärztlichen Atteste zur Ausübung des Aderlasses berechtigt halten mußte. — Wir haben hier einen ganz eklatanten Fall von Schädigung ärztlicher Interessen durch einen Arzt vor uns. Der Arzt ist nicht berechtigt, einen Laien zur Vornahme irgendwelcher ausschließlich Ärzten zukommender Verrichtungen zu autorisieren oder demselben die Durchführung rein ärztlicher Maßnahmen zu übertragen. Tut er dies, so macht er sich der Vorschubleistung einer verbotenen Handlung schuldig, die seine strafgerichtliche Verfolgung notwendig erscheinen läßt. In diesem Sinne hat sich denn auch die Salzburger Landesregierung an die ihr unterstehende Ärztekammer über den vorliegenden Fall geäußert.

[1]) Auskünfte in Vereinsangelegenheiten, insbesondere Sommervertretungen betreffend, erteilt der Obmannstellvertreter Dr. JOSEF STRASSER, III., Seidlgasse 2.

(Zur Frage der Haftpflicht.) Eine zivilrechtliche Entschädigungsklage gegen den bekannten Berliner Gynäkologen DÜHRSSEN ist kürzlich in einer für den Angeklagten günstigen Weise erledigt worden. Prof. DÜHRSSEN hatte eine Patientin wegen Sterilität operiert, und da während der Operation starke Blutungen eintraten, den Uterus entfernt. Medizinalkollegium und wissenschaftliche Deputation fanden nun ein Verschulden DÜHRSSENs darin, daß er der Patientin nach der Untersuchung nicht die Gefährlichkeit der Operation mitgeteilt habe. Vom Strafrichter wurde der Operateur jedoch von der Anklage wegen gefährlicher Körperverletzung freigesprochen, da er die Gefährlichkeit der Operation, die in ähnlichen Fällen immer gut verlaufen war, nicht habe vorhersehen können. Eine Rechtspflicht des Arztes zur Belehrung des Patienten über die Gefährlichkeit einer Krankheit bestehe nicht.

(Befreiung der Ärzte von der Geschwornenpflicht.) Der letzte Kammertag hatte bekanntlich die Erreichung einer Befreiung der Ärzte von der Geschwornenpflicht zur Diskussion gestellt, jedoch beschlossen, angesichts der Undurchführbarkeit dieses Wunsches ohne Gesetzesänderung lediglich zu empfehlen, daß jene Kammern, welche eine Befreiung ihrer Angehörigen vom Geschwornenamte erreichen wollen, sich an die Verfasser der Urwählerliste um Streichung der Namen der Ärzte wenden. Die steiermärkische Ärztekammer hat nun diesbezüglich erklärt, daß sie es derzeit nicht für notwendig erachte, für die Gesamtheit Schritte zu unternehmen, sondern daß sie es dem einzelnen Arzte überlassen müsse, seine Streichung aus der Geschwornenliste zu erwirken.

(Die deutsche laryngologische Gesellschaft) wird am 13. Juni d. J. in Heidelberg zum ersten Male tagen. Der Vorstand besteht vorläufig aus: FRÄNKEL (Berlin), JURASZ (Heidelberg), AVELLIS (Frankfurt a. M.), PAUL HEYMANN (Berlin), NEUMAYER (München), ROSENBERG (Berlin), KUTTNER (Berlin), HANSBERG (Dortmund), ROEPKE (Solingen), MADER (München), WINCKLER (Bremen). — In der ersten Versammlung wird Geh.-Rat B. FRÄNKEL über die Zukunft der Laryngologie sprechen.

(Der X. internationale Anti-Alkoholistenkongreß) wird in Budapest in der Zeit vom 11. bis 16. September stattfinden. Referate werden erstatten: LAITINEN (Helsingfors): „Der Einfluß des Alkohols auf den menschlichen Organismus"; KASSOWITZ (Wien): „Alkohol als Nahrungsmittel"; VANDERVELDE (Belgien), KISS (Budapest): „Die kulturellen Bestrebungen der Arbeiter und der Alkohol"; FOREL (Frankreich): „Der Alkohol und das Geschlechtsleben"; LOMBROSO (Turin), VÁMBÉRY (Budapest), BLEULER (Zürich): „Der Alkohol und das Strafgesetz"; MÜLLER (Deutschland): „Der verhängnisvolle Einfluß des Alkohols auf die Eingebornen Afrikas"; YORKE (London), HÄHNEL (Bremen), EÖTVÖS (Szolnok), FISCHER (Pozsony) und KIRSCHANEK (Szent-István): „Schule und Erziehung im Kampf gegen den Alkoholismus"; LIEBERMANN (Budapest): „Die hygienische Bedeutung des Kunstweines im Vergleich zum gewöhnlichen Alkoholgenuß"; DAZINSKA-GOLINSKA (Krakau), KLEMP (Budapest), MALCOMES (Budapest): „Gewerbliche Verwendung des Alkohols als Mittel zum Kampf gegen den Alkoholismus"; EGGERS (Deutschland), HELENIUS (Helsingfors), LEGRAIN (Paris), MALIOS (Birmingham): „Reform des Getränkeausschanks"; WLASSEK (Wien), MÁDAY (Budapest), STEIN (Budapest): „Organisation des Kampfes gegen den Alkoholismus".

(Arzt und — Schuster.) Der ärztliche Beruf hat auch Beziehungen zum Schuhmacher, dessen Kenntnisse und Gewissenhaftigkeit im umgekehrten Verhältnisse zu den mehr weniger großen körperlichen Schäden stehen, welche die Fußbekleidung in Gestalt von Clavi, Schwielen, Zehendeformitäten etc. erzeugt. Auch sind manche Ärzte geneigt, dem Schuster die Anfertigung von „orthopädischen" Behelfen, vor allem Plattfußeinlagen u. dgl. zu überlassen. Wen wird es da wundernehmen, wenn so mancher „orthopädische Schuster" dem Arzte gegenüber kollegiale Allüren annimmt und sehr geneigt ist, in „geschäftliche" Beziehungen zu ihm zu treten? Wir räumen gerne ein, daß es ganz vortreffliche Fußbekleidungskünstler gibt, und empfinden volle Hochachtung vor jedermann, der seinen Beruf tadellos versieht. Mit Entrüstung aber müssen wir Auswüchse zurückweisen, die sich in neuester Zeit auch hier geltend machen

Uns liegt das Geschäftszirkular eines Wiener Schuhmachers und „k. k. Privilegiumsinhabers für orthopädische Beschuhung“ vor, in welchem derselbe den Arzt einladet, seine fußleidenden Patienten ihm zuzuweisen. Diesem gedruckten Zirkular sind folgende Worte schriftlich beigefügt: „Stelle bis zu 50% von jenem Betrage, welchen die mir von Ihnen gesandten Patienten zahlen, zu Ihrer freien Verfügung.“ Diese Frechheit wird hiermit öffentlich stigmatisiert. Name und Adresse des industriösen Schusters seien verschwiegen, da wir annehmen, daß sie unsere Leser nicht interessieren. Als Zeitbild erscheint uns der Vorfall erwähnenswert.

(Statistik.) Vom 14. bis inklusive 20. Mai 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8492 Personen behandelt. Hiervon wurden 1877 entlassen, 238 sind gestorben (11·2% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 96, ägypt. Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 96, Scharlach 54, Masern 516, Keuchhusten 59, Rotlauf 21, Wochenbettfieber 6, Röteln 86, Mumps 21, Influenza —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Meningitis cerebrospin. 1, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 704 Personen gestorben (— 13 gegen die Vorwoche).

Dr. Alexander Pártos, Kurarzt in Herkulesbad, hat seine Sommerpraxis daselbst wieder begonnen.

Dr. Ödön Tuszkai aus Budapest hat seine ärztliche Tätigkeit in Marienbad bereits aufgenommen.

Türck-Feier. Im Jahre 1908 werden es 50 Jahre sein, daß Türck in Wien die klinische Laryngoskopie begründete und zum Gemeingute der Ärzte machte. Die „Wiener laryngoskopische Gesellschaft“ hat nun in ihrer Sitzung vom 3. Mai d. J. beschlossen, zur Erinnerung daran im Jahre 1908 eine Türck-Feier zu veranstalten und dazu die Fachgenossen des In- und Auslandes einzuladen.

Die Karbolsäure sowie das Lysol stammen aus dem Steinkohlenteer und haben sich wegen ihrer stark bakterientötenden Eigenschaften als vorzügliches Desinfektionsmittel allgemein bewährt. Da diese Antiseptika als solche die Epidermis ziemlich stark angreifen, wurden wiederholt Versuche gemacht, diese Wirkung abzuschwächen, ohne die desinfizierenden Eigenschaften der Karbolsäure und des Lysols aufzuheben. Besonders in Verbindung mit gewöhnlicher Seife macht sich diese unangenehme Eigenschaft geltend, da solche Seifen durch ihren geringen Alkaliüberschuß die Haut mehr oder weniger stark angreifen. Aus diesem Grunde gewinnen die Glyzerin-Karbol- und -Lysol-Seifen gegenüber den gewöhnlichen Seifen an Bedeutung. Durch den großen Gehalt dieser Seifen an Glyzerin bleibt die Haut bei gleichzeitig bedeutender desinfizierender Wirkung immer weich und zart. Sargs Glyzerin-Karbol- und -Lysol-Seifen haben sich beim täglichen Gebrauche als desinfizierende Seifen, namentlich in der Hand des Chirurgen und Anatomen, vor und nach den Operationen bestens bewährt. Auch in der Geburtshilfe, wo doch die größte Reinlichkeit und Vorsicht zur Vermeidung einer Infektion notwendig ist, kann der Gebrauch einer die Haut schonenden und zugleich desinfizierenden Seife nicht genug empfohlen werden. Die Karbolsäure besitzt bekanntlich die Eigenschaft, die normale Sensibilität der Hautnerven herabzusetzen und hat sich daher auch Sargs Glyzerin-Karbol-Seife vorzüglich gegen das krankhafte Jucken der Haut bewährt. Sargs Glyzerin-Lysol-Seife eignet sich besonders für derartige leichtere Fälle und ist besonders bei Kindern empfehlenswert.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

A. v. Gschmeidler, Die Haftpflicht der Ärzte. Wien 1905, Manz. — K. —·70.

Moritz Katz, Engl.-deutsches med. Wörterbuch. 2. Aufl. Von Dr. Max Weiss, Leipzig und Wien 1905, Franz Deuticke. — K 4·50

R. Tigerstedt, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 2. Bd., 3. Aufl., Leipzig 1905, S. Hirzel. — M. 12·—.

G. Klemperer, Lehrbuch der inneren Medizin. 1. Bd. Berlin 1905, A. Hirschwald.

M. Kaller, Das Maltafieber. Wien und Leipzig 1905, W. Braumüller.

J. Schwalbe, Vorträge über prakt. Therapie. H. 2. Leipzig 1905, G. Thieme. — M. —·80.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Med. Presse“ als Beilage, das Mai-Juni-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: **„Der heutige Stand der Pathologie und Therapie der Epilepsie.“** Von **Dozent Dr. Arthur v. Sarbó** in Budapest. — Ferner liegen dieser Nummer bei: ein Prospekt der **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Tannigen“** und ein Prospekt der **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Alumnol“**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 4. Juni 1905. Nr. 23.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 50 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über autotoxische und alimentäre Dermatosen.

Von **Privatdozent Dr. Karl Ullmann.***)

Der Begriff der Autointoxikation, auf allen Gebieten der praktischen Medizin seit uralter Zeit vorhanden, ist wieder modern geworden. Es entspricht dies wohl der ätiologisch-prophylaktischen Richtung unserer Zeit. Auch in der Dermatologie hat er vielfach Boden gewonnen. Manche Schulen, die französische mit Brocq an der Spitze, lassen es sogar schon an Bemühungen nicht fehlen, die Systematik der Dermatologie nach diesem Gesichtspunkte völlig umzuformen. Die Morphologie der Effloreszenzen, sowohl in klinischer Beziehung, was die Aufstellung sogenannter Krankheitstypen betrifft, als auch in anatomisch-histologischer Hinsicht, insofern sie bisher zur Abgrenzung und Unterscheidung der einzelnen Dermatosen voneinander herangezogen wurde, ist vielfach an toten Punkten angelangt.

Wie oft bedeutet bei aller Wertschätzung der klinischen Erfahrung die morphologische Diagnose an und für sich doch nur ein leeres Wort. Wir sehen eben immer mehr, daß es mit der klinisch-morphologischen Diagnose allein nicht abgetan ist, daß mit dieser allein wenigstens dem Verständnise und der Erkenntnis der Krankheitsprozesse selbst noch lange nicht Genüge geleistet ist.

Ekzem! Wie sehr hat z. B. diese klinisch-morphologische Bezeichnung an Bedeutung eingebüßt! Zur Zeit Hebras noch ein klarer, eindeutiger Begriff, eine Entität, ist er heute ein Sammelname geworden für eine ganze Reihe pathologischer Erscheinungen an der Haut verschiedensten Ursprungs und verschiedenster Bedeutung; von solchen, die zweifellos äußeren Reizen allein ihren Ursprung verdanken (Hebra-Kaposi), doch gewiß auch von solchen, die spontan, d. h. ohne jede äußere sichtbare Ursache entstehen oder erst dann zum Ausbruch gelangen, wenn bestimmte äußere Irritationen der Haut, mit inneren Ursachen kombiniert, zusammenwirken. Es verhält sich dann etwa so, daß die Hautkrankheit bei solchen Individuen latent bleibt, jedoch auf bestimmte äußere Reize und nur an den gereizten Stellen selbst in Erscheinung tritt. Ganz dieselben Reize rufen bei der Mehrzahl der übrigen Menschen kein Ekzem hervor. Ähnlich verhält es sich aber auch mit manchen Erythmen, Urtikariaformen und zahlreichen anderen eruptiv, exanthematisch oder selbst streng lokalisiert auftretenden Hautveränderungen (Hyperkeratosen, Pigmentosen, Atrophien, Haarausfall etc.).

Das genaue Studium der einzelnen Krankheitstypen, insbesondere aber das der mannigfachen Übergangsformen zwischen je zwei solchen Typen, z. B. zwischen Erythem und Ekzem, zwischen Ekzem und Psoriasis, zwischen Ekzem und den Lichenformen, dann wieder zwischen den gutartigen und malignen vesikulösen, bullösen Dermatitisformen, zeigt uns immer mehr, daß die ätiologischen Momente von dem eigentlichen Krankheitsbegriffe gar nicht mehr zu trennen sind und keineswegs jene nebensächliche Bedeutung für die klinische Auffassung der Hauterscheinungen verdienen, die ihnen seit Hebras Zeiten, vielfach auch heute noch, zuteil wird.

Von größter Bedeutung für die Pathogenese der Hautkrankheiten ist also eine gründlichere Berücksichtigung der Ätiologie, sie ist es dementsprechend auch für unser therapeuti-

*) Nach einem auf dem IV. wissenschaftlichen Balneologenkongresse (Oktober 1904) in Abbazia gehaltenen Vortrage.

sches Denken und Handeln. Allerdings Principiis obsta! Durch intensivere Berücksichtigung der inneren Ursachen sollen die bewährten äußeren Medikationen gewiß nicht angetastet werden.

Wir werden ja jedenfalls die auf der Haut erscheinenden Erkrankungen in jedem speziellen Falle zunächst direkt von der Haut aus zu behandeln trachten. Wie oft aber bleiben wir damit ohne Erfolg. Das Nachrücken und Immerwiedererscheinen der betreffenden Effloreszenzen entmutigt schließlich Arzt und Kranken und oft erst auf innere Medikation, zumal auf Änderung der Ernährungs- und Lebensweise etc. kommen mit einem Male die bisher hartnäckigen Hautanomalien zum Schwinden (Erytheme, Urtikaria, Prurigo, Ekzeme und andere Dermatosen).

Der Hinweis auf die Wichtigkeit der inneren Ursachen mancher Dermatosen und auf die Notwendigkeit der bezüglichen Forschung wird heute doch oft noch als etwas Überflüssiges, weil nicht Traditionelles angesehen, die ganze Richtung als phantastisch sogar mißbilligt. Weil wir die Mehrzahl der inneren Ursachen nicht verstehen, nicht im speziellen Falle zu analysieren imstande sind, sollen wir einfach über sie hinweggehen.

Der Einblick in die Ätiologie vieler Dermatosen nicht spezifisch bakteriellen Ursprungs, wie z. B. gerade in die des Ekzems, im engeren Sinne des Wortes, der Lichen-, Urtikaria-, Prurigo-, Pemphigusformen und deren Zwischenstufen ist, wie ich schon vor mehreren Jahren, insbesondere auch vor Erscheinen von Brocqs „Conception générale des Dermatoses" (April 1904, „Annales d. Dermatologie"), in einem öffentlichen Vortrage [1]) (gehalten im Wiener medizinischen Doktorenkollegium, Februar 1902) ebenso ausdrücklich wie dieser Forscher betont habe, hauptsächlich deshalb ein so schwieriger, weil bei allen diesen Affektionen offenbar in jedem Falle zahlreiche ursächliche Momente, und zwar meist solche verschiedenster Art und Ordnung, zusammenlaufen. Entfernter wirkende Ursachen, wie krankhafte hereditäre Anlage (die sich oft genug schon in krankhaften, auf den ersten Blick mitunter ganz unverständlichen Zell- und Hautgefäßreaktionen, „Idiosynkrasien", äußert), dazu die Summierung aller im Laufe des Lebens auf die Zellen einwirkenden Schädlichkeiten: sie bewirken zusammen das, was wir für gewöhnlich die individuelle Disposition nennen. Hierzu treten nun erst die mehr unmittelbar unter unseren Augen sich entwickelnden Schädlichkeiten, welche teils direkt von außen, teils indirekt im Wege des Stoffwechsels und des Nervensystems die Haut reizen, entzünden, in ihrer Ernährung stören, sie zur Ansiedlung ubiquitärer Keime prädisponieren, um so jeweils zur auslösenden Ursache für die Entwicklung der betreffenden Dermatosen zu werden. Selbst die Trennung der inneren, konstitutionellen, von den äußeren, auslösenden Ursachen ist nicht immer scharf durchzuführen. Da die einschlägigen Fragen wenig studiert, fehlt es bis jetzt an genügenden einwandfreien Beobachtungen, es fehlen selbst einheitliche Regeln zur systematischen Beobachtung und Registrierung der letzteren.

Nur zu begreiflich also, wenn sich in früheren Jahrzehnten und auch heute noch gerade die klarsten Köpfe nicht gerne in so komplexe Fragen einlassen wollen, den Weg zur Entwirrung immer noch eher mittelst des Mikroskopes zu finden hoffen.

Über manche diese Schwierigkeiten schien nun mit einem Male der uralte, in der Medizin neu eingeführte Begriff der Autointoxikation heraushelfen zu können.

Selbstverständlich kommen hier in erster Reihe die schon seit alter Zeit gut gekannten Stoffwechselanomalien, der Diabetes, die Urämie resp. nephritische Albuminurie, die Cholämie und aus neuerer Zeit vielleicht noch der sogenannte Urobilinikterus in Betracht.

[1]) Zur Beurteilung von Hautanomalien als Ausdruck von Organstörungen. Wiener med. Wochenschr.", 1903, Nr. 3—5.

Gerade das relativ häufige Entstehen mehr oder weniger typischer Dermatosen oder Hautalienationen bei Individuen, deren Blut oder deren ganze Stoffwechselökonomie mit toxischen Substanzen verschiedener Art beladen ist, so die Bildung des Xanthoma diabeticorum, der Dermatitis pruriginosa, furunculosa der Diabetiker, der pruriginöse Ikterus, die Kachexie und Angiombildung Cholämischer und schwer Leberkranker, die pruriginösen Erytheme, Ekzeme und Lichenformen der chronischen Nephritiker, sie alle weisen gebieterisch auf den kausalen Zusammenhang der verschiedenen toxischen Substanzen innerhalb der Körperökonomie mit den betreffenden Dermatosen wenigstens dort, wo scheinbar ohne besondere spezifische Infektion oder nachweisbare Ursachen bei solchen Individuen mit einem Male Dermatosen typischer oder atypischer Art zutage treten.

Von Senator in vorbakteriologischer Zeit in die Medizin eingeführt, hat der Begriff Autointoxikation seinen Wortsinn vielfach geändert. Ursprünglich nur als Ausdruck für Resorptionserscheinungen bei krankhaften Darmgärungen mit Bildung gasförmiger (Hydrothionämie) oder flüssig-fester Stoffe angewendet, wurde er von Bouchard auf die Resorption aller innerhalb der Körperökonomie auftretender „relativ" giftiger Verbrauchsstoffe im allgemeinen ausgedehnt, dann auch auf die Resorption von Produkten verschiedenartiger infektiöser Prozesse in und außerhalb des Darmtraktes erweitert, soweit diese jedoch nicht den Charakter einer spezifischen Infektion besitzen.

In den letzten Jahren wurden ganz besonders noch jene Stoffwechselanomalien mit einbezogen, welche durch Störungen in der sogenannten inneren Sekretion zustande kommen, weil ja unter solchen Störungen offenbar ebenfalls pathogenetisch wirkende Stoffe in den Kreislauf gelangen.

Heute müssen wir nun vor allem trachten, allmählich diesen weitgefaßten Begriff der Autointoxikation aus derartigen mehr weniger abstrakten Gesichtspunkten in konkrete Tatsachen zu verwandeln. Hierzu aber gilt es vor allem sämtliche hierhergehörige Tatsachen, und zwar möglichst gleichzeitig auf allen Gebieten der Medizin zu sammeln, den Zusammenhang der einzelnen Symptome an der Haut mit denen in anderen Organen (Syndrome) statistisch zu erheben und aus dem Verlaufe der ganzen Erkrankung kritisch zu beleuchten. Da die rein dermatologischen Beobachtungen von den übrigen Organbefunden abgetrennt für unsere Frage nicht viel beweisen, ja an und für sich oft unverständlich und unerklärt bleiben, so können wir erst dann daran denken, den Begriff der Autointoxikation auch diagnostisch und therapeutisch zu verwerten. Dahin ist allerdings noch ein weiter und schwieriger Weg.

Von vornherein schon ist es wahrscheinlich, daß es sich hier nur in den seltensten Fällen um eigentliche Gifte handeln dürfte, sondern in der Regel um relative, d. i. nur für gewisse Individuen unter gewissen Bedingungen und nur in gewissen Quantitäten giftige Körper. Weiterhin kann der Reiz zur Bildung einer Dermatose ebenso wie zur toxischen Störung überhaupt auch in einer Störung, d. i. Abweichung von der normalen Art der Exkretion liegen. Etwa so, daß die einzelnen Organe ihre Funktionen an andere abgeben, daß z. B. der Darm, die Haut selbst oder deren Drüsen die Funktion der Nieren, der Leber, der Lungen etc. selbst übernehmen.

Wenn aber die Haut mit ihren Schweißfollikeln die Elimination von toxischen und Verbrauchsstoffen — beispielsweise vikariierend für die Niere — übernimmt, etwa so wie dies der Dickdarm nachweislich bei der akuten Quecksilber- und anderen Metallvergiftungen, insbesondere bei Nephritikern besorgt und hierbei durch die Ausscheidung selbst an gewissen follikelreichen Partien (Palmar- und Plantargegend, Kopfhaut) gereizt wird, in Entzündung gerät (Bromakne, Jodakne) oder mit Hornwucherungen reagiert (Arsen, Keratose) oder auf andere Weise verändert wird, dann könnte dieselbe sehr wohl lediglich auch infolge dieser natürlichen Selbst-

schutzeinrichtung und ohne irgendwelche Giftbildung im Organismus erkranken. Und auf eine solche Art erklärten die älteren Ärzte, insbesondere in der Zeit der sogenannten Krasenlehre, gewiß mit Recht und Unrecht, gar manche der Dermatosen.

Wäre nun seitens der Physiologen und Pathologen der Beweis für das unzweifelhafte Vorkommen solcher vikariierender Funktion der Haut erst einmal erbracht, dann stünde diesen Anschauungen für die Pathogenese nichts mehr im Wege; dann aber erübrigte sich wohl von selbst das planlose Suchen und Wittern von spezifischen Giften in dem Harne solcher Hautkranker. Ein solcher Harn brauchte doch wohl gar nicht von der Norm abzuweichen.

Indes müssen wir annehmen, daß nur ein Teil der autotoxischen Hautaffektionen, z. B. Follikulitiden und die an den Schweißdrüsenzonen vorzüglich lokalisierten, derart ihre Erklärung fänden, nicht aber andere, z. B. juckende, urtikarielle oder erythematöse Prozesse. Hier wird man ja förmlich an stetig oder zeitweilig in dem Gefäßsystem kreisende Reizstoffe als Ursache gewiesen.

Zunächst wäre es wichtig, die Natur der schädlichen Stoffe selbst, dann den Ort ihrer Entstehung, nach Tunlichkeit aber auch das Material für die Bildung dieser toxischen Stoffe kennen zu lernen.

Die unbestritten wichtigste, weil häufigste Quelle für Toxine liegt wohl im Verdauungsprozeß, d. i. innerhalb des Magen- und Darmkanals.

Das Material für die Erzeugung toxischer Stoffe bilden zweifellos die Nahrungsstoffe; aus ihnen erzeugen die ubiquitären Bakterien auch mehr weniger giftige Toxine, d. i. relativ je nach Quantität und Qualität schädliche, also z. B. hautreizende, gefäßerweiternde, gefäßlähmende, Jucken, Nesseln, Dermatitis erzeugende Gifte.

Eine nicht eindeutig entschiedene Frage aber ist es, ob auch die Resorption von an sich nicht giftigen Stoffen ohne den Hinzutritt von vulgären oder pathogenen Bakterien, also auch ohne Abnormität in der Bakteriengärung an und für sich schon toxisch wirken könne, also etwa ob nicht auch schon durch die Einseitigkeit, durch das Zuviel bestimmter Nahrungsstoffe, z. B. durch eine ausschließliche Fleischnahrung toxische Hauterscheinungen verursacht werden können. Es bestehen darüber übrigens bereits interessante positive Beobachtungen von O. Salomon bei jungen, kräftigen Hunden, (Verhandlungen des letzten Berliner internationalen Dermatologen-Kongresses, Berlin, bei Hirschwald, Bd. 2, pag. 153), die nach längerer Fütterung mit Fettkost das Bild einer toxischen Alopecie boten und dabei herunterkamen, welcher Zustand bei gewöhnlicher Fütterung mit Hundekuchen sich bald wieder ausglich und immer wieder eintrat, sowie nur wieder die ungewohnte Fettkost gereicht wurde, ohne daß aber eigentlich der Hund Verdauungsstörungen bot. Mag nun die Verdauung immer nur durch Bakterien vermittelt werden, für den logischen Gedanken ist es in solchem Falle doch nur der Wechsel in der Nahrung und nicht die Wirkung resp. das Hinzutreten der normalen Darmbakterien, welche hier die Intoxikation, d. i. hier die Fetträude des Hundes hervorgerufen haben.

In ganz analoger Weise wird wohl auch das Wesen der Prurigoerkrankung aufzufassen sein, insofern das betreffende Kind allerdings gewöhnlich erst beim Übergang von der Milch- zur Fleischnahrung die ersten Prurigoveränderungen bekommt, die es dann oft nicht mehr verlassen, sich aber jedesmal bei Darreichung von Milchnahrung wesentlich mildern, und die also, wenn überhaupt auf den Verdauungsprozeß, doch nur auf die Resorption der alimentären Stickstoffsubstanzen, nicht auf die Bakterienwucherung im Darme zurückzuführen sind. Dem entsprechen übrigens mehrere meiner exakt erhobenen negativen Harnbefunde bei typischen prurigokranken Kindern, insofern bei denselben nur jene Schwankungen der Ausscheidungsstoffe zwischen Gesamtstickstoff, Harnsäure und aromatischen Produkten zu beobachten waren, welche der jeweils zugeführten Nahrung entsprachen, wobei jedoch zu keiner Zeit eine besondere absolute oder relative Vermehrung des Indikans, Skatols zu verzeichnen war, welche auf eine qualitative oder wesentliche quantitative Steigerung der Bakterienwucherung hätte schließen lassen. Bekanntlich fehlen sehr häufig auch die klinischen Symptome einer Verdauungsstörung bei solchen Kindern, und so auch in meinen Fällen. Ich rechne deshalb Prurigo schon seit Jahren zu den Dispositionserkrankungen, nicht zu den Autointoxikationen. Ja auch ein Teil der Fälle von Strophulus infantum gehört offenbar hierher. Auch bei diesen ist es oft genug nur eine enorme Reizbarkeit des Nervenapparates in der Haut, auch vielleicht im Darme, nicht ein abnormer Chemismus innerhalb des letzteren, der das Primäre in der Pathogene dieses Leidens darstellt. Freilich manche Fälle der letztgenannten Krankheit, die sich auch klinisch vom Prurigobild mehr entfernen, die plötzlich in Form von akuten urtikariellen Erythemen auftreten und nach entsprechender Diät. Entleerung und Desinfektion des Darmes ebenso rasch und vielleicht auf immer verschwinden, wären in die Gruppe der wirklich toxischen Erytheme zu rechnen.

Ähnliche Verhältnisse bei der Prurigo diathetique finden wir an und für sich bezüglich des Einflusses der Nahrungsstoffe auch im Tierreiche. Ein großer Teil der sogenannten Futterausschläge gehört wahrscheinlich hierher.[2])

Die Buchweizenkrankheit (Fagopyrismus). Dieselbe tritt in Form eines starkjuckenden Erythems, jedoch nur an weißen oder weißgefleckten Schafen oder Schweinen auf, wenn sie lange und viel Buchweizen gefressen haben, wobei aber keineswegs alle Tiere einer Herde erkranken, sondern offenbar nur die dazu disponierten. Darmerscheinungen insbesondere gehören nicht zum typischen Bilde der Erkrankung.

Die Schlempenmauke, bei den Mastochsen und männlichen Rindern als vesikulöse Dermatitis, jedoch nur an der Haut der hinteren Extremitäten, wo dieselben von dem Kot und dem Urin genetzt werden, auftretend, wobei jedoch ebenfalls viele ganz gleich gehaltene Tiere von der Krankheit nicht befallen werden.

Der Kartoffelausschlag der Pferde und Ochsen, eine vesikulöse, pustulöse, stark juckende Dermatitis, endlich das Malzekzem, die Trebern- oder Weinlaubdermatitis der Rinder, sie zeigen sich stets nur bei längerer oder ausschließlicher Verfütterung nicht so sehr als Bakterienerkrankungen, denn als Dispositionskrankheiten, da ja auch hier überall die Kräftigkeit, das Alter, die Farbe, Geschlecht und Rasse der Tiere einer und derselben Herde zweifellos ebenso ausschlaggebend sind als das Aliment selbst.

Unter den im Darme selbst entstehenden und als toxisch angesehenen Produkten werden seit mehreren Jahren namentlich die aromatischen Körper, das Indoxyl-Skatoxyl, sowie die Gruppe der aromatischen Oxysäuren (Oxyphenylpropionsäure, Oxyphenylessigsäure, Homogentisinsäure, Uroleucin) in den Vordergrund gestellt. Gustav Singer hat bekanntlich das Verdienst, im Jahre 1894 zum erstenmal in deutlicher Weise auf das Zusammentreffen von gewissen Hautsymptomen mit dem Auftreten der obgenannten Produkte der „gesteigerten Darmfäulnis" im Harne, mit oder ohne gleichzeitig nachweisbaren Darmerscheinungen hingewiesen zu haben. Dermatosen aus der Gruppe der Erytheme, der Urtikaria, der Acne vulgaris, des Pruritus senilis rechnet er besonders hinzu.

Zur selben Zeit berichtete E. Freund über eine zweite Gruppe von zweifellos toxischen, weil mit anderweitigen klinischen, toxischen Symptomen einhergehenden (Prostration, Oliguri etc.) Hauterscheinungen in Form des Erythema multiforme, wobei sich neben Indol und Skatol reichlich

[2]) So z. B. vergleiche darüber im Lehrbuche der Hautkrankheiten bei Tieren von Professor Schindelka, 1904, pag. 334, bei Braumüller.



Diamine im Harn und im Stuhle fanden. („Wiener klinische Wochenschrift", 1904, Nr. 3.)

Meine seit dieser damaligen Veröffentlichung kontinuierlich bis heute vorgenommenen und nun schon sehr zahlreichen Nachprüfungen an typischen Dermatosen der genannten und auch anderer Art lehrten mich aber bald, daß eine Verallgemeinerung solcher Harnbefunde, ja selbst nur die Annahme einer gewissen Regelmäßigkeit derselben bei den genannten Dermatosen keineswegs zulässig wäre. Es gibt — so fand ich — zahlreiche mit Erythema, Urtikaria, Akne, Pruritus etc. behaftete Kranke, bei denen der Harn keine Steigerung der aromatischen Körper des Indikans, keine aromatischen Oxysäuren, ja überhaupt keinerlei Anomalie darbietet. Bezüglich meiner nahezu stets negativen Befunde an Diaminen sind meine bisher beobachteten Fälle allerdings nicht beweisend, insofern sich darunter keine solchen Erytheme oder Dermatosen befunden haben, die mit anderweitig toxischen Symptomen einhergingen, als wie die Dr. Freunds aus Mračeks Abteilung im Rudolfsspital.

Im ganzen also sind die positiven, verwertbaren Befunde Verhältnisse zu der Zahl der betreffenden Dermatosen spärlich. Es scheint, daß die den Bakterientoxinen analogen Stoffe nur bei spezifischen Infektionen, nicht aber durch die gewöhnlichen Gärungsvorgänge im Magendarm zur Entstehung gelangen.

Es wird uns also nicht wundern, wenn im Anschlusse an eine toxische Gastritis, Enteritis, z. B. beim Botulismus, bei Fisch-, Käse-, Milchvergiftungen oder bei anderen alimentären Intoxikationen, zugleich mit dem Auftreten akut verlaufender Erythem-, Urtikaria- etc. Formen auch solche hochvirulente Toxine im Harn nachweisbar sind.

Hier aber spricht auch der ganze akute klinische Verlauf für die chemische Beschaffenheit der Noxe und für deren gastrointestinalen Ursprung.

Mit Recht aber hat man deshalb in den letzten Jahren stets danach getrachtet, derlei mit auch klinisch deutlichen Vergiftungserscheinungen auftretende Symptome der Haut als das zu betrachten, was sie wohl gewiß eigentlich sind, als alimentäre Infektionen mit pathogenen Bakterien oder wenigstens deren giftigen Stoffwechselprodukten. (Vgl. das Referat Prof. Müllers in Marburg auf dem Wiesbadener Internistenkongreß 1898.)

Neuerdings wird viel Wert auf die gleichzeitige Untersuchung der Fäzes gelegt.[3])

Man hofft eben die abnormen toxischen Stoffe in Fällen, wo die Harnuntersuchung versagt, doch wenigstens im Stuhle bzw. Darminhalt nachweisen zu können. Bis jetzt liegen allerdings positive Resultate in dieser Richtung noch von keiner Seite vor. Ich habe mich deshalb bis jetzt zu derartigen Stuhluntersuchungen nicht veranlaßt gesehen. Auch ging ich dabei von der Annahme aus, daß alle für die fragliche Autointoxikation in Betracht kommenden Stoffe löslicher Natur, demnach vom Darme aus resorbiert, auch im Harne nachweisbar sein müßten. Unter allen Umständen müßte dies doch wohl aber nach unseren bisherigen Erfahrungen wenigstens für alle jene Fälle Geltung haben, in denen das Harnbild auch auf keine Läsion der Nierenepithelien hindeutet, also bei vollkommen albumenfreiem Harne.

Die Frage aber, ob es eine Funktionsbehinderung der Nierenepithelien gibt, bei der der Harn wohl frei von Albumen, aber die Niere dennoch etwa für gewisse stickstoffhaltige, toxische Stoffe undurchlässig ist, welche dann vikarierend durch den Darm oder durch die Schweißdrüsen zur Ausscheidung gelangen, muß heute noch als eine offene, jedenfalls viel zu wenig erforschte angesehen werden.

Klinisch hängt diese Frage natürlich auch sehr innig mit der ebenfalls noch sehr verschieden bewerteten Frage des Alternierens von Hautstörungen mit inneren Störungen zusammen. Ich erinnere nur an die besser bekannten und öfter beschriebenen Fälle von alternierender Diarrhöe mit Ekzem und Akne, oder von Asthma bronchiale mit Ekzem und andere solche Krankheiten mehr.

Meine Erfahrungen[4]) deuten demnach darauf hin, daß mindestens nur in einem Teile, keineswegs in der Mehrzahl oder in allen Fällen von obgenannten, allerdings auch noch anderer Dermatosen, z. B. Sklerodermie, Erythrodermia universalis exfoliativa, Pityriasis rosea, Ekzema chronicum, die Toxizität des Darminhaltes eine unzweifelhafte ursächliche, demnach überhaupt nur nebensächliche, allenfalls mitunter auslösende, provozierende Rolle spielt.

Freilich wäre der Einwand gewiß nicht unberechtigt, daß es noch andere als die obgenannten Eiweißzerfallsprodukte im Darme geben könnte, welche sich später einmal als die wahren Toxine im weitesten Sinne des Wortes erweisen könnten; dafür spricht ja auch der nicht so seltene Erdbeer- und Krebsenausschlag, die Erytheme nach dem Genusse von Sellerie oder Gurken u. dgl. Wir betreten damit unzweifelhaft das Gebiet der sogenannten Idiosynkrasie der Haut, aber auch diese beruht ja vorwiegend auf dem von mir schon früher hervorgehobenen Momente der individuellen Disposition, die eben in solchen Fällen quantitativ enorm gesteigert ist. Hier bedarf es gewiß keiner Toxine, keiner Bakterien, hier tun es eben gewisse Reizstoffe der Nahrung, die selbst in größeren Mengen bei Hunderten von Menschen keine Urtikaria, kein Ödem, keinen Gefäßreiz hervorrufen. Daß gewisse Reizstoffe, Medikamente, Jod, Hg-Präparate, Antipyrin, Chinin etc. auch subkutan einverleibt Exantheme bilden, ist ja längst bekannt, und daß speziell auch körperfremde Eiweißarten, wie beispielsweise Heilsera nicht erst vom Darme aus, sondern vom Unterhautzellgewebe aus resorbiert, die buntesten, zumal urtikariellen-erythematösen Dermatitiden verursachen, ohne daß gleichzeitig im Harne Phenolurie im weitesten Sinne des Wortes nachweisbar wäre, kann ich ebenfalls aus eigener Kasuistik nachweisen. Ganz besonders gilt dies aber von der Urticaria porcellanea chronica, die von den Ärzten ziemlich allgemein noch immer als Ausdruck einer abnormen Darmgärung angesehen wird, obzwar, wie meine Befunde ergeben, in den betreffenden Fällen weder das Verhalten des Magens und Darmes, noch der Effekt der Therapie dafür spricht.

G. Singer selbst hat sich offenbar übrigens später von der Richtigkeit dieser hier geäußerten Anschauung überzeugt und ihr auch logischerweise dadurch Rechnung getragen, daß er sagt, „die Haut verfüge nur über gewisse, und zwar relativ wenige Reaktionsformen, mit denen sie auf die verschiedenen Reize antwortet, mögen dieselben aus dem Darme oder aus anderen Organen des menschlichen Körpers in den Kreislauf kommen"; man könnte hinzufügen, mögen sie aus bakteriellen Stoffwechselprodukten (Toxinen) vom Darme her, von bakteritischen Herden in den verschiedenen Organen, Abszessen, rheumatischen Gelenkergüssen etc. stammen oder von anderen Stoffwechselprodukten der Organe. Als feststehend muß ich wenigstens auf Grund zahlreicher Analysen annehmen, daß die Neigung zu spontanen, akuten und chronischen Ekzemen, zu Lichen, Pruritus cutaneus universalis, zu chronischen Urtikariaformen, zur Cutis graphica in der Mehrzahl der Fälle wohl weit häufiger als der Ausdruck einer Intoxikation durch verringerte Oxydationsvorgänge im intermediären Stoffwechsel zu betrachten ist, denn als der Ausdruck vermehrter Darmfäulnis.

Solange man übrigens mit Jaffe und dessen Schülern (vergleiche die These von Harry, Scholz, Beiträge zur Entstehung des Indikans im Tierkörper, Königsberg 1903) die Quelle des Indols als Vorstufe des Indikans vorwiegend oder ganz in den Darm verlegte, hatte man wohl noch ein Recht gehabt, bei den betreffenden Er-

[3]) Solche Untersuchungen werden, wie ich erfuhr, speziell vom Gesichtspunkte der Autointoxikation in E. Freunds chem. Laboratorium im Rudolfsspitale, sowie auch an A. Neissers Klinik von Dr. Siebert seit längerer Zeit vorgenommen. Ob dabei in methodischer Beziehung oder zur Klärung des behaupteten gastrointestinalen Ursprunges von Dermatosen bereits Positives erbracht wurde, ist mir jedoch bis jetzt unbekannt geblieben.

[4]) Die ausführliche Publikation der mir bisher zur Verfügung stehenden Resultate von Harnanalysen habe ich aus mehrfachen Gründen einem späteren Zeitpunkte vorbehalten müssen.



krankungen, also auch bei Dermatosen endogenen und sonst unbekannten Ursprungs eine Vermehrung der Darmfäulnis und damit einen intestinalen Ursprung, eine Autointoxikation vom Darme her, als Ursache derselben anzusehen, wofern nur der Indikangehalt bzw. die übrigen aromatischen Stoffe in der Form von Ätherschwefelsäuren gleichzeitig wesentlich gesteigert erscheinen.

Dieser Annahme stehen jedoch derzeit bereits eine Reihe gewichtiger Momente entgegen.

Erstens ist es auffallend, wie selten die Phenolurie und Indikanurie resp. die Vermehrung der aromatischen Oxysäuren und aromatischen Substanzen überhaupt mit den hier in Betracht kommenden Dermatosen (Erytheme, Urtikaria, Prurigo, Strophulus inf., Akne, Sklerodermie, Dermatitis exfoliativa universalis, Vitiligo u. a. Affektionen mehr) gleichzeitig einhergeht, wie ich dies ja schon im Jahre 1894 in den Debatten über Autointoxikation im Wiener medizinischen Klub gegenüber G. SINGER ausdrücklich hervorgehoben habe und wie dies später von ALBU und anderen hervorragenden Autoren und Forschern wiederholt betont worden ist.

Zweitens finden wir oft genug umgekehrt bedeutende Vermehrung des Indikans und der aromatischen Substanzen ohne die mindeste Veränderung an der Haut und ohne Erkrankung überhaupt. Ich erinnere nur an langdauernde Obstipationen, die zufällig entdeckt werden, ohne die Spur eines sonstigen Krankheitssymptomes, andrerseits an Peritonitis und Ileus, bei denen massenhaft Indikan und aromatische Produkte im Harne zu konstanten Befunden gehören, ohne daß uns die Beteiligung der Haut dabei auffallen würde. Gerade dieser Umstand spricht gegen die spezifische Bedeutung der Darmfäulnisstoffe für die Entstehung von Dermatosen.

Drittens haben SENATOR, F. BLUMENTHAL, LEWIN u. a. den Nachweis erbringen können, daß Vermehrung von Indol und aromatischen Körpern auch bei gesteigertem Eiweißzerfall z. B. bei hungernden Tieren, bei Kachexien, fieberhaften Zuständen auch nach Phloridzinvergiftungen nachweisbar ist, demnach die Quelle des Indols auch außerhalb des Darmes gelegen sein kann.

Wir haben also allen Grund, bei der Verwertung von Harnbefunden zur Diagnose Autointoxikation auch bezüglich der sogenannten aromatischen Produkte und des Indikans sehr vorsichtig und zurückhaltend zu sein und weder Vermehrung noch Verminderung derselben als ein beweisendes pathologisches Zeichen anzusehen.

Ob durch die Bestimmung der sogenannten relativen Koeffizienten zwischen den stickstoffhaltigen und mineralischen Ausscheidungsprodukten im Harne, wie sie jetzt von den verschiedensten Autoren in verschiedenster, oft geradezu willkürlicher Kombination angegeben und verlangt werden, demnach durch eine quantitative Analyse des Harnes für unsere Frage mehr erzielt bzw. bewiesen werden kann, als wie durch das Aufsuchen bestimmter als pathognostisch angesehener Körper, steht ebenfalls noch dahin.

Wäre dies aber der Fall, dann wäre es wohl hoch an der Zeit, daß sich doch endlich einmal die Chemiker und Physiologen mit den Klinikern darüber auseinandersetzen würden, welche der zahllosen Koeffizienten denn doch etwas beweisen und was sie beweisen, weiterhin welches die Normalkoeffizienten für das Kilogramm Normalmenschen sind, schließlich welchen Einfluß bestimmte Nahrungsmengen auf den Zahlenwert der jeweiligen Koeffizienten haben.

Solange aber diese fundamentalen Tatsachen nicht unzweideutig feststehen, erscheint mir die an verschiedenen Stellen geradezu willkürlich getriebene und verwertete Analysierung des Harns als eine wenig aussichtsreiche Verschwendung von Zeit und Arbeitskraft, bzw. sogar als eine nicht unbedenkliche Beschwerung der wissenschaftlichen Forschung und Literatur, insofern sie von den verschiedenen kritiklosen Interpreten zu oft diametral auseinandergehenden und weitgehenden Konklusionen benutzt wird.

Man muß also jedenfalls, wenn man von spezifischen Infektionen absieht, auf welche vor allem die Erscheinungen des Botulismus der Fisch- und Küchenvergiftung zurückzuführen sind, annehmen, daß es in der Regel einer besonderen Disposition des betreffenden Organs, also hier der Haut bedarf, damit auf dieser krankhafte Symptome ausgelöst werden. Dementsprechend halte ich es nur für logisch und auch für zweckmäßig, alle hierher fallenden Exantheme in erster Linie als die Folgen einer krankhaften Disposition, einer individuellen Anlage, nicht aber als Folgen einer Autointoxikation, d. i. Vergiftung mit den genannten Stoffen allein anzusehen. Dementsprechend haben wir aber auch zu handeln, indem wir nicht nur trachten, fallweise die fraglichen Giftstoffe auf irgend eine Art zu beseitigen, d. i. den Körper zu entgiften, was selten, sondern vor allem die krankhafte Disposition systematisch abzuschwächen, was weit häufiger gelingt. Es geschieht dies durch radikale und dauernde Änderung der Lebensweise, Beschäftigung und Diät, Enthaltung von allen schädigenden Momenten. Sämtliche hierher zu beziehende Dermatosen werden sinngemäß auch dementsprechend viel besser als Dispositionsanomalien der Haut, nicht als Autointoxikationszustände zu bezeichnen sein.

Eine zweite, viel kleinere Gruppe umfaßt die Autointoxikationen infolge von Bildung von im normalen Stoffwechsel nicht vorkommenden toxischen Stoffen.

Für die Dermatologie spielt hier der Diabetes mellitus, die Azetonurie, Diazetessigsäure, die Cholämie, d. i. das Vorhandensein von Gallenfarbstoff und Gallensäuren im Blute, ferner die Urämie und Albuminurie als Zeichen gestörter Leber- bzw. Nierenfunktion eine unbestritten hervorragende Rolle.

Ich gehe auf die hierher bezüglichen Dermatosen, die Diabetiden einschließlich der Xanthombildung sowie auf den Pruritus ictericus und die wenn auch seltenen nephritisch-urämischen, erythematös ekzematösen, pustulösen Hautveränderungen als etwas mehr Bekanntes und Sicherstehendes gar nicht ein. Nur das finde ich hervorhebenswert: auch hier spielt ja zweifellos die Disposition der Haut des betreffenden Individuums eine beträchtliche Rolle in der Entstehung der betreffenden Dermatosen.

Ganz besonders gilt dies für die sogenannten albuminurischen Ekzeme und Erytheme, mitunter auch für Urtikariaeruptionen, die nur in einem verschwindend kleinen Bruchteil aller Fälle von Albuminurie bald flüchtig und vorübergehend, bald dauernd zum Vorschein kommen. Ob es sich in solchen Fällen nur um die Retention von Harnstoff, wie oft angenommen wird, im Blute oder nicht auch noch um die Retention anderer toxisch wirkender Stoffe infolge Funktionsbehinderung der Niere handelt, betrachte ich als eine heute noch völlig offene Frage. Auffallend ist mir die Häufigkeit solcher Beobachtungen, bei denen der Urin nur geringe Spuren von Albumen, die Haut jedoch exquisite Reizerscheinungen darbietet. In einem Teile dieser Fälle fand ich auch spurenweise Zucker, reichlich Oxalsäure, in einem anderen wieder beträchtliche Vermehrung von Indikan.

Ob mit den bisher genannten Gruppen die Zahl und selbst nur die Art aller der im Stoffwechsel retinierten und die Hautgefäße reizenden, toxisch wirkenden Körper auch nur erschöpft annähernd ist, ist schwer zu sagen; ich möchte es bezweifeln.

Durch die Lehre von der sogenannten inneren Sekretion, insbesondere durch die Drüsen ohne Ausführungsgang, zu welchen wir die Schilddrüse, die Hypophysis cerebri, die Thymusdrüse, ferner die Nebennieren, Milz, aber auch die Leber, vielleicht sogar auch die Geschlechtsdrüsen, Lymphdrüsen zu rechnen haben, ist in den letzten Jahren eine neue, breite, wenn auch keineswegs festgefügte Basis für die Entstehung von Autointoxikation im Körper gegeben worden, bei welcher zweifellos auch die Haut ganz besonders beteiligt ist. Der Morbus Basedowii, das Myxödem, der Morbus Addisonii, wahrscheinlich manche Pigmentosen, Chloasmata, Vitiligines, höchstwahrscheinlich die Sklerodermie und vielleicht noch andere mehr weniger rätselhafte Dermatosen dürften höchstwahrscheinlich den Funktionsstörungen dieser Organe ihre Ursache verdanken. Hier kann ja selbstverständlich vorläufig von einem Nachweis der betreffenden toxischen Stoffe im Harne, Blute etc. vorderhand überhaupt nicht die Rede sein.

Welcher Art hier die toxischen Stoffe sind, ob die eigentlich schädigenden derselben jemals nachweisbar sein werden, liegt noch völlig im Dunkeln. Sicher ist aber, daß logischerweise gerade die hierher gehörige Gruppe von Dermatosen am ehesten den Namen von Autointoxikationserkrankungen verdienen, da hier jede Infektion, auch selbst solche mit ubiquitären Bakterien und deren Produkten als Krankheitsursache so gut wie ausgeschlossen werden kann, die Autoinfektionsprozesse aber aus dem engeren Begriffe der Autointoxikation zu eliminieren sind. Und gerade auch hier wird man wieder zugeben müssen, daß die wirksamen schädlichen Stoffe, seien sie durch toxische Sekretionen oder mangelnde Entgiftung der normalen Stoffwechselprodukte erzeugt, im Grunde genommen doch meist nur infolge einer angebornen oder erworbenen individuellen Disposition zu bleibenden Organerkrankungen resp. zur vorübergehenden Funktionsstörung der betreffenden drüsigen Organe gebildet wurden.

Von diesem Gesichtspunkte aus wird uns aber selbst der schon seit alter Zeit für Erkrankungen dieser Art gebräuchliche Sammelname „trophische Hautstörungen" mindestens ebenso passend, sehr oft viel passender erscheinen als die dem Wortsinne kaum jemals entsprechende Bezeichnung der „Autointoxikationen ohne — wenigstens nachweisbare — Gifte".

Leider fehlt es in der ganzen Frage der Autointoxikation noch immer an gut und vollkommen beobachteten Tatsachen in klinischer, besonders aber auch in chemischer Beziehung, ebenso oft fehlt es aber auch an der nötigen Kenntnis und an dem Verständnis des bereits Sicherstehenden.

Der häufigste Fehler, der gemacht wird, beruht aber meines Erachtens in dem Übersehen des intermediären Stoffwechsels als Quelle der Autointoxikation.

Die Kompliziertheit aller ursächlichen Faktoren, die Schwierigkeit des Nachweises oder wenigstens der Reindarstellung wirklicher Gifte machen es also, wie wir gesehen haben, nur begreiflich, wenn sich exakte Forscher in der Dermatologie, ich nenne hier nur UNNA und JADASSOHN, nur schwer entschließen, wie dies ja noch z. B. aus ihren jüngsten Emanationen hervorgeht[*]), den Autointoxikationen einen erheblichen Anteil an dem Zustandekommen von Dermatosen zu vindizieren.

Ich habe aus demselben Grunde auf dem letzten Kongreß meinen Standpunkt in dieser Frage durch einen Antrag präzisiert, um dem bisherigen, oft geradezu gedanken- und planlosen Forschen in dieser Beziehung ein Ende zu machen. Derselbe ging dahin, daß zunächst durch eine spezielle Enquete von Forschern verschiedenster Richtung und aus den verschiedensten Disziplinen der Medizin das bisher zum Begriffe der Autointoxikation Erbrachte zusammengefaßt und kritisch verwertet, weiterhin, wie wir unter allen Umständen die betreffenden Krankheitsfälle zu beobachten und mit welcher Methode in klinischer und semiologischer Beziehung zu untersuchen haben, um verwertbare und vergleichbare Tatsachen zu erbringen.

Völlig tendenzlos, bloß auf Grund meiner nunmehr über 12 Jahre lang auf diesen Punkt gerichteten Beobachtungen und Untersuchungen von Harnen bei Kranken mit Dermatosen verschiedenster Art bin ich zu diesen vorwiegend negativen Resultaten bezüglich der Toxizität gelangt. Ob uns neue Methoden der chemischen Untersuchung des Harnes und anderer Exkrete, ob uns vielleicht die modernste physikalische Analyse des Harnes mehr Einblick in die Körperökonomie gewähren wird, das gehört noch der Zukunft an. Wichtig aber für Sie als Ärzte in Kurorten, die Beruf und Gelegenheit haben, die Disposition des Menschen zu beeinflussen und zu verbessern, war mir heute vor allem die Betonung des vorwiegenden Einflusses der Heredität und Disposition zur Ausbildung vieler als Autointoxikosen bezeichneten Dermatosen.

[*]) Vgl. darüber JADASSOHNS Referat über „Hautkrankheiten und Konstitutionsanomalien" im abgehaltenen internationalen Dermatologen-Kongreß in Berlin und UNNAS Kapitel „Ekzem" in MRAČEKS Handbuch der Hautkrankheiten, Berlin 1904.

Aus der Privatklinik von Dr. Planer in Dresden.

Vereitertes adhärentes Ovarialzystom. — Heilung per laparotomiam und Totaldrainage der Bauchhöhle.

Von **Dr. P. H. Planer**, Frauenarzt, Dresden.

In folgendem möchte ich einen Fall von tumoröser suppurativer Oophoritis bekannt geben, der nach Ausführung der Laparotomie und nachfolgender Drainage der Bauchhöhle bis zur äußeren Scheide zur vollkommenen Genesung gelangte und welcher durch seinen Verlauf und die Eigentümlichkeit seiner anatomischen Beziehungen wohl von solchem Interesse sein dürfte, daß er wert ist, publiziert zu werden.

Am 6. April 1903 wurde die 23 Jahre alte Patientin, Fräulein Marie L . . ge aus Chemnitz — nachdem sie wegen ihrer Schüttelfröste und hohen Fiebers 8 Tage zuvor anderswo als influenzakrank erfolglos behandelt worden war — in meiner Klinik wegen Unterleibsschmerzen aufgenommen.

Befund: Sehr anämisches Aussehen, klebriger Schweiß am ganzen Körper. Fiebertemperatur 41·2°. Lungenatmung in allen Teilen vesikulär, nirgends Dämpfung, nirgends pleuritische Schmerzen. Herz nicht vergrößert, sehr schwache und dumpfe Herztöne. Kopf sehr eingenommen, leicht bei Bewegung zu Brechreiz Veranlassung gebend. Pupillen äußerst klein (infolge erhaltenen Kodeïns), Puls fadenförmig, schwach (infolge erhaltenen Antipyrins?). Leber und Milz normal in ihren Grenzen.

Die gynäkologische Untersuchung läßt einen rundlichen, kindskopfgroßen Tumor von ziemlich starker Resistenz bei sehr geringem Fluktuationsgefühl in der rechten Ovarialgegend konstatieren. Gleichzeitig besteht im hinteren Douglas ein sehr beträchtlicher sterkoraler Tumor, der auf eine ca. 8 Tage hintangehaltene Stuhlverhaltung zurückzuführen ist.

Der Uterus ist mittelgroß, in starker Anteversio-flexio. Nach Angaben haben die Menses vor ca. 14 Tagen mit achttägiger Dauer unter heftigsten Schmerzen und Frostgefühl bestanden. Leib bei Palpation sehr schmerzempfindlich, besonders im rechten Epigastrium.

Urin stark sedimentierend, zuckerfrei, eine Spur Eiweiß enthaltend.

Diagnose: Tumor suppurativus cysticus ovarii dextri.

Therapie: Abdominelle Exstirpation des Tumors, um allen Eventualitäten zu begegnen.

Prognose: Anceps mit Rücksicht auf das hohe Fieber und die Möglichkeit abszedierender Komplikationen (Recessus abdominales abscedentes).

Unter dem Eindrucke, daß das Fieber zum Teil wenigstens durch die langbestehende Koprostase mitunterhalten werde und der sterkorale Tumor schon an und für sich gebiete, für reichliche Darmentleerung zu sorgen, verordnete ich der Patientin mehrere Tage hintereinander früh nüchtern zwei Pilul. (e. pulv. Pagliano 5·0 pilul. Nr. XII) aperientes, Pillen, die Kalomel, Jalappa und Podophyllin in rationellem Verhältnis enthalten und binnen einiger Stunden ausgezeichnet reichlich und zuverlässig abführen.

Zu diesen Pillen gab ich dann noch folgende Diät:

Früh 6 Uhr: zwei Pillen. 9 Uhr: einen halben Liter klare Bouillon mit Semmelbrose. 12 Uhr: einen Teller Tapiokasuppe in Bouillon ohne Ei, drei bis vier Eßlöffel Äpfelpüree, ein Glas warme Himbeerlimonade. 4 Uhr: eine Tasse warmen Baldriantee. 6 Uhr: reichlich kleingeschnittenes mageres, weißes gebratenes Fleisch (Kalb, Huhn, Taube) ca. ein halbes Pfund, etwa von zwei Semmeln die Brose, etwa vier bis fünf Eßlöffel Äpfelpüree, ein Wasserglas unverfälschten guten Rheinweins.

Durch die Medikation wurden reichliche Stühle herbeigeführt, so daß alsbald der sterkorale Tumor und in etwa 9 Tagen das Fieber

geschwunden war und die Patientin sich so wohl befand, daß sie ernstlich daran dachte, die Klinik zu verlassen.

Als ich ihr aber erklärte, daß es nunmehr an der Zeit sei, den in ihrem Leib befindlichen Tumor zu entfernen, war sie damit einverstanden.

Am 17. April 1903 fand die Operation statt.

Die Narkose fand in der Weise statt, daß im Anfang Chloroform, im weiteren Verlaufe Äther gegeben wurde, während von Anbeginn der Narkose an in beide Mammae eine sterilisierte Kochsalzwasserlösung, die eine Spur Natr. bicarbonic. enthielt, durch zwei kapillare Kanülen aus einem Sterilisationsgefäß permanent zugeleitet wurde, um hierdurch einer Schwächung der Herzaktion vorzubeugen.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich ein ca. 18 *cm* im Breiten- und ca. 24 *cm* im Tiefendurchmesser messender fluktuierender, breitbasig auf dem rechten Darmbein angewachsener Tumor, der durch zahllose Adhäsionen in seinem unteren Segment fixiert war.

Der Tumor stellt eine prallgefüllte rechtsseitige Ovarialzyste dar, in welche das rechte Ovarium mithineinging. Jedenfalls hatte der Tumor durch eine vordere und hintere Beckenbindegewebsentzündung stark entzündlichen Charakters seine breite Basis erhalten. In seinem oberen Segment war der Tumor durch äußerst zahlreiche, stark mit Blut gefüllte Adhäsionen mit dem Darm und dem großen Netz verbunden.

Nach Lage der Verhältnisse war der Tumor nicht exstirpierbar und so inzidierte ich an einer prominenten Stelle, aus welcher sich ziemlich übelriechender Eiter entleerte. Es erübrigte somit nur, den Zystensack soweit als möglich wegen der vielen Adhäsionen zu resezieren, den Inhalt der Zyste, eine beträchtliche Menge grauen übelriechenden, stark zersetzten Eiters, unter vorheriger Umlegung des Zystensackes mit sterilisierten Gazebäuschen zu entleeren und den übriggebliebenen Zystensack mit der Bauchwunde auf das engste zu vernähen.

Bevor ich aber zu der letzteren Maßnahme schritt, versuchte ich zuerst einen Abfluß des Eiters nach unten, u. zw. extraperitoneal zu bewerkstelligen.

Zu diesem Zwecke führte ich in die mit heißer Sublimatlösung und Wattebäuschchen vor der Laparotomie — wie üblich — möglichst aseptisch gemachte Vagina eine lange Kornzange bis zur Höhe der Portio vaginalis ein. Mittelst eines SCHULTZE-Uterinkatheters, der hinter der Gebärmutter in die breite Basis des Eitersackes der Kornzange entgegengeführt wurde, stellte ich dann durch Perforation der hinteren Vaginalwand durch den SCHULTZE-Katheter den extraperitonealen Abfluß des Eiters her. Es wurde ein sterilisierter Schlauch (in Wasser gekocht und von heißer Sublimatlösung durchzogen) von Kleinfingerstärke als Drain mit dem in der Vagina liegenden Katheter verschnürt und nach der Bauchwunde, d. h. nach innen gezogen. Nachdem die Bauchvaginaldrainage mit sterilisierter Kochsalzlösung gut in Gang gebracht worden, begann ich mit der zirkulären Vernähung des resezierten Zystensacks an die Bauchwunde, wobei die relativ dicke Zystenwand durch dichtliegende Seidenknopfnähte mit dem Bauchfell, Muskel und der Bauchfaszie ringförmig vernäht wurde.

Zum Schluß wurde dann die äußere Bauchwunde mit 11 Seidenfäden bis auf das nach außen mündende Drainrohr nach oben und unten geschlossen und die Bauchwunde mit dem sterilisierten Verbande bedeckt.

Die Eitersekretion durch das Drain per vaginam war sehr reichlich, ebenso jene per abdomen. Fast alle zwei Tage mußte — während dreier Wochen — die Patientin auf den Operationstisch getragen und die Drainage mit sterilisierter Kochsalzlösung verbessert werden. Nach dieser Prozedur befand sich die Patientin sehr wohl.

Ein Vorzug, den nicht häufig eine Kranke genossen hat, bestand darin, daß unsere Patientin, obwohl sie alle zwei Tage mittelst zwei Paglianopillen früh nüchtern gut abgeführt wurde, einen Tag um den andern in der zehnten Stunde abends teils per os, teils subkutan Morphium erhalten konnte, was ihr trotz reichlich genossener Mahlzeiten während der ganzen Dauer des Krankenlagers vorzüglich bekam, zumal sie darauf nicht, wie die meisten Kranken, mit Brechreiz reagierte.

Durch diese alternierende Medikation konnte die Patientin einesteils die langandauernde Rückenlage ertragen und andernteils war sie dadurch befähigt, wenigstens einige Stunden des Nachts zu schlafen und mit Geduld auszuharren.

Die Dauer der Eiterabsonderung betrug 5 Wochen und 3 Tage.

Das Drainrohr wurde meist alle 3—5 Tage um etwa 3 bis 4 *cm* an seinem vaginalen Ende gekürzt und konnte nach ca. drei Wochen per vaginam entfernt werden, zumal das Fieber (Kurven von 39·0—40·5) am 13. Tage nach der Operation beseitigt war. Am 23. Mai 1903 konnte die Patientin aufstehen, am 25. Mai eine Ausfahrt unternehmen und am 30. Mai verließ die Patientin mit einer ca. 8 *cm* langen, in Vernarbung begriffenen äußeren Bauchwunde, die in ihrer Tiefe nur noch äußerst wenig sezernierte, um den Unterleib eine Herabinde (D. R. P.) tragend, vollkommen gesund meine Klinik.

Die granulierende äußere Bauchwunde war nach weiteren drei Wochen, nach denen sich Patientin wieder vorstellte, vollkommen geheilt, das Befinden der Patientin ein sehr gutes.

Ende Juli 1903 stellte sich die Patientin nochmals vor, die Menses hatten sich wieder ohne Schmerzen eingestellt und das Allgemeinbefinden — die Patientin hatte etwa 34 Pfund zugenommen — war ein höchst zufriedenstellendes; auch der gynäkologische Befund war ein vollkommen normaler.

Aus diesem Falle ist zu ersehen, daß die totale vaginale Drainage der Bauchhöhle in Verbindung mit der zirkulären Vernähung der Abszeßwandung an die Bauchwunde zur Ausheilung breitbasierter vereiterter Zysten oder von Beckenabszessen und Unterleibsabszessen überhaupt sehr erfolgreich ist.

Des ferneren geht aus diesem Falle hervor, daß bei langdauernden Eiterungen die abwechselnde Kombination des nervenberuhigenden Morphiums mit den äußerst determiniert abführenden Pilul. Pagliano von ausgezeichneter Wirkung auf die Ausdauer der Patientin während der ganzen langen Krankheitsdauer ist, denn einmal konnte unsere Patientin an den Tagen, an denen sie Morphium erhielt, sich vorzüglich durch ausreichend reichliche Nahrungsaufnahme am Tage und durch den künstlichen Schlaf in der Nacht kräftigen, während an den morphiumfreien Tagen bei leichter Diät (Pagliano-Diät) für gründliche Darmentleerung durch die Paglianopillen gesorgt war.

Es sollte mich freuen, wenn die Mitteilung dieses Falles bei dem einen oder anderen Beurteiler ein weiteres Interesse erwecken könnte und wenn ich durch dieselbe zum Nutzen der leidenden Menschheit beigetragen haben sollte.

Toilette des Naseneinganges (Vestibulum nasi).

Von **Dr. Franz Halbhuber**, k. u. k. Regimentsarzt, Wien.

Als Naseneingang bezeichnen wir den knorpeligen Teil der äußeren Nase; er wird nach innen durch einen stumpf vortretenden Wulst begrenzt, den der untere Rand des dreieckigen Nasenknorpels bildet.

Die Schleimhaut ist im Naseneingang vom Charakter der äußeren Haut, hat ein Pflasterepithel, Haare und Talgfollikel. Der gesamte respiratorische Luftstrom passiert den Naseneingang, die in dem Luftstrom enthaltenen Schädlichkeiten werden durch die Haare im Naseneingang wie durch ein Sieb teilweise zurückgehalten und bilden je nach ihrer Natur mit dem Sekret der Talgdrüsen teils unschädliche, teils reizende Krustchen und Schüppchen, die beim Reinigen der Nase entfernt werden können. Das Nasensekret bewirkt öfters eine Mazeration der Schleimhaut des Naseneinganges, besonders bei katarrhalischen und infektiösen Erkrankungen der Nase oder deren Nebenhöhlen, hierzu kommen noch mechanische Einwirkungen wie bei zufälligem Kratzen.

Es sind demnach zahlreiche Momente vorhanden, die zu Entzündungen im Bereiche des Vestibulum nasi führen. Hierbei sei nur auf die häufiger vorkommenden knotenförmigen, sehr schmerzhaften Entzündungen der Talgdrüsen und auf die ekzematösen Formen der Entzündungen auf der Schleimhaut des Naseneinganges hingewiesen, von den chronischen Infektionskrankheiten ganz abgesehen. Die knötchenförmigen, furunkelartigen Entzündungen der Talgdrüsen und auch der Haarbälge sitzen meistens an der Schleimhaut über den Flügelknorpeln, die ekzematösen Entzündungen meistens in dem Rezessus, der an der Nasenspitze durch das Zusammentreten der drei Nasenknorpel gebildet wird und je nach der Form der Nase mehr oder weniger tief ist. Die Entzündungen der Talgdrüsen und der Haarbälge und vor allem das Ekzem an der Innenfläche der Nasenspitze sind sehr schmerzhaft und rufen die bekannte Rötung der Nasenspitze hervor. Das Ekzem bildet häufig nur kleine, strichförmige Erosionen, seltener größere flächenartige Erosionen der Schleimhaut an der Nasenspitze, es zeichnet sich durch große Schmerzhaftigkeit, Rötung und Schwellung des benachbarten Gewebes aus. Die Entstehung dieser Ekzeme dürfte sehr häufig auf den in der Luft enthaltenen Ruß, der im Naseneingang schon teilweise durch die Behaarung und feuchte Schleimhaut zurückgehalten wird, zurückzuführen sein, um so mehr, als diese Ekzemformen sich besonders in rauchigen Städten mehr als anderswo finden. Risse, Rhagaden, Schrunden und Ekzeme im Naseneingang heilen oft nach einer Luftveränderung, wenn eben der reizende Ruß in der Luft nicht mehr enthalten ist.

Die Erkrankungen haben, wenn sie nur einmal auftreten, gewiß nichts zu bedeuten, wohl aber wenn sie öfters rezidivieren und der letztere Fall ist sehr häufig, wie uns die zahlreichen roten Nasenspitzen beweisen. Die roten Nasenspitzen haben in den seltensten Fällen Abusus im Alkohol zur Grundlage, viel häufiger ist die Ursache in dieser furunkulösen und ekzematösen Erkrankung des Naseneinganges zu suchen.

Durch das ofte Rezidivieren kommt es zur Bindegewebsverdickung und venösen Stase in der Nasenspitze, ein Zustand, der unschön ist und außerdem seinen Träger sehr schmerzt. Da die Schädlichkeiten in der Luft, im Nasensekret selbst, in unvermeidlichen mechanischen Einwirkungen immer vorhanden bleiben, haben diese Entzündungen des Naseneinganges eine ganz besondere Bedeutung. Die Behandlung dieser Zustände ist eine recht umständliche und schwierige, da sich Verbände an der Nasenspitze schwer anbringen lassen. Die Ekzembehandlung führt mit Hebrasalbe ja gewöhnlich zum Ziel, aber hier erscheint die Frage der Verhütung dieser Entzündungen und Ekzeme des Naseneinganges von einer weit größeren Wichtigkeit.

Die Verhütung dieser zu den roten Nasen führenden Entzündungsformen ist durch die tägliche Toilette des Naseneinganges zu erreichen und besteht in einer Massage des Naseneinganges mit endständig wattaumwickelten, 3 *mm* dicken Holzstäbchen. Das mit Watta umwickelte Ende des Holzstäbchens wird in 3%iges Borvaselin getaucht, in den Naseneingang eingeführt und nun durch kleine rotierende und streichende Bewegungen die Schleimhaut des Naseneinganges, besonders der Winkel an der Nasenspitze und etwa schmerzhafte, etwas infiltrierte Stellen gut massiert. Für jedes Nasenloch ist ein neu adjustiertes Stäbchen zu gebrauchen. Durch diese Massage des Naseneinganges werden alle Krustchen und Schüppchen sowie hauptsächlich und oftmals allein eine große Menge von Ruß an der Watta haften bleiben und so aus der Nase entfernt. Die Schleimhaut wird nicht nur gereinigt, sie wird durch das Borvaselin auch geschmeidig gemacht und von kleinen Einrissen und Schrunden befreit. Die Zirkulation in der Nasenspitze wird gehoben. Der Augenschein zeigt, daß die Watta am Holzstäbchen öfters ziemlich schwarz ist und läßt dadurch auch einen Schluß auf die Menge des vorhandenen, reizenden Rußes zu.

Alle Personen haben diese Massage zur Erhaltung ihrer Gesundheit und Schönheit der Nase gewiß nicht notwendig; ihre Schleimhaut des Naseneinganges ist nicht empfindlich, hin und wieder wird sich diese Massage doch empfehlen, unbedingt aber haben alle diejenigen, welche zu diesen genannten Entzündungen disponieren, die tägliche Massage des Naseneinganges früh und abends durch längere Zeit fortzuführen, bis ihre Schleimhaut des Naseneinganges wieder widerstandsfähig und gesund geworden ist. Hierbei empfiehlt es sich, öfters auch die äußere Haut der Nasenspitze abends mit Borvaselin einzustreichen. Diese Massage ist von dem Patienten als Selbstmassage durchzuführen und wäre vom Arzt nur zu überwachen.

Auf diese Weise, durch die Toilette des Naseneinganges, wird es sicherlich gelingen, viele Menschen von ihren roten Nasen zu befreien, aber auch viele andere Erkrankungen der Nase zu verhüten, zum Wohle der leidenden Menschen.

Wiederum ist es die Prophylaxe, die Verhütung von Krankheiten, die wir Ärzte an erste Stelle setzen müssen.

Referate.

NEISSER und **POLLAK** (Berlin): **Die Hirnpunktion, insbesondere die Probepunktion und Punktion des Gehirns und seiner Häute, durch den intakten Schädel.**

Verff. benutzen einen feinen, glatten, elektrischen Bohrer, welcher mit großer Rotationsgeschwindigkeit durch die Haut und Weichteile hindurch den Schädelknochen durchbohrt. Der Eingriff ist bei diesem Verfahren so schmerzlos, daß eine allgemeine Narkose unnötig ist und Lokalanästhesie durch Äthylchlorid genügt. Sie haben eine Anzahl von Punkten festgestellt, an denen der Schädel ohne Gefahr für Blutungen etc. angebohrt werden kann („Mitteilungen aus dem Grenzgeb. d. Med. u. Chir.", Bd. 13, H. 4 u. 5). In das Bohrloch wird eine mit Zentimetereinteilung versehene Punktionskanüle eingeführt, damit man sich stets über die Tiefe, in der man sich mit der Nadelspitze befindet, orientieren kann. Die Methode wurde in 34 Fällen mit Anlegung von über 100 Bohrlöchern angewandt. In mehreren Fällen sind 12 Punktionen gemacht worden. Durch die Punktionen wurden, wie im klinischen Teile ausgeführt, für Diagnose und Therapie wichtige Ergebnisse gefunden. Verff. fassen ihre Erfahrungen folgendermaßen zusammen: 1. Die Punktion und Probepunktion des Gehirns in der angegebenen Weise stellt sich als eine bei einiger Übung leicht zu handhabende Vornahme dar. Sie wird bei genügender Vorbereitung in wenigen Minuten und ohne Anwendung der Narkose ausgeführt. 2. Zu ihrer ersprießlichen Ausübung bedarf es erstens der Anwendung höchster Rotationsgeschwindigkeit und eines ganz feinen, glatten, platten Bohrers; ferner neben der Benutzung aller übrigen Hilfsmittel der Hirndiagnostik und genügender Indikationsstellung, der Kenntnis einer Reihe von Punkten, an denen man ohne die Gefahr einer Verletzung größerer Blutgefäße oder sonstiger lebenswichtiger Teile punktieren kann. 3. Verff. haben versucht, eine Reihe solcher Punkte festzustellen, die für die Zwecke der Probepunktion besonders geeignet sind, und ein möglichst gefahrloses Vorgehen verbürgen und haben an diesen eine große Anzahl von Malen punktiert. 4. Bei Einhaltung gewisser, von den Verff. angegebenen Vorsichtsmaßregeln erschien als einzige Gefahr, mit der man zu rechnen hat, die einer Blutung. Die arterielle (Meningea-) Blutung konnte durch die richtige Wahl der Punktionsstellen mit großer Sicherheit vermieden werden. Verff. haben bei 138 Punktionen keine arterielle Blutung gehabt. Der untere Teil der motorischen Regionen in der Umgebung der SYLVIschen Furche muß indessen, wenn möglich, vermieden werden, bzw. muß das höhere Risiko durch eine dringende Indikation gerechtfertigt sein. Sinusverletzungen können unter allen Umständen vermieden werden. Was die Verletzung der oberflächlichen Hirnvenen betrifft, so gilt für die untere motorische Region und die Fossa Sylvii das eben bei der arteriellen Blutung Gesagte; im übrigen ist zwar das Anstechen von Hirnvenen nicht mit Sicherheit zu vermeiden, in der weitaus größten Mehrzahl aller Fälle handelt

es sich aber um kleine, gänzlich unbedeutende Extravasate. Leute mit starker Hirnhyperämie (Plethorische mit stark gerötetem Gesichte, Pressen, Jaktation) neigen stärker zu Blutungen; bei ihnen kann unter Umständen einmal die Narkose indiziert sein. 5. Die Punktion hat die Verff. bei der Diagnose der Art und des Sitzes verschiedener Hirnleiden sowohl durch Ausschluß von Erkrankungen, die eventuell eine Operation erfordert hätten, wie durch Zutagefördern von altem Blut in verschiedenen Formen, Hämatoidin, Zystenflüssigkeit, Liquor, Eiter, serös-eitriger Meningealflüssigkeit sowie Tumorpartikelchen vorzügliche Dienste geleistet und hat in einer Reihe von Fällen durch rechtzeitige operative Entleerung großer Blutergüsse, eines extraduralen Abszesses, Entfernung eines sehr kleinen und eines walnußgroßen Hirntumors — schließlich auch ohne nachfolgende Operation durch Entleerung von Zystenflüssigkeit, Blut, blutigem Serum — abgesehen von sehr günstigen Wirkungen geringerer Art — lebensrettend gewirkt. B.

GRÖBER (Leipzig): **Ein Beitrag zur klinischen Diagnostik der intrathorakalen Erkrankungen.**

Verf. beschreibt eine Untersuchungsmethode, die sich ihm als zuverlässig erwies und deshalb Anwendung zu verdienen scheint, um so mehr, als sie in einer großen Anzahl von Fällen intrathorazischer Erkrankungen die Diaskopie völlig ersetzt, ja dieselbe nicht selten an Zuverlässigkeit, immer aber an Einfachheit der Ausführung übertrifft („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 82, H. 3 u. 4). Läßt man einen Gesunden maximal inspirieren und dann tüchtig pressen, d. h. einen kräftigen Exspirationsversuch bei geschlossener Glottis machen, so schwillt während des Pressens, das übrigens solange als möglich anhalten muß, zunächst beiderseits die Ven. jugul. ext. an, und zwar rechts und links gleichzeitig und gleichmäßig stark. Später folgen dann eventuell einzelne Hautvenen der vorderen Thoraxwand, der Supraklavikulargruben und an der Vorderfläche der Musculi deltoid., ebenfalls beiderseits gleichzeitig und gleichmäßig. Diese Gleichzeitigkeit und Gleichmäßigkeit des Anschwellens der Hautvenen des Gesunden beim VALSALVAschen Versuche rechts wie links ist erklärlich, da mangels pathologischer Veränderungen im Thoraxinnern (Synechien, Tumoren etc.) überall im Thorax sich der Druck auf die Gefäße und in denselben rechts und links gleich verteilen muß, auch wenn er wie beim VALSALVAschen Versuche stark positiv wird. Besonders kann es nicht zu partiellen oder kompletten Abknickungen oder Kompressionen einzelner Venen im Thoraxinnern kommen. Nun liegt die Vermutung nahe, daß bei bestimmten pathologischen Veränderungen im Thoraxinnern und bestimmter Lokalisation derselben sich dieses Verhalten wesentlich ändern werde, weil dann Bedingungen gegeben sein können, durch die bei dem obigen Versuche die großen Venenstämme der erkrankten Seite anders beeinflußt werden als die der gesunden. Und so ist es in der Tat. Es schwellen bei dem VALSALVAschen Versuche an Kranken mit bestimmten intrathorazischen Erkrankungen von bestimmter Lokalisation die Hautvenen bestimmter Bezirke der erkrankten Thoraxhälfte (inklusive Supraklavikulargrube und Vorderfläche des oberen Drittels des Oberarms) früher und stärker an, als die der entsprechenden Bezirke der gesunden Thoraxhälfte. Dabei ist es gleichgültig, ob diese Hautvenen bereits bei ruhigem Atmen durch die Haut durchschimmern. Bei verschieden lokalisierter doppelseitiger Affektion schwellen bei dem Versuche die Hautvenen sich nicht entsprechender Regionen beider Seiten an, und zwar wenigstens annähernd, gleichzeitig und gleichmäßig. Vorhandensein dieses Symptoms beweist stets das Vorhandensein irgendwelcher, wenn auch vielleicht geringfügiger, pathologischer Veränderungen ganz bestimmter Lokalisation im Thoraxinnern. Fehlen dieses Symptoms beweist nie die Abwesenheit intrathorazischer Erkrankungen. Noch eine zweite Beobachtung kann man bei Anwendung des VALSALVAschen Versuches machen und diagnostisch verwerten. Wir wissen aus der Physiologie, daß die Pupillen des Gesunden bei der Exspiration eine geringe Verengerung, bei der Inspiration eine kleine Erweiterung erfahren, eine Tatsache, die durch die Abhängigkeit des intraokulären Druckes vom intrathorazischen (Schwankungen im Füllungszustande der Gefäße) erklärt wird. Läßt man nun einen Gesunden in der oben beschriebenen Weise den VALSALVAschen Versuch machen, so findet bis zur Höhe der dem Pressen vorausgehenden tiefen Inspiration eine allmählich zunehmende kleine Erweiterung beider Pupillen statt. Von dem Moment ab, wo das Pressen einsetzt, erfolgt langsam zunehmend eine geringe Verengerung beider Pupillen. Diese Veränderung der bei ruhiger Atmung gleich weiten Pupillen des Gesunden beim VALSALVAschen Versuche findet natürlich beiderseits völlig gleichzeitig und gleichmäßig stark statt. Pathologisch ist es nun stets, wenn von den beiden vor dem Versuche gleich weiten Pupillen eines zu untersuchenden Menschen beim VALSALVAschen Versuche nur die eine die normale Verengerung zeigt, die andere aber sich erweitert. Auf der Seite der sich erweiternden Pupille bestehen dann stets pathologische Veränderungen im Thoraxinnern von ganz bestimmter Lokalisation. Wenn sich beim VALSALVAschen Versuche die vorher gleich weiten Pupillen beide, gleichmäßig oder verschieden stark, erweitern: Doppelseitige intrathorazische Erkrankung. Wenn bereits bei ruhiger Atmung eine Pupillendifferenz besteht und beim VALSALVAschen Versuche die vorher weitere sich noch stärker erweitert, während die vorher engere die normale Verengerung zeigt: Intrathorazische Erkrankung auf der der weiteren Pupille gleichnamigen Seite. Wenn bereits bei ruhiger Atmung Pupillendifferenz besteht, beim VALSALVAschen Versuche aber beide Pupillen weiter werden: Doppelseitige intrathorazische Affektion. Wenn bereits bei ruhiger Atmung Pupillendifferenz besteht und beim VALSALVAschen Versuche die vorher engere Pupille sich — bis zur Gleichheit oder weiter, als die vorher größere — erweitert, während die vorher weitere keine Erweiterung zeigt: Doppelseitige intrathorazische Erkrankung; schon bei tiefem Inspirium tritt ungleich starke Erweiterung der Pupillen ein, mag in Ruhe schon Anisokorie bestehen oder nicht. BR.

THEODOR HAUSMANN (Orel, Rußland): **Das Coecum mobile.**

Die Verschieblichkeit des Zökums ist gewöhnlich sehr gering. Bei Frauen ist sie etwas größer. Der Grad der Beweglichkeit hängt selbstverständlich von der Länge des Mesenteriums ab, welches normaliter ganz kurz ist oder auch ganz fehlt. Beobachtungen an Operierten und Sezierten lehren, daß, dank einem Zurückbleiben auf einer früheren Entwicklungsstufe, Colon ascendens und Zökum mit einem stark ausgebildeten Mesenterium versehen sein können, das direkt in jenes des Dünndarms übergeht. Dünndarm und Zökum haben dann ein gemeinsames Mesenterium. Die dadurch gesetzte Beweglichkeit des Zökums wird zu einer häufigen Ursache der Achsendrehung. Das Bestehen eines Mesenterium commune und der dadurch veranlaßten Beweglichkeit des Zökums wird aber gewöhnlich erst bei der Autopsie erkannt. Eine solche Beweglichkeit im Anfang zu erkennen erscheint allerdings von vornherein ausgeschlossen, denn die Schmerzen, die Spannung der Bauchdecken, die Auftreibung des Leibes lassen keine genauere Palpation zu. Hingegen ist es Verf. in einer Reihe von Fällen gelungen, als gelegentlichen Palpationsbefund ein stark verschiebliches Zökum zu konstatieren, analog einer Wanderniere. Er nennt es Coecum mobile („Berliner klin. Wochenschrift", 1904, Nr. 44). Man findet das Zökum entweder an normalem Ort und ist darüber nicht im Zweifel, daß man dieses Organ vor sich hat. Bei der Untersuchung wechselt es, einem dahin gerichteten Druck folgend, seinen Ort und läßt sich bis in Nabelhöhe oder noch höher hinauf bis zum rechten Rippenbogen verschieben. Immer aber bleibt es rechts vom Nabel. Oder aber man findet in der rechten Bauchhälfte in Nabelhöhe oder höher einen ovoiden Körper von praller Konsistenz, der sich nach unten verschieben läßt. Daß es sich um das Zökum handelt und nicht um eine Wanderniere, erkennt man daran, daß der palpierte Körper beim Drücken und Streichen ein für Dickdarmteile charakteristisches Gurren gibt. Oft gelingt es, bei genauem Palpieren die Fortsetzung des Zökums ins Colon ascendens und dieses letztere selbst zu tasten, was jeden Zweifel nehmen muß. Ebenso wichtig und entscheidend ist es, wenn wir durch Palpation nachweisen können, daß vom fraglichen Organ ein zylindrischer Darmteil rechts ins kleine Becken reicht, nämlich die Pars coecalis ilei. Außerdem fällt es meist nicht schwer, beim Abtasten der Fossa iliaca sich vom Leersein derselben zu überzeugen, wenn das Zökum sich nicht dort befindet. Nicht ohne Bedeutung für

das therapeutische resp. operative Handeln im Falle eines Ileus wäre es, wenn aus vorhergegangenen früheren Untersuchungen des betreffenden Individuums das Vorhandensein eines Coecum mobile und somit eines zu Achsendrehung disponierenden Mesenterium commune bekannt sein würde. Verf. teilt daher, wenn er ein Coecum mobile findet, dieses dem Kranken mit, mit der Weisung, in zukünftigen Erkrankungsfällen den herbeigezogenen Arzt davon in Kenntnis zu setzen. L.

KLIENEBERGER (Frankfurt a. M.): **Über die Fortleitung von Herz- und Gefäßgeräuschen im Thorax.**

Bei einer gewissen, relativ geringen Intensität der am Herzen und an den großen Gefäßen auftretenden akustischen Phänomene findet eine Fortleitung derselben im ganzen Thorax statt („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 82, H. 1 u. 2). In der Norm hört man am Thorax an verschiedenen Punkten ein leises systolisches Geräusch und einen wenig akzentuierten zweiten Ton. Eine Verstärkung dieser Phänomene hat bei Klappenfehlern und bei abnormer Geräusch- und Tonbildung statt (Chlorose, Anämie, nervöse Zustände usw.). Systolische (organische und akzidentelle) Geräusche der Mitralklappe pflanzen sich vorzugsweise in die linke Thoraxhälfte und besonders in die untere Hälfte des linken Interskapularraumes und nach links hinten unten fort. Das präsystolische und diastolische Geräusch der Mitralis sowie der präsystolische Rhythmus wird besonders in die linke Axilla fortgeleitet. Die Akzentuierung des ersten Mitraltones wird gelegentlich durch die ganzen Lungen fortgepflanzt. Die Aorteninsuffizienz und die Aortenstenose bedingen häufig in den großen Gefäßen ein systolisches Brausen, das sich durch die ganzen Lungen fortleitet und besonders deutlich in den Fossae supraspinatae erscheint. Ein systolisches lautes Brausen über den Lungen kann durch Aortenfehler, durch Mitralfehler, durch Pulmonalfehler und angeborne Anomalien bedingt werden. Im allgemeinen wird die Intensität dieses Phänomens bei den beiden letzten Kategorien von Erkrankungen am größten sein. Das Auftreten eines derartig sausenden Geräusches ist bei schwereren Herzfehlern relativ häufig. Eine größere diagnostische Bedeutung kommt besonders den Fortleitungsphänomenen in die Fossae supraspinatae und in die linke Axillargegend zu. Die Ergebnisse können die Diagnose eines Aortenfehlers oder einer Mitralstenose fördern. Ebenso wertvoll für die Diagnostik ist die Beurteilung eines am Thorax beobachteten, laut brausenden Geräusches, es müssen aber dabei alle anderen klinischen Symptome berücksichtigt werden, es muß auch die Lokalisation und die Verbreitung solcher Phänomene genau untersucht sein, ehe daraus irgend ein Schluß gezogen werden kann. BRAUN.

M. M. DALOUS et CONSTANTIN (Paris): **L'épitheliomatose pigmentaire type de Unna (Seemannshautkarzinom).**

Gleich eingangs trennen die Autoren („Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie", Quatrième Série, Tome V, 1904) streng das Seemannshautkarzinom UNNAS vom Xeroderma pigmentosum KAPOSIS, erklären das erstere als eine für sich dastehende Krankheitsform, nur sei der Name zu beschränkend gewählt, da nicht alle Tumoren bei kranken Seeleuten Karzinome seien, und wählen den Namen „Epitheliomatose pigmentaire", Typus UNNA. Es folgt dann eine bis ins kleinste Detail gehende Krankengeschichte, nach welcher man klinisch den Fall im Sinne LÖWENBACHS nur als Xeroderma pigmentosum deuten kann. Die Krankheit begann bei dem nun 57jährigen Mann mit 17 Jahren in Form schubweiser Erythrodermien, an Händen und Gesicht, darauf folgten immer reichlicher Pigmentationen, über den ganzen Körper zerstreut; ein Teil der Flecken blieb in diesem Stadium, ein anderer bedeckte sich mit dicken Krusten, wurde warzenförmig und zum Schluß traten Tumoren von beträchtlicher Größe auf. Obwohl LEREDDE, BALZER-GAUCHER-MILIAN, ZEFERINO, FULCAO, LÖWENBACH und DU CASTEL mit bezug auf Entwicklung und Klinik das Xeroderma pigmentosum und das Seemannshautkarzinom als zusammengehörig bezeichnen, wünschen die Autoren eine strikte Trennung mit Rücksicht auf den histologischen Befund. LÖWENBACH hat nämlich in seiner umfassenden Studie als besonders charakteristisch für das Xeroderma pigmentosum den Degenerationsprozeß in der Kutis hervorgehoben, bei welchem eine Verschmälerung der kollagenen, Abrundung und Quellung der elastischen Fasern, Basophilie beider Gewebsarten und Verschmelzung beider Gewebsarten zu einer homogenen, hyalinen Masse zustande kommt, und diesen Prozeß als denselben aufgefaßt, wie er in seniler Haut vor sich geht, kein Xeroderma pigmentosum nur mit bedeutend gesteigerter Intensität. Die Autoren finden nun zwar tiefgreifende Epithelveränderungen, wie Formveränderung der Zellen der MALPIGHIschen Schichte, gesteigert bei einem extremen Polymorphismus, dabei Lockerung der Zellen, Veränderungen in der Färbbarkeit der chromatischen Kernsubstanz, eine überreiche Karyokinese, akantholytische Blasenbildung in den Zellen und einen völligen Umsturz in der Verhornung, die Eleidinkörner unregelmäßig verteilt, direkte Rekolinisation des Protoplasmas, der MALPIGHIschen Zellen, Hyperkeratose, Parakeratose, Bildung von Hautkörnern, die Tumoren und Basalzellenkarzinome mit polymorphen Zellen, starke Karyokinese, keine neoplastische Infiltration des Bindegewebes, dagegen finden aber die Autoren nur verhältnismäßig geringe Veränderungen des Bindegewebes, wie Verschwinden der elastischen Fasern aus dem Stratum papillare, eine geringfügige Infiltration, starke Anhäufung von Pigmentzellen in den obersten Schichten der Kutis. Mit Hinweis auf die große Ähnlichkeit im histologischen Bilde mit UNNAS Seemannshautkarzinom, speziell die geringe Beteiligung der Kutis, die hervorragende des Epithels, wollen DALONS und CONSTANTIN diese Krankheitsform als eine vom Xeroderma pigmentosum gesonderte auffassen. Zum Schlusse stellen die Autoren noch die PAGETsche Krankheit, die Psorospermosis und das Molluscum contagiosum, obwohl jede Krankheit für sich streng individualisiert, doch in eine gewisse Parallele, da bei diesen Affektionen die Loslösung der Zellen des Str. Malpighii durch Verschwinden der vereinigenden Fasern (Dermolyse, Akantholyse) kombiniert mit verschieden intensiver Dyskeratose zum Teil zu ähnlichen histologischen Bildern und ähnlicher klinischer Entwicklung führt. K. F.

BRUNO WOLFF (Berlin): **Über die prophylaktische Wendung.**

Unter einer prophylaktischen Wendung ist eine solche Wendung zu verstehen, die bei Schädellage und engem Becken, ehe irgendwelche Störungen im Befinden der Mutter oder des Kindes eingetreten sind, vorgenommen wird und mit deren Ausführung der Geburtshelfer beabsichtigt, Gefahren vorzubeugen, die sich beim Abwarten des weiteren Verlaufes der Geburt in Schädellage einstellen könnten. Bei der Indikationsstellung kann es sich nur darum handeln: soll man wenden oder warten? Als Vorteile der prophylaktischen Wendung nennt WOLFF (Berliner Klinik", H. 196) die leichtere Durchgangsfähigkeit des nachfolgenden Kopfes, geringere Quetschung der Weichteile, rasche Beendigung der Geburt, Einfachheit der Ausführung, von Nachteilen die mangelnde Konfiguration des Kopfes, häufigere Verletzungen des Kindes und den Umstand, daß es sich um einen Eingriff handelt, der ohne zwingenden Grund ausgeführt wird. Die Schwierigkeiten, die sich für die Beurteilung und Entscheidung ergeben, sind hauptsächlich darin begründet, daß so außerordentlich zahlreiche Faktoren auf den Verlauf der Geburt bei engem Becken Einfluß besitzen: die Form und der Grad der Beckenveränderung, die Größe und die Konfigurationsfähigkeit des Kindskopfes, die Art der Wehentätigkeit, die Anzahl der vorangegangenen Entbindungen und die damit zusammenhängende Verschiedenheit in der Widerstandsfähigkeit des Uterus, der Stand der Geburt zur Zeit des Blasensprunges u. a. m. An der Hand des geburtshilflichen Materiales der Charitépoliklinik fordert WOLFF für die prophylaktische Wendung zunächst die Erhaltung der Fruchtblase und die vollständige oder nahezu vollständige Erweiterung des Muttermundes. Bei Erstgebärenden ist — im allgemeinen wenigstens — von der prophylaktischen Wendung abzusehen. Wo aber bei Mehrgebärenden bei Beckenveränderung 1. Grades, bei stehender Blase und vollständig erweitertem Muttermund und aus der Anamnese über den Ausgang vorangegangener Geburten es zwar nicht ausgeschlossen, aber doch mehr oder weniger zweifelhaft erscheint, ob die Geburt mit vorangehendem Kopfe ohne

Schwierigkeiten und ohne Schaden für das Kind verlaufen würde, ist die prophylaktische Wendung indiziert, da sich in diesen Fällen fast immer ein günstiger Ausgang für Mutter und Kind voraussagen läßt. Bei Beckenverengerungen 2. Grades ist sie nur dann berechtigt, wenn sie unter sehr günstigen Bedingungen — bei stehender Blase und vollständig erweitertem Muttermund — ausgeführt werden kann, und sie wird hier häufiger für die Mutter als für das Kind von Vorteil sein. FISCHER.

GRADWOHL (Paris): **Importance de l'examen bactériologique pratiqué sur les cadavres.**

Die Frage über die Bedeutung und die Verwertbarkeit der bakteriologischen Untersuchung des Leichenblutes steht seit einiger Zeit wieder in Diskussion. Verf. berichtet („Annales de l'Institut PASTEUR", Bd. 18, pag. 767), daß er unter 50 Fällen in 39 Fällen, also in 78%, im Herzblut Bakterien fand, obwohl es evident war, daß dieselben zu Lebzeiten nicht im Blut vorhanden waren. Andrerseits wurden im Blut der Armvene nur in jenen Fällen Bakterien gefunden, in welchen zu Lebzeiten bereits eine Allgemeininfektion bestanden hatte. Das negative Untersuchungsergebnis in den übrigen Fällen beweist, daß in die Armvene keine postmortale Bakterieneinwanderung erfolgt, während die beinahe konstante Anwesenheit von Streptokokken und Bacterium coli im Herzblut zeigt, daß hier eine postmortale Einwanderung aus den angrenzenden Organen (Lungen, Leber, Darm) stattfindet; es sind daher die bakteriologischen Befunde am Herzblut der Leichen nicht ohne weiteres verwertbar. Andrerseits kann die bakteriologische Untersuchung des Blutes in der Vena mediana basilica bei der Autopsie sehr wesentliche Aufschlüsse in unklaren Fällen geben. Dr. S.

ATLOSSOFF (Paris): **La fièvre typhoide expérimentale.**

Verf. konnte auf experimentellem Weg den Nachweis führen („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 18, pag. 701), daß man bei Kaninchen durch Einbringung von Typhusbazillen in den Darmkanal künstlich einen Typhus erzeugen kann, falls die Tiere sehr jung sind. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen dieses experimentell hervorgerufenen Typhus erinnern an die beim Menschen, besonders bei Kindern zu erhebenden Befunde, doch sind tiefe Geschwüre selten. Die verschiedenen Torulaarten, namentlich Torula rosea begünstigen die Infektion. Der durch Einbringung des Virus in den Magendarmkanal hervorgerufene Typhus eignet sich besser zum Studium der Prophylaxe und Therapie dieser Krankheit als die subkutane oder intraperitoneale Infektion. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Behandlung akuter Erregungszustände und Delirien bei Geisteskranken** bespricht ZIEHEN („Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.", 1905, Nr. 4). Man hat Erregungszustände zu unterscheiden, die auf dem Boden schwerer und schwerster Angstzustände erwachsen (z. B. Melancholie) und solche, die durch Halluzinationen bedingt sind (Delirium tremens und ferner Fieberdelirien, bei sogenannter Amentia, bei Dämmerzuständen), drittens schließlich die Erregungszustände, die bei Defektpsychosen (Dementia paralytica, senilis etc.) zeitweise auftreten. Fesselung und Einsperrung sind Maßnahmen, die in solchen Fällen nicht mehr zur Anwendung kommen dürfen; bei halluzinatorisch stark erregten Kranken kann die Anwendung von Gewalt in Frage kommen, dann aber muß der Kranke sich auch sofort einer erheblichen Übermacht gegenübersehen. Die beste Behandlung der auf Angstaffekten beruhenden Erregungszustände besteht in der subkutanen Injektion von Morphium kombiniert mit Hyoscin. (Morphium 0·01 mit Hyoscin $^1/_2$ *mg* als durchschnittliche Dosierung.) Genügt das nicht, so wird 2—3—5 Stunden nach der Einspritzung 1—$1^1/_2$ *g* Trional oder Sulfonal gegeben, oder auch eine hydropathische Einwicklung (Arme herauslassen) von 28° appliziert. Für Überwachung des Kranken, dem weiters Bettruhe verordnet wird, muß ausreichend gesorgt sein. Bei halluzinatorischen Erregungszuständen wird ebenfalls am besten Hyoscin subkutan $^1/_4$ *mg* als Minimaldosis angewandt, aber hier ohne Morphium; für die Verlängerung der Beruhigung eignet sich in solchen Fällen die Kombination von Trional und Paraldehyd. Bei innerlicher Darreichung ist dem Trional zweckmäßig Kochsalz zuzusetzen. Chloral und Chloralamid sind weniger zweckmäßig. Bei den an dritter Stelle erwähnten Erregungszuständen ist die Anwendung des Hyoscins besonders dringend indiziert, in Zwischenräumen von 3—5 Stunden jeweils $^1/_4$—$^1/_2$ *mg*, bis Beruhigung eintritt.

— Über **Gonorrhöebehandlung** berichtet GLÜCKMANN unter anderem Folgendes („Med. Woche", 1905, Nr. 3, 8, 12 u. 15): Das Ichthargan kürzt im allgemeinen unbedingt den Verlauf der Krankheit ab. Es bewirkt keine Reizungserscheinungen, sondern beseitigt rasch die Schmerzen bei der Harnentleerung, verringert den Ausfluß und verwandelt denselben aus einem eitrigen in einen serösen. Bei der Anwendung des Ichthargan macht sich eine Neigung des Krankheitsprozesses, auf die Pars urethrae überzugehen, nicht bemerkbar. Komplikationen von seiten der Geschlechtsorgane werden bei Behandlung mit Ichthargan augenscheinlich seltener angetroffen als bei anderen Behandlungsmethoden. Das Ichthargan tötet ziemlich rasch die Gonokokken, wobei jedoch diese, wenn sie einmal verschwunden sind, wieder auftreten können. Die Konzentration der Lösungen kann bis auf eine solche von 2 : 1000 gesteigert werden, ohne daß zu befürchten wäre, eine Reizung der Harnröhre herbeizuführen. Die Ichtharganlösungen müssen ex tempore mit kaltem destillierten Wasser hergestellt und nicht länger als 2—3 Tage in einem dunklen Gefäß aufbewahrt werden. Das Ichthargan kann, wenn es auch kein Spezifikum ist, doch bei Gonorrhöe als eines der besten antigonorrhoischen Mittel auf das wärmste empfohlen werden.

— Bei der **Behandlung des Schluckwehs** gebraucht JAQUET das Azetonchloroform („Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte", 1905, Nr. 11). Dasselbe stellt weiße Kristallnadeln dar, die sich im Wasser schwer, im Alkohol und Glyzerin leichter lösen. In Oliven- oder Mandelöl lassen sich leicht Lösungen bis zu 50% herstellen. JAQUET hat gewöhnlich 10—20% Lösungen verwendet; nach kurzer Zeit tritt Abnahme der Schmerzen und Erleichterung des Schluckaktes ein, welche etwa 2—3 Stunden anhält. Durch eine neue Pinselung kann die wiederkehrende Schmerzhaftigkeit wieder herabgesetzt werden. Mit 3—4 Pinselungen im Tage kommt man in den meisten Fällen aus. Unangenehme Erscheinungen werden nicht beobachtet. Mit dieser Lösung wurden die verschiedensten Formen des Schluckwehs behandelt, und zwar einfache wie lakunäre und follikuläre Anginen, Diphtheritis faucium, syphilitische Ulzera der Mandeln und des Rachens, tuberkulöse Geschwüre der Epiglottis und des Kehlkopfeinganges. In beinahe allen Fällen wurde eine deutliche Abnahme der Beschwerden beobachtet; außerdem kamen noch bei den akuten infektiösen Prozessen die antiseptischen Eigenschaften des Präparates zur Geltung, welche allen Chlorsubstitutionsprodukten der Narkotika der Fettreihe gemeinsam sind. Schon am zweiten Tage trat eine Abnahme der Schwellung der Tonsillen ein und nach kurzer Zeit verschwand der Belag. Am deutlichsten war diese Wirkung bei den lakunären und follikulären Anginen, weniger eindeutig bei Diphtheritis.

— Über **Bromokollsalben** berichtet MAX JOSEPH („Dermat. Zentralblatt", 1905). Der Versuch, Bromokoll, resp. Bromokollsalben äußerlich anzuwenden, ist aus folgenden Gründen gerechtfertigt: Der Körper Dibromtannin besteht aus den Komponenten Brom und Tannin, welche beide eine Wirkung bei äußerer Anwendung besitzen. Speziell hat Brom in seinen Verbindungen mit Alkalien auf Schleimhäute eine anästhesierende Wirkung, zu der eine desinfizierende hinzukommt. Tannin ist ein in der Dermatotherapie häufig mit Erfolg angewandtes Adstringens, dem ebenfalls anästhesierende und desinfizierende Wirksamkeit zukommt. Der bisher nicht dargestellte Körper Dibromtannin läßt also bezüglich anästhesierender und desinfizierender Eigenschaften besondere Intensität vermuten. Mit 20% Salben hat nun Verf. sowohl bei dem Pruritus localis, ganz besonders an den Genitalien, wie auch beim Pruritus universalis ausgezeichnete Erfolge erzielt. Er steht nicht an, dasselbe an erster Stelle gegen dieses qualvolle Leiden zu empfehlen. Auch bei symptomatischem Jucken war der Erfolg ein recht befriedigender. Das Jucken hörte nach ziemlich kurzer Zeit auf und die Rötung wurde geringer. Das gleiche gilt für den Lichen simplex chronicus. Auch in einigen Fällen von

Prurigo mitis, die im Alter von 3—17 Jahren schwankten, war der zeitweilige symptomatische Erfolg ein unverkennbarer. Schließlich empfiehlt JOSEPH das Bromokoll als ein äußerst angenehmes und wertvolles Mittel zur Beseitigung des Juckens bei den verschiedenen Urtikariaformen.

— Bei **Rekonvaleszenten nach lange andauernden Erkrankungen** hat CORONA („Med. Klin.", 1905, Nr. 27) das Extractum Chinae Nanning vielfach gebraucht. Die Versuche, die er mit diesem Präparate gemacht hat, sind sehr gut ausgefallen. Als stärkendes Mittel kann man es bei allen Krankheiten bestens empfehlen. Extr. Chinae Nanning hat die gute Eigenschaft, daß es einen angenehmen Geschmack hat und dem Magen keinerlei Störung bereitet.

— Die Verwendung der **Spiritusverbände** schildert BRUGGER („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 7). Auf die Haut kommt zunächst der mit Spiritus durchtränkte Verbandmull in etwa achtfacher Lage (1 *cm* dick), darüber eine 2—3 *cm* dicke Schicht lockerer, reiner Wundwatte, darüber eine Decke von durchlochtem, undurchlässigem Verband- oder Gummistoff; das Ganze wird mit einer Binde befestigt; für die Wirkung des Verbandes ist es von Wichtigkeit, daß er möglichst locker ist und soviel Spiritus enthält, daß er feucht bleibt und eine reichliche Verdunstung stattfinden kann. Nach SALZWEDEL ist 96%iger rektifizierter Alkohol zu verwenden; man kommt jedoch nach den Erfahrungen des Verf.s und anderen mit viel schwächeren Konzentrationen aus. In Fällen, in welchen eine energische Einwirkung erstrebt wird, verwendet Verf. den 90%igen Spiritus; in den meisten Fällen jedoch, namentlich wo keine oder nur geringe Entzündung besteht, so auch bei infizierten oder der Infektion verdächtigen Wunden ohne Entzündung als Notverband, verwendet Verf. den 50—60%igen Spiritus. Andere haben noch Kombinationen von Alkohol mit verdünnter Lösung von essigsaurer Tonerde resp. Sublimat verwendet. Der undurchlässige Stoff muß den ganzen Verband umschließen; bei Verwendung von schwächeren Spirituslösungen kann man von der Durchlochung absehen, da die meisten sogenannten durchlässigen Stoffe doch etwas durchlässig sind. Bei der Anlegung des Verbandes empfiehlt es sich, die Haut möglichst rein zu machen. Etwaige Wunden werden mit sterilem Mull oder Jodoformgaze etc. bedeckt oder locker tamponiert, um sie vor der direkten Berührung mit Spiritus zu schützen. Die Verbände müssen im allgemeinen groß sein und weit über die erkrankte Gegend reichen und alle 12—24 Stunden gewechselt werden. In erster Linie kommen diese Verbände bei Phlegmonen, Panaritien, Furunkeln und Lymphgefäßentzündungen zur Anwendung; ferner bei Mastitis, Erysipel, bei allen Formen von Gelenkentzündungen, bei lokaler Tuberkulose, namentlich der Knochen. Außerdem hat man sie noch bei zahlreichen anderen entzündlichen und eitrigen Affektionen versucht. In der Augenheilkunde hat man sie bei Tränensackeiterung und Hordeolen verwendet.

— Bei akuter Gicht hat FRIEDEBERG von der **Citarindarreichung** gute Erfolge gesehen („Zentralbl. f. i. Med.", 1904, Nr. 47). Seine Patienten standen im Alter zwischen 57 und 66 Jahren; Beruf und Lebensverhältnisse waren bei ihnen außerordentlich verschieden. Komplikationen durch andere Leiden waren nicht vorhanden; insbesonders zeigten die Nieren keine Störung. Die Kranken nahmen sofort bei Beginn des Anfalles 8—10 *g* Citarin pro die, teils in Form komprimierter Tabletten, teils als loses Pulver, in Dosen von je 2 *g* nach den Mahlzeiten. Zur Lösung des Mittels diente eine mäßige Menge Wassers oder Selterwassers. Die sonstigen diätetischen und allgemeinen Vorschriften wichen von den üblichen in keiner Weise ab; die Anwendung von Morphium war nicht nötig. Schon nach dem ersten, bzw. zweiten Tage zeigte sich ganz erheblicher Nachlaß der Schmerzen, der Schlaf wurde besser, es traten profuse Harnabsonderungen ein. Starke Schweißsekretion wurde in keinem Falle beobachtet. Im weiteren Verlaufe wurde der Citaringebrauch auf 6 *g* täglich herabgesetzt; schließlich wurden 3 *g* pro die verabreicht, und zwar noch einige Tage nach vollständigem Ablaufe der Schmerzen. In Summa wurden 30, bzw. 36 und 50 *g* Citarin genommen. Unangenehme Nebenerscheinungen traten niemals ein.

— Die **Rektotorsion** als Behandlungsmethode des Rektumprolapses erörtert WREDEN („Russky Wratsch", 1905, Nr. 14). Rings um die Analöffnung wird ungefähr 1 *cm* weit vom pigmentierten Hautrande ein Schnitt geführt. Der Hautring wird in der Richtung zur Darmwand hin bis zur Bloßlegung des Sphincter externus abpräpariert und sodann der Mastdarm mitsamt dem letzteren auf stumpfem Wege aus dem umgebenden lockeren Zellgewebe zusammen mit dem Trichter des Levator ani, hinten bis zur oberen Grenze dieses Muskels und vorn bis zur oberen Grenze der Prostata, losgelöst. Die Loslösung des Rektums gelingt sehr leicht und geht mit keiner erheblichen Blutung einher, wenn man sich streng an die Darmwand und die untere Fläche des Levator ani hält. Bei Frauen ist die Loslösung der vorderen Darmwand bei weitem schwerer und wird bloß bis zur Höhe der oberen Grenze der Cervix uteri durchgeführt. Der innerhalb der bezeichneten Grenzen freigelegte Mastdarm wird vorn und hinten am Hautringe mit MUZEUXscher oder KOCHscher Zange erfaßt und nach Zurückbringung des vorgefallenen Teiles um seine Achse so lange (180—270°) gedreht, bis die äußere Analöffnung die Zeigefingerspitze nur mit Mühe passieren läßt. Bei einer derartigen Torsion umfassen die Muskelfasern des Levator ani spiralförmig die Darmwand von allen Seiten und in dieser Lage wird das Rektum durch mehrere tiefe und viele oberflächliche Nähte am Damm befestigt.

— Der **Nutzwert des Fleischsaftes** läßt sich nach MARKUSE am besten am Fleischsaft Puro ermessen („Heilkunde", 1905, Nr. 2). In 100 Teilen Puro sind enthalten: Wasser 36·60, in kaltem Wasser unlösliche Eiweißkörper 2·28, koagulierbares Eiweiß 21·23, in 66%igem Alkohol unlöslicher Stickstoff (Chinin) 2·96, Pepton 6·82, Fleischbasen 19·16, Fett 1·16, anorganische Substanzen 9·79. Dieser Zusammensetzung entspricht auch die Verdaulichkeit und Verwertung des Präparates Puro im Organismus, eine Tatsache, die durch experimentelle und klinische Erfahrungen längst zur Evidenz erhärtet worden ist.

— Das **Fibrolysin**, eine chemische Verbindung von Thiosinamin mit Natrium salicylicum, hat nach den Erfahrungen von FELIX MENDEL („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 2) dieselben pharmakodynamischen Eigenschaften wie das Thiosinamin, vor dem es folgende Vorzüge besitzt: Es ist sowohl subkutan, intramuskulär, als auch intravenös ohne besondere Belästigung oder Schädigung des Patienten zu verwenden. Es ist leicht löslich und wird deshalb schneller resorbiert und ist deshalb wirksamer als das Thiosinamin. Die Herstellung der Fibrolysinlösung in Ampullen ermöglicht dem Arzte die billigste Anwendungsweise und leistet gleichzeitig Garantie für ein absolut steriles und unzersetztes Medikament. Die Dosis beträgt 2·3 *g* in jeder Ampulle. Verf. hat stets, sowohl bei subkutaner als auch bei intramuskulärer Anwendung, die volle Dosis verbraucht. Die Zahl der Injektionen schwankte zwischen 5 und 50.

— Den **Einfluß des alpinen Klimas auf Nephritis** und „zyklische" Albuminurie bespricht EDEL („Bl. f. klin. Hydrotherap.", 1905). Er hat bei vier Nephritikern in Engelberg eingehende Beobachtungen über Blutdruck und Herztätigkeit gemacht und ist zu folgendem Resultat gekommen: Erhöhter Stand des Blutdruckes in der Ruhe um zirka 25 *mm* Hg, weiteres Ansteigen desselben bei Bergtouren ohne Tendenz des Sinkens beim Abstieg. Mit Rücksicht auf die bei Nephritis ohnehin bestehende Neigung zu erhöhter Gefäßspannung sind daher Einflüsse, die eine dauernde Steigerung des Blutdruckes hervorrufen, zu vermeiden und infolgedessen solchen Patienten ein alpiner Aufenthalt zu verbieten. Auch der Umstand, daß Verf. bezüglich der Herztätigkeit eine günstigere Wirkung dieses Klimas konstatieren konnte, bildet keine genügende Kompensation, um Gefahren heraufzubeschwören, die dem Herzen durch Zunahme der Widerstände drohen. Ganz anders verhält es sich bei der sogenannten „zyklischen" Albuminurie, wo wir eine Steigerung des Blutdruckes und eine Kräftigung des Herzens hervorzurufen beabsichtigen, weshalb auch ein alpiner Aufenthalt auf derartige Patienten nur von günstigem Einfluß sein kann.

— Zur **Abortivbehandlung der Gonorrhöe nach BLASCHKO** berichtet FELIX BLOCK („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 8). Die Abortivbehandlung des Trippers ist zweifellos bei den Ärzten in Mißkredit. Der üble Ruf der Abortivkuren trägt wohl die Schuld, daß das von BLASCHKO im Jahre 1902 veröffentlichte Verfahren bisher in der Literatur noch keine Beurteilung erfahren hat. Dieses Verfahren wird damit begonnen, daß man eine 10 cm^3 haltende

Tripperspritze voll 3%iger Protargollösung vorsichtig bis zur Füllung der Urethra anterior einspritzt und sie möglichst 5 Minuten darin zurückhalten läßt. Die einer solchen Einspritzung folgende Schmerzhaftigkeit ist je nach dem Grade der schon vorhandenen Entzündung der Harnröhre und der Empfindlichkeit des Patienten größer oder geringer, hält meist einige Stunden an, ist aber stets als erträglich bezeichnet worden; am längsten ist das Urinieren schmerzhaft, das man tunlichst hinausschieben läßt. Nach einigen Stunden tritt ferner meist eine mehr oder weniger starke Steigerung der Sekretion, also etwas Ausfluß, auf. Wenn nach 24 Stunden keine erhebliche Reizung mehr vorhanden war (andernfalls ist die Kur nicht durchführbar), wiederhole man die Dosis ganz in gleicher Weise. Finden sich am 3. Tage noch Gonokokken oder auch nur vorwiegender Eitergehalt des Sekrets, so steige man auf 4%, an den folgenden Tagen auch auf 5 und 6% Protargol. Mindestens 5 Tage nacheinander soll stets eingespritzt werden, wenn auch zweifellos oft schon am dritten und vierten Tage die Gonokokken verschwunden sind. Findet man keine Gonokokken, so bestelle man den Patienten doch noch mehrere Male zur Nachuntersuchung; man darf eine Heilung nur dann annehmen, wenn der Urin völlig frei von Sekret ist.

Literarische Anzeigen.

Der Entwicklungsgang der Antiseptik und Aseptik. Von **Dr. Vilmos Manninger.** Breslau 1904, J. U. Kerns Verlag.

Wir jüngeren Ärzte, die in der antiseptischen Ära aufgewachsen sind, können uns nur schwer ein Bild von der mühe- und sorgenvollen Tätigkeit eines Chirurgen in der vorantiseptischen Zeit machen. Wenn uns der Verf. erzählt, daß DELPECH gegen die Verbreitung des Hospitalbrandes täglich die Wunden von 300 bis 400 Patienten ausbrannte, und wir damit die tadellosen Resultate einer modernen chirurgischen Station vergleichen, begreifen wir, welch segensreiche Errungenschaft die moderne Antisepsis bedeutet. In seinem Buche schildert Verf. die langsame Entwicklung der Antisepsis, deren Anfänge Verf. bereits im Altertum fand, weiters den Verfall der antiseptischen Behandlung im Mittelalter und endlich den gewaltigen Aufschwung, den die Antisepsis und Asepsis nahmen, als SEMMELWEIS und LISTER ihre grundlegenden Entdeckungen machten. Diese beiden Männer sind die Begründer der modernen Wundbehandlung; ihnen gebührt der tausendfache Dank der leidenden Menschheit, ihnen verdanken es die Chirurgen, daß sie dem Verlauf auch der kompliziertesten Wunde mit Seelenruhe entgegensehen können. Den Kollegen, die sich für die Geschichte der Medizin interessieren, sei das Buch empfohlen. S. E.

Manuali Hoepli. Von **Carlo Muzio.** Le Malattie dei Paesi Caldi. Milano 1904, Ulrico Hoepli.

Von dem Bestreben geleitet, den Ärzten seiner Heimat einen sicheren Führer auf dem Gebiete der kolonialen Medizin zu geben, hat MUZIO, ein erfahrener Arzt der italienischen Medizin, das vorliegende Handbuch verfaßt. Nach einer kurzen Schilderung des Tropenklimas beschreibt er in erschöpfender Weise die allgemeinen und lokalen Infektionskrankheiten der Tropen, die daselbst vorkommenden parasitären Erkrankungen und Vergiftungen, den Verlauf der kosmopolitischen Krankheiten in warmen Ländern, die Tropenhygiene und in einem Anhang das Leben in Brasilien. Das Buch bildet eine willkommene Erweiterung der Handbüchersammlung „Hoepli". A.

Bevölkerungslehre. Von **Prof. Dr. Max Haushofer.** Leipzig 1904, Teubner.

Das Buch gehört der Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen aus allen Gebieten des Wissens „Aus Natur und Geisteswelt" an. Es belehrt in ausgezeichneter Weise über Bevölkerungsstatistik (Ermittlung der Bevölkerung, Volksdichtigkeit, Gliederung, Gang der Bevölkerung, Wanderungen), Bevölkerungstheorie und Bevölkerungspolitik. Da die Zahl derer, die mindestens die Bevölkerungsstatistik in ihren Gedankengang zu ziehen haben, sehr groß ist, und die Darstellung alles Lob verdient, wird das Buch gewiß und verdientermaßen viele Leser finden. y.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Korr. der „Wiener Med. Presse".)

II.

— Mai 1905.

Ein klangvolles Losungswort, die Organisation der Ärzteschaft, wurde von dem bekannten Badearzte Dr. TURAN auf die Fahne geschrieben, die im Interesse der Verbesserung der Lage der ungarländischen Ärzte gehißt worden ist. Der Autor legt auch in einer umfangreichen Flugschrift die Lanze für dieses radikale Mittel gegen die krankhaften Zustände ein und glaubt bei seinen Berufsgenossen viele Anhänger zu finden. Bekanntlich wurde vor Jahresfrist von dem Landesverbande der Ärzte gegen die Krankenunterstützungsvereine und die Krankenkassen eine Bewegung im Interesse der für Hungerlöhne arbeitenden Ärzte eingeleitet, aber wieder ohne Aussicht auf Erfolg fallen gelassen, denn abgesehen von der moralischen Prestige fehlte der Bewegung die materielle Basis, um die Vereinsärzte für die materiellen Verluste wenigstens so lange entschädigen zu können, bis die Bewegung auf der ganzen Linie durchgedrungen ist. Die Schlappe, die sich die seit Jahren mit großer Umsicht vorbereitete Aktion geholt hat, veranlaßte auf Anregung des genannten Autors einige für Standesinteressen begeistert kämpfende Ärzte, die nur auf moralischer Basis ruhende Liga derart zu reorganisieren, daß sie nicht nur eine moralische Körperschaft, sondern auch eine wirtschaftlich und somit auch viel wirksamere Organisation sei. In dem sicheren Bewußtsein, daß die mitten im Kampfe stehenden Ärzte eine wirtschaftliche Stütze haben, könnte man leichterdings viele Fragen lösen, an die man sich bisher nicht herangetraut hat. Selbstredend sind seitens der Ärzte materielle Opfer unerläßlich, aber füglich wird es an Opferfreudigkeit nicht fehlen, wenn es sich ernstlich darum handeln wird, mit den Übelständen ernstlich und gründlich aufzuräumen. Der Plan ist klar und gut. Nur die Ausführung stößt auf viele, anscheinend unüberwindliche Hindernisse. Es lassen sich schon Stimmen vernehmen, die eine neue materielle Belastung des Ärztestandes für schädlich und unzweckmäßig halten. Viele fürchten, daß es die Liga auseinandertreiben würde, wenn durch die wirtschaftliche Organisation bedingte größere Beiträge geleistet werden müßten. Wenn sich die Ärzteschaft Ungarns die Opferwilligkeit anderer Gesellschaftsklassen vor Augen hält, wenn man bedenkt, daß im Auslande, namentlich in Deutschland, die wirtschaftliche Organisation schon zum Ziele geführt hat, können wir nicht daran zweifeln, daß die Idee der wirtschaftlichen Organisation hierzulande nicht zum Durchbruch kommen werde. Einer Fachorganisation der Ärzte gegenüber könnte der Eigennutz und das Ausbeutungssystem der Vereine und Kassen nicht standhalten.

Viel Staub wirbelte in den letzten Wochen die Ernennung einiger Zahntechniker zu „Zahnärzten" auf, das heißt es wurde ihnen der Qualifikationsnachweis erlassen und gestattet, daß sie zahnärztliche Praxis ausüben. Es wurde dagegen Protest erhoben, aber ganz vergebens.

Bei den jüngsten Wahlen erkämpften sich bloß zwei Ärzte das Abgeordnetenmandat. Es sind dies der Badearzt KOLOMAN FODOR in Pistyan und LADISLAUS THALY, Regimentsarzt im Ruhestande. Hoffentlich werden sie die Standesinteressen wacker vertreten. . . .

Aus allen Teilen des Landes kommen Klagen, daß die Irrenanstalten überfüllt sind und gemeingefährliche Patienten nicht untergebracht werden können. Das Übel ist aber schon so chronisch, daß sich niemand mehr darum bekümmert, obgleich vom humanitären und kulturellen Standpunkte eine aktuellere Frage kaum denkbar ist. Der kommenden Regierung bleibt es vorbehalten, hier Wandel

zu schaffen. Mit etwas gutem Willen könnte dem Raummangel durch Erweiterung der vorhandenen Anstalten und Krankenhäuser rasch und leicht abgeholfen werden.

Die Beratungen der vereinigten Opposition, aus deren Reihen die kommende Regierung gebildet werden wird, geben zu der Befürchtung Anlaß, daß die Verstaatlichung des Sanitätswesens nicht in das Regierungsprogramm aufgenommen wird. Eine Verständigung zwischen der Regierung und der Ärzteschaft Ungarns wäre um so dringender geboten, als die jetzigen Zustände unhaltbar sind.

Dr. Bl.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

VI.

Kelling (Dresden): Ref. **Postoperative Pneumonie.**

Mehrere Wege und Gründe sind in Erwägung zu ziehen beim Zustandekommen der Pneumonie nach Bauchoperationen. Einmal ist unstreitig die Erkältung, die zu starke Abkühlung der Haut ein wichtiges Moment, aber sie allein kann die Pneumonie ohne Infektion nicht erklären. Die Schluckpneumonie ist die zweite, besonders häufige und gefährliche Form, die besonders bei den Kranken zu befürchten ist, die bereits eine Bronchitis haben. Hier spielt die Inhalationsnarkose eine große Rolle. Eine dritte Form ist die embolische Pneumonie bei unterbundenen Venen. Sie ist auch ohne Unterbindungen, z. B. nach der Operation inkarzerierter Hernien, beobachtet worden. Auch nach Appendizitisoperation ist sie vorgekommen, und zwar muß man hier eine Embolie auf dem Wege der Lymphbahnen annehmen. Den Zusammenhang der Lymphbahnen hier nachzuweisen, hat K. Versuche gemacht und demonstriert dieselben an einem Injektionspräparat. Auffällig ist, daß die Pneumonie meist den rechten Unterlappen befällt. Im Anschluß an Peritonitis ist häufig eine Pleuritis beobachtet worden, besonders rechtsseitig, und des Vortr. Versuche haben gezeigt, daß hier der Lymphstrom schneller ist als links. Zum Zustandekommen einer Pneumonie ist aber nach seiner Meinung noch eine Verminderung der Elastizität der Lunge notwendig, die durch Stase und Ödem erzeugt wird. Ein Weg der Infektion führt auch durch die Lymphgefäße des Zwerchfells. Auch der Luftinfektion mißt K. eine größere Bedeutung bei als gemeinhin angenommen wird. Was können wir nun prophylaktisch zur Vermeidung dieser Komplikation tun? Wir können die Fälle mit Bronchitis und akutem Schnupfen vor der Operation zurückstellen, die Abkühlung der Patienten verhüten, wir können alle einschnürenden Verbände fortlassen und zur Vermeidung von Hypostasen häufiger die Lage wechseln lassen. Vor allem aber müssen wir darauf bedacht sein, eine Infektion der Bauchhöhle zu verhüten und werden deshalb gut tun, bei allen eitrigen Prozessen abzuwarten, bis wir eventuell außerhalb der Bauchhöhle operieren können; dort aber, wo dies nicht gut angängig ist, soll man zweizeitig operieren.

Czerny (Heidelberg), Korr., beleuchtet das Vorkommen der postoperativen Pneumonie an dem Material der Heidelberger Klinik. Von 1302 Laparotomien (597 Männer und 705 Frauen) trat in 52 Fällen eine Pneumonie auf. Vortr. muß aber zugeben, daß viele schnell-vorübergegangene Pneumonien vielleicht nicht extra aufgeführt worden sind. Keine Form der Narkose war dabei besonders beteiligt. Die Pneumonien sind bei Äther und Chloroform gleichmäßig vorgekommen, auch bei der Chloroform-Sauerstoff-Narkose waren einige Fälle zu verzeichnen. Überhaupt ist Cz. der Meinung, daß die Technik der Narkose viel wichtiger ist als das Narkotikum selbst. Die Mehrzahl der Fälle hält er für Aspirationspneumonien. Sie kommen gewöhnlich in den ersten 3 Tagen zum Vorschein. Zugeben muß Vortr., daß alles, was die Atmung und Expektoration erschwert, einschnürende Verbände, schmerzhafte Nähte etc., auch begünstigend auf die hypostatische Pneumonie wirken kann. Daß in seinen Fällen die Laparotomien der oberen Bauchgegend, die $^1/_3$ der Gesamtlaparotomien bilden, zu $^2/_3$ an den Pneumonien beteiligt sind, spricht für die Auffassung Kellings, daß die Operationen in der Nähe der Brusthöhle mehr zur Pneumonie disponieren. Auffallend ist ferner, daß die Appendizitis nur mit $2^0/_0$ der Pneumonien figuriert. Die gynäkologischen Operationen, die $10^0/_0$ bilden, stellen zu den Pneumonien $20^0/_0$ und in den Fällen, die in Beckenhochlage operiert waren, war die Pneumonie häufiger letal als in den anderen Im ganzen heilten 31 Fälle aus, 21 starben, von denen 17 sicher an der Pneumonie zugrunde gegangen waren, 4 hatten noch eine Peritonitis.

Kümmell (Hamburg) glaubt doch, daß die Narkose eine ganz wesentliche Rolle spiele. Während er bis 1904 43 postoperative Pneumonien hatte, von denen 15 starben, wurden die Resultate mit der Chloroform-Sauerstoffnarkose besser, ganz wesentlich aber hat erst die Einführung der Skopolamin-Morphiumnarkose die Pneumonien beeinflußt und K. glaubt, daß dies der austrocknenden Wirkung des Skopolamins zuzuschreiben sei. Natürlich ist er auch für möglichst frühzeitige Bewegung, ausgiebige Atmung etc.

Schloffer (Innsbruck) hat beobachtet, daß bei seinen Pneumonien die embolischen Prozesse von großer Bedeutung sind. Dabei hat er auch die Struma und die Hernien in Betracht gezogen, letztere auch mit Rücksicht auf die Wölflersche und Bassinische Operation, und die Beobachtung ist entschieden zugunsten der Wölflerschen Methode ausgefallen.

Trendelenburg (Leipzig) hat nach allen Operationen, ausgenommen die Laparotomien, $1^0/_0$, nach den Laparotomien $5^0/_0$, bei den Gastrostomien allein $30^0/_0$ Pneumonien. Die Kontusionen der Bauchhöhle haben $15 \cdot 9^0/_0$, die Perityphlitiden $5^0/_0$, die Probelaparotomien $4 \cdot 7^0/_0$, Operationen an den Gallenwegen $1 \cdot 4^0/_0$, an den Genitalien $2 \cdot 8^0/_0$ aufzuweisen. Von 80 Fällen im ganzen waren 52 letal. Ob wirklich die Nähe des Zwerchfells eine bedeutende Rolle spielt, muß er noch in Frage stellen. Natürlich hat das höhere Alter auch eine größere Morbidität und Mortalität.

Franke (Braunschweig) hat viele Pneumonien aufzuweisen, die zu Zeiten ganz epidemisch vorkamen, aber die nur zu $1-2^0/_0$ tödlich ausliefen. Er hat sofort Digitalis mit Natr. salicyl. und Antipyrin, auch Nitroglyzerin gegeben.

Kausch (Berlin) erörtert die Verhältnisse an der Breslauer Klinik. Während früher die postoperative Pneumonie in $8^0/_0$ mit $3 \cdot 8^0/_0$ Todesfällen auftrat, ist sie in den letzten Jahren nur in $2 \cdot 4^0/_0$ mit $1 \cdot 4^0/_0$ Mortalität zur Beobachtung gekommen, die agonalen Fälle und die reinen Embolien nicht mitgerechnet. Zur Verhütung dieser Komplikation wird an der Breslauer Klinik für Erwärmung der Patienten gesorgt, die Bauchhöhle wird reichlich mit Kochsalzlösung gespült, der Magen sorgfältig entleert, für Mundpflege wird gesorgt. Vortragender demonstriert eine von ihm angegebene Sonde zur Verhütung des Einfließens von Magen- resp. Darminhalt in die Lungen während der Narkose. Bei den Operationen in der Nähe des Zwerchfelles haben auch sie häufiger Pneumonien beobachtet als z. B. bei Mastdarmoperation. Er glaubt, daß die Lymphbahnen die Wege der Infektionen sind. Quoad Narkotikum meint er, der Äther werde die Resultate nicht verschlechtern, die Skopolamin-Morphiumnarkose sie nicht verbessern. Die Bauchtamponade nach Magenresektionen statt exakter Naht nach Czernys Vorschlag könne nur eine Verschlechterung der Naht bedeuten.

Mühsam (Berlin) betont die Häufigkeit der embolischen Pneumonien. Dabei mache sich ein Unterschied im Krankenhausmaterial und dann in der Privatpraxis bemerkbar, zuungunsten der letzteren. Als Grund glaubt er annehmen zu können, daß die Privatpatienten sich langsamer zur Operation entschließen, dadurch schwächer werden und so mehr zu Thrombosen und embolischen Prozessen neigen. Verdächtige Patienten wurden von vornherein mit Strophantus und Digitalis vorbehandelt; bei solchen sind dann keine Pneumonien mehr aufgetreten.

Heusner (Barmen) glaubt, daß man mit Statistik in dieser Frage nicht weiterkommt, nur Erweiterung unserer anatomischen Kenntnisse kann hier von Vorteil sein. Die mechanische Erklärung Kellings von den Stomata im Zwerchfell, die die Infektion in die Pleurahöhle vordringen lassen, insbesondere die Erklärung der mechanischen Impression in die Lunge, die Kelling durch sein Experiment nachgewiesen haben will, kann er nicht akzeptieren. Nach seinen Erfahrungen glaubt er sicher sein zu können, daß epidemische Einflüsse maßgebend sind. Auch die Narkose sei nicht mit Recht anzuschuldigen; er habe auch nach lokaler Anästhesie Pneumonien auftreten sehen.

F. König (Berlin) hält es für nötig, daß die Fälle, die eigentliche Pneumokokkenpneumonien sind, vor allem von der Betrachtung ausgeschieden werden.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 25. Mai 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

Herz stellt einen 30jährigen Mann mit einer Hernia diaphragmatica vor. Pat. hatte seit längerer Zeit Atemnot, ein Gefühl von Druck hinter dem Sternum, Cyanose und kam bei der geringsten Anstrengung leicht in Schweiß. Die Untersuchung ergab eine stärkere Wölbung der linken Thoraxhälfte, von der 4. Rippe nach abwärts tympanitischen Schall, daselbst glucksende Geräusche hörbar. Im Röntgenbilde fand sich in letzterem Bereiche zeitweise eine schattengebende Masse, die linke Zwerchfellhälfte war nicht sichtbar. Vortr. ist der Ansicht, daß es sich um eine Hernia diaphragmatica handle. Beim Aufblähen des Darmes trat Schmerz hinter dem Sternum auf. Das Herz ändert bei Lageänderung seine Stellung, über der Herzspitze ist ein systolisches Geräusch hörbar, vielleicht infolge Abknickung der großen Gefäße.

L. v. Schrötter bemerkt, daß es sich um die Ausstülpung einer paralytischen Zwerchfellshälfte handeln könnte.

H. v. Schrötter demonstriert Karten, welche die Ausbreitung des Skleroms in Europa zeigen. Ein Skleromherd findet sich im Bereiche des alten Königreiches Polen, von da gehen Ausläufer nach Mähren und Ostpreußen, wo sich ein zweiter Herd an der russischen Grenze befindet. Sporadische Fälle finden sich in den übrigen Ländern Europas. In Österreich fanden sich die meisten Fälle in Galizien, Mähren, Böhmen, im Stromgebiete der Drau und Save und in Niederösterreich. Bisher sind zirka 700 Fälle von Sklerom bekannt, welches eine Infektionskrankheit darstellt, die in einer Wucherung von Granulationsgewebe in den großen Luftwegen bis zu den Bronchien zweiter Ordnung besteht. Dasselbe zeigt keine Neigung zum Zerfall, es verwandelt sich in Bindegewebe oder schrumpft. Der Erreger ist ein dem Friedländerschen Bazillus nahestehender Mikroorganismus. In Wien und dessen nächster Umgebung sind zirka 6 Fälle bekannt, von denen manche jahrelang nicht Wien verlassen haben und daher die Erkrankung hier erworben haben dürften. Vortr. regt die Einführung der Anzeigepflicht für das Sklerom und das Studium der Krankheit an den Orten seiner größten Häufigkeit an.

M. Weil hat einen Fall beobachtet, welcher seit 15 Jahren ständig in Wien wohnt.

H. v. Schrötter bemerkt, daß wohl drei der in Wien beobachteten Fälle autochthon entstanden sind.

K. Sternberg weist auf die nahe Verwandtschaft des Erregers des Skleroms und des Friedländerschen Bazillus hin; Paltauf sieht ersteren als eine mitigierte Form des letzteren an.

H. v. Schrötter bemerkt, daß beide Bazillen im serologischen Sinne eine Gruppenreaktion zeigen, aber sich in ihrer Virulenz unterscheiden.

J. Weinlechner berichtet über zwei Fälle von Sklerom, welches in früherer Zeit vielfach mit Karzinom und Acne rosacea verwechselt wurde; die Fälle stammten aus Galizien und Krain.

J. Flesch stellt einen Fall von juveniler Muskeldystrophie bei einem Mädchen vor, welches eine auffallende Abmagerung der Oberarme und Oberschenkel und zum Teile auch des Schultergürtels zeigt. Die Gastrocnemii sind hypertrophisch. Das elektrische Verhalten der Muskeln ist normal.

Ferner demonstriert derselbe das anatomische Präparat eines Falles von Gehirntumor, welcher wahrscheinlich nach einer Kopfverletzung entstanden ist und intra vitam heftigen Kopfschmerz, Anfälle von halbseitigen Konvulsionen, unsicheren Gang, Vergeßlichkeit, Druckempfindlichkeit in der rechten Schläfengegend und Steigerung der Reflexe, schließlich linksseitige Hemiparese und Lähmung des linken Fazialis hervorrief. Der Tod erfolgte im Koma unter Konvulsionen. Die Obduktion ergab eine hochgradige Erweiterung des rechten Seitenventrikels und einen Tumor, welcher in diesen Ventrikel vorragte, den Balken plattdrückte und nach unten bis zum Infundibulum reichte. Die Gehirnganglien waren nicht verändert. Die psychischen Erscheinungen dürften auf den Hydrocephalus und die Kompression des Balkens zu beziehen sein.

M. Weinberger demonstriert die anatomischen Präparate von multiplem Osteochondrosarkom, welche von einem im November 1904 vorgestellten Falle stammen. Zahlreiche Knochen zeigen vom Periost und vom Knochenmark ausgehende Tumoren; die primäre Neubildung stellt ein großer Tumor der Schädelbasis vor, welcher in die linke hintere und mittlere Schädelgrube vorragte. Die übrigen Körperorgane waren frei von Tumoren.

Jul. Schlachta: Zur Theorie der biologischen Strahlenwirkung.

Werner hat gezeigt, daß mit Radium bestrahltes und Tieren intrakutan injiziertes Lezithin eine der Radiumulzeration ähnliche Nekrose erzeugt. Er zog daraus den Schluß, daß im Kutisgewebe aus dem bestrahlten Lezithin toxisch wirkende Zersetzungsprodukte gebildet werden, und stellte sich vor, daß die Zersetzbarkeit des Lezithins durch die Radiumbestrahlung gesteigert wird. Von den Zersetzungsprodukten des Lezithins ergab das Cholin bei intrakutaner Einverleibung ebenfalls Ulzerationen. Dem Vortr. gelang es, durch ozonisiertes Lezithin, welches durch Einleitung von Ozon in eine Lezithinaufschwemmung oder durch Oxydation mittelst Wasserstoffsuperoxyds gewonnen wurde, bei intrakutaner Einverleibung Haarausfall und Ulzerationen zu erzeugen. Vortr. stellt sich vor, daß das Lezithin der Gewebe unter der Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen oxydiert und so leichter zersetzlich wird; der hierbei nötige Sauerstoff findet sich in den Geweben. Die Zersetzungsprodukte führen dann zum Haarausfall und zu Ulzerationen. Die Wirkung der genannten Strahlen scheint demnach an die Gegenwart von Sauerstoff gebunden zu sein. Bei der Nachprüfung der Wirkungen des Cholins nach intrakutaner Einverleibung ging Vortr. von der Voraussetzung aus, daß diese Wirkung auf den Alkaligehalt zu beziehen sei. Die Versuche ergaben, daß die intrakutane Injektion minimaler Dosen irgend eines Alkalis, aber auch von Säuren, Haarausfall und Ulzerationen hervorrufe; die analoge Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlung könnte demnach auf einer Ätzwirkung beruhen. Es wäre daher empfehlenswert, kleine Dosen von Ätzmitteln als unterstützendes Mittel bei der Röntgen- und Radiumbehandlung von Karzinomen und Lupus zu verwenden.

Leop. Freund bemerkt, da es ihm gelungen sei, durch intrakutane Injektion von Lezithin, welches mit blauem Lichte bestrahlt wurde, Ulzerationen hervorzurufen, welche den durch Röntgenstrahlen erzeugten ähnlich sind.

Notizen.

Wien, 3. Juni 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prim. Dr. Katholicky aus Brünn drei Fälle, und zwar 1. eine Frau, an welcher er vor 5 Jahren eine bis ans Knie reichende **Hernia labialis** erfolgreich operiert hat; 2. einen Kyphoskoliotiker mit Spina bifida occulta, eigentümlich angeordneten zapfenförmigen Hautanhängseln, Narben nach amniotischen Adhäsionen und einem überzähligen Daumen; 3. einen Fall von hochgradiger Verkrümmung der rechten Tibia bei normaler Fibula, den Vortr. als Pagetsche Krankheit (Osteomyelitis chronica deformans hypertrophica) auffassen möchte. Dr. Stegmann und Prim. Latzko gaben der Meinung Ausdruck, daß im Katholickyschen Falle wichtige Kriterien der Pagetschen Krankheit, so z. B. die Affektion der Schädelknochen und die Erkrankung beider Unterextremitäten, nicht vorhanden seien. — Hierauf stellte Dr. Rudolf aus der Abteilung des Prim. Schnitzler einen wegen Volvulus der Flexur operierten Mann vor und zeigte das resezierte Darmstück. Die Resektion war vorgenommen worden, weil nach bloßer Retorsion erfahrungsgemäß Rezidiven eintreten können. — Dr. v. Aberle zeigte aus dem Lorenzschen Ambulatorium ein 10jähriges Mädchen mit angebornem hochgradigen Genu recurvatum, exzessiver Spitzfußstellung und konsekutiver Gehstörung. Hofrat Weinlechner faßte den Fall als primäre Luxation des Unterschenkels nach vorn auf. — Hofrat v. Eiselsberg berichtete nachträglich zu dem in der vorigen Sitzung demonstrierten Falle von Schädeltrepanation wegen Epilepsie, daß der betreffende Pat. im Gegensatze zu seiner ursprünglichen Angabe an immer wiederkehrenden Anfällen von Epilepsie und psychischer Alteration gelitten habe und noch leide. — Dr. Schiffmann zeigte mikroskopische Präparate von Negrischen Körperchen bei Lyssa. Dieselben stellen körnchenartige, vereinzelt und konglomeriert vorkommende Gebilde im Zentralnervensystem lyssakranker Hunde und Menschen dar und variieren, je nachdem es sich um frisches oder durch mehrfache Passagen verändertes Material handelt. Dr. Maresch konnte diese Befunde an der Hand eigener Präparate bestätigen. — Schließlich erstattete Dr. Hausmann eine Mitteilung von seinen im Mauthnerschen Laboratorium ausgeführten Versuchen über die Entgiftung des Saponins durch Cholesterin. Er konnte zeigen, daß durch Substituierung der Hydroxylgruppe des Cholesterins dessen entgiftende Wirkung auf Saponin aufgehoben, durch Lösung einer in der chemischen Formel enthaltenen doppelten Bindung hingegen geschwächt wird. Die Versuche lehren also, daß wir durch diese biologischen Reaktionen die chemische Zugehörigkeit eines Körpers zur Cholesteringruppe festzustellen vermögen.

(Akademie der Wissenschaften.) Die Proff. H. H. Meyer und Hofrat Nothnagel sind zu korrespondierenden Mitgliedern der Akademie gewählt worden.

(Personalien.) Dem Chefarzte der Theresianischen Akademie Dr. Josef Heim ist der Ausdruck der Allerhöchsten Anerkennung für seine der Konsular-Akademie geleisteten, vieljährigen, hingebungsvollen und vorzüglichen Dienste bekanntgegeben worden; der Hausarzt der Theresianischen Akademie Dr. Andreas Kempf hat das Goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten. — E. v. Leyden ist zum ordentlichen Mitgliede der königlichen Sozietät der Wissenschaften zu Upsala gewählt worden. — Dr. Spiess in Frankfurt a. M. hat den Titel Professor erhalten. — Prof. Dr. Bernhard Proskauer ist zum Vorsteher der chemischen Abteilung am Institute für Infektionskrankheiten in Berlin ernannt worden. — Der praktische Arzt Dr. Claudius Schmid in Wien hat das Ritterkreuz des portugiesischen Ordens „Unserer lieben Frau von Villa Viçosa“, der Bade-

arzt Dr. WLADYSLAW HARAGEWICZ in Marienbad den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten.

(I. Internationaler Kongreß für Physcotherapie.) Während der diesjährigen Weltausstellung zu Lüttich findet vom 12.—15. August daselbst der erste internationale Kongreß für physikalische Heilmethoden unter dem Ehrenpräsidium des belgischen Ackerbauministers Baron VAN DER BRUGGEN statt. Der Kongreß wird die Gesamtheit der Physcotherapie (Elektrotherapie, Massage, Heilgymnastik, Hydrotherapie, Röntgenbehandlung, Thermotherapie, Licht- und Luftbehandlung etc.) umfassen und zahlreiche Vorträge aus diesen Gebieten der ärztlichen Forschung und Kunst bringen. Schon haben sich in allen zivilisierten Staaten Komitees gebildet, welche den Verkehr zwischen den Ärzten und Gelehrten ihres Territoriums und der Kongreßleitung zu vermitteln berufen sind. Dem deutsch-österreichischen Landes-Komitee gehören an: Als Ehrenpräsidenten die Hofräte Proff. NOTHNAGEL und WINTERNITZ (Wien), v. JAKSCH (Prag), LORENZ (Graz), ROKITANSKY (Innsbruck), als Präsident Regierungsrat Prof. AD. LORENZ (Wien), als Sekretär Dozent Dr. A. BUM (Wien), als Mitglieder die Dozenten R. KIENBÖCK, A. STRASSER, L. FREUND (Wien) und die Doktoren O. v. HOVORKA, M. WEINBERGER (Wien) und A. WITTEK (Graz).

(Nachträgliches zum Röntgenkongresse.) Auf diesem Kongresse hat Dr. HENNECART aus Sedan auf die Möglichkeit verwiesen, daß die Eigenschaft der Röntgenstrahlen, die Hodenfunktion zu beeinträchtigen, geschäftlich verwertet werden und damit zu einem Rückgang der Bevölkerungsziffer führen könnte. Tatsächlich hat auch schon ein Arzt ein derartige Leistungen anbietendes Inserat in den Anzeigenteil einer Zeitung einrücken wollen, ist aber zurückgewiesen worden.

(Baden bei Wien.) Die zahlreichen Monographien über das berühmte Schwefelbad vor den Toren Wiens haben eine neuerliche Bereicherung durch ein Werkchen erfahren, das, aus der Feder des langjährigen dortigen Kurarztes Dr. JOSEF HOFFMANN stammend, unter dem Titel: „Fünfzehn ärztliche Briefe über den Gebrauch der Schwefelbäder und der Schwefel-Trinkkur in Baden bei Wien" bei Wilh. Braumüller erschienen ist. Das gut geschriebene Büchlein verfolgt und erreicht den Zweck, auf Grund von Erfahrungen einer mehr als 30jährigen Praxis im Kurorte den Heilwert der Badener Schwefelthermen darzutun, nicht ohne interessante Streiflichter auf die Geschichte der Kurstadt, ihre Gegenwart und Zukunft zu werfen. Die „ärztlichen Briefe" enthalten manche beherzigenswerten Winke für Kurgäste, nicht minder aber für die Verwaltung des Kurortes.

(Statistik.) Vom 21. bis inklusive 27. Mai 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8378 Personen behandelt. Hiervon wurden 1779 entlassen, 176 sind gestorben (9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 93, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 66, Scharlach 55, Masern 476, Keuchhusten 87, Rotlauf 46, Wochenbettfieber 5, Röteln 84, Mumps 26, Influenza —, Genickstarre 3, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 751 Personen gestorben (— 13 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Pilsen der praktische Arzt Dr. JOSEF PLEYER, 65 Jahre alt; in Stuttgart der ehemalige Generalarzt des württembergischen Korps Dr. EDUARD v. FICHTE, ein Enkel des Philosophen JOHANN GOTTLIEB FICHTE, im 80. Lebensjahre; in Wiesbaden der Chefarzt vom „Roten Kreuz" Dr. KARL ROSER; in Löwen der Gynäkologe Prof. Dr. HUBERT; in Blasewitz der Geheime Med.-Rat Dr. FLINZER; in Neunkirchen der Leiter des Knappschaftslazaretts Geh. San.-Rat Dr. FÜLLER, 62 Jahre alt; in Posen der Augenarzt Dr. THEODOR JARNATOWSKI, 73 Jahre alt; in Paderborn der Psychiater San.-Rat Dr. SCHUPMANN, im 58. Lebensjahre; in Moskau der Professor der klinischen Propädeutik Dr. TSCHERMOW, im Alter von 66 Jahren; in Rom der bekannte Psychiater Dr. SCIAMANNA.

Patent-Bericht,

mitgeteilt vom Patentanwalt Dr. FRITZ FUCHS, diplomierter Chemiker, und Ingenieur ALFRED HAMBURGER, Wien, VII., Siebensterngasse 1. Auskünfte in Patentangelegenheiten werden Abonnenten dieses Blattes unentgeltlich erteilt. Gegen die Erteilung unten angeführter Patentanmeldungen kann binnen zweier Monate Einspruch erhoben werden. Auszüge aus den Patentbeschreibungen werden von dem angeführten Patentanwaltsbureau angefertigt.

Deutsches Reich.

Kl. 30d. Société anonyme de Commentry-Fourchambault et Decazeville, Paris. Verfahren zur Herstellung künstlicher Zähne.

Kl. 30d. KARL TIESSL, Wien. Bruchband mit drehbarer, an das Gurtband anzuknöpfender, eiförmiger Pelotte.

Kl. 30h. Gebrüder LOEWENTHAL, Regensburg. Verfahren zur Aufschließung von Kräutern.

Kl. 30f. Fa. W. A. HIRSCHMANN, Pankow bei Berlin. Hufeisenförmiger Elektromagnet mit gegeneinander gerichteten Polflächen zur elektrotherapeutischen Behandlung.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

J. Schwalbe, Vortr. über prakt. Therapie. Leipzig 1905, G. Thieme.

Schnirer u. Vierordt, Enzyklopädie der praktischen Medizin. 1. Lieferung. 2. Hälfte. Wien 1905, A. Hölder.

P. Schober, Sozialmedizinische Bilder aus Frankreich. Wien und Leipzig 1905, Spielhagen & Schurich. — K 1·50.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der Pädiatrischen Sektion: Donnerstag, den 8. Juni 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen (angemeldet: Dr. TH. HELLER, Dozent Dr. NOBL, Assistent Dr. JEHLE, Dr. GOLDREICH). — II. Dr. LEHNDORFF: Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 11. Juni 1905. Nr. 24.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: Jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von
Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über die Therapie schwerer Verbrennungen.

Von **Dr. Stephan Weidenfeld**, Privatdozent für Dermatologie und Syphilis, Wien.*)

I.

Unter einer schweren Verbrennung der Haut versteht man jenen schweren Symptomenkomplex, der nach einer Verbrennung auftritt und eventuell zum Tode führt. Die Beurteilung, wann eine Verbrennung als eine schwere zu betrachten ist, ist nicht leicht. Von jeher hat man auf die Ausdehnung der Verbrennung ein großes Gewicht gelegt und diese als Kriterium für die Beurteilung eines konkreten Falles benutzt. Im allgemeinen nannte man eine Verbrennung dann eine schwere, wenn über ein Dritteil der Körperoberfläche von ihr betroffen war. Alle Verbrennungen über diese Ausdehnung galten als letal, während alle unter dieser Grenze liegenden Verbrennungen als nicht letal angesehen wurden.

Aber beim Überblicken eines größeren klinischen Materials zeigte es sich, daß oft Fälle bei viel geringerer Ausdehnung letal endigen. Von Kindern war es von jeher bekannt, daß sie schon bei so geringen Ausdehnungsgraden zugrunde gehen, wie solche bei Erwachsenen kaum irgend welche Erscheinungen hervorrufen würden.

Man sieht daraus, daß die klinische Diagnose und Prognose in jeder Beziehung noch viel zu wünschen übrig läßt und daß es von großer Wichtigkeit und Interesse wäre, Näheres in jedem Falle aussagen zu können.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 9. Januar 1905.

Ich war deswegen bestrebt, mir nach dieser Richtung hin Klarheit zu verschaffen. Dazu benutzte ich das große Krankenmaterial der Wiener dermatologischen Klinik, wo, wie Sie wissen, jährlich 30—40 schwere Verbrennungen aufgenommen werden. Vor allem bestimmte ich in jedem Fall den Ausdehnungs- und Tiefengrad der Verbrennung.

Die Ausdehnung maß ich direkt, indem ich in den ersten Fällen die gesamte Hautoberfläche und die Verbrennungsfläche maß, später, als ich mir eine Durchschnittstabelle der Körperoberfläche bestimmte, maß ich nur die Verbrennungsfläche allein. In jedem Falle bestimmte ich das Verhältnis zwischen Körperoberfläche und Verbrennungsfläche.

Nicht so einfach liegen die Verhältnisse bei der Bestimmung des Tiefengrades. Es ist bekannt, daß BOJER die Verbrennungen in drei Grade einteilt; in den ersten Grad, der mit Erythembildung einhergeht, den zweiten, wobei es zur Exsudation und zur Blasenbildung kommt, und den dritten, wobei die ganze Haut verschorft wird. Die Diagnose dieser drei Grade ist nicht immer eine leichte.

Bei Verbrennungen dritten Grades erscheint die Haut wie gekocht, trocken, weiß, von Alabasterfarbe, die Epidermis ist gewöhnlich abgelöst, in Fetzen anhängend. Die Blutgefäße schimmern als blaue oder schwarze Stränge durch. Dieses Bild erleidet aber mitunter eine bedeutende Veränderung. Die verbrannte Haut kann von Epidermis bedeckt bleiben und erscheint weißrot oder auch hellrot. Versucht man die Epidermis mit dem Finger abzustreifen, so gelingt das leicht; die darunterliegende Cutis erscheint feucht, glänzend, gleichfalls rot. Wartet man eine Zeitlang, so wird die Epidermis in Blasen abgehoben. Und doch handelt es sich hier um eine Verbrennung dritten Grades. Versucht man nämlich mit dem Finger auf der Haut zu streifen, so empfindet der Patient

nichts. Auch Nadelstiche werden nicht empfunden. Schnitte mit dem Skalpell erzeugen keine Blutung.

Es ist wichtig, diese Art drittgradiger Verbrennung zu kennen, wenn man keine Enttäuschung bei der Prognose erleben will. Diese Art drittgradiger Verbrennung betrifft Fälle, woselbst die Verbrennung nur die oberflächlichen Schichten der Haut ergriffen hat und die rote Farbe rührt wahrscheinlich von Blutfarbstoff her. Denn legt man den Patienten ins Wasserbett, so werden schon nach einigen Stunden die so verbrannten Stellen weiß und erhalten das gewöhnliche Aussehen der drittgradigen Stellen.

Man sieht daraus, daß die Differentialdiagnose der drei Grade nicht prima vista gestellt werden darf, daß vielmehr erst eine eingehende Untersuchung in oben angeführter Art Aufschluß über die vorliegenden Verhältnisse geben kann. Alle 3 Grade ähneln untereinander, aber während die drittgradigen Stellen auf Berührung, Stiche unempfindlich sind, ist die Berührung erst- oder zweitgradiger Stellen mit großer Schmerzhaftigkeit verbunden. Bekannt ist ja, daß schon durch das Platzen der Blasen durch den freien Luftzutritt an der freiliegenden Stelle Schmerzen verursacht werden. Dazu kommt noch, daß drittgradig verbrannte Stellen nicht bluten. Ich muß gleich bemerken, daß Fälle, die an allen Stellen drittgradig verbrannt sind, viel häufiger sind als Fälle, bei denen erster oder zweiter Grad allein oder selbst wo alle Grade sich vorfinden.

Es wird diese Erscheinung sofort klar, wenn man bedenkt, daß schon Überschütten mit heißem Wasser drittgradige Verbrennung erzeugt und daß die häufigste Ursache der Verbrennungen in Brand geratene Kleider sind, also Flammenwirkung.

Bringt man nun Fälle, die genau abgemessen sind, in Relation zur Zeit des Eintrittes des Todes vom Zeitpunkt der Verbrennung bis zum Eintritt des Todes, so erhält man folgende sehr interessante Tabelle.

Man findet, daß Fälle, bei denen eine drittgradige Verbrennung der totalen Hautoberfläche besteht, daß der Tod

Tabelle I.

bei totaler Verbrennung	nach	3— 4	Stunden
bei Verbrennung über die Hälfte . . .	„	$6^1/_2$—21	„
„ „ „ ein Drittel . . .	„	24—36	„
„ „ „ „ Viertel . . .	„	40—54	„
„ „ „ „ Sechstel . . .	„	64—80	„
„ „ „ „ Achtel . . .	„	92	„

eintritt.

Man sieht daraus, daß auch der Tod nach relativ sehr geringem Ausdehungsgrade erfolgen kann. Man kann deswegen aus der Ausdehnung sowohl als auch aus dem Grad allein keine sicheren Schlüsse auf den Ausgang der Verletzung ziehen. Erfahrungsgemäß liegen aber die Verhältnisse anders, so daß die Ausdehnung und der Grad der Verbrennung doch die wichtigsten Anhaltspunkte, wie wir später ausführen werden, abgeben. So habe ich tatsächlich keinen Fall, der $^1/_3$—$^1/_4$ und darüber sich verbrannt hatte, mit dem Leben davonkommen sehen, aber auch kleinere Ausmaße liefern ein ungeheures Ausmaß der Mortalität, so daß ich selbst nur wenige Fälle mit $^1/_7$ und selbst unter dieser Fläche letal endigen sah. Eine genauere prozentuale Bestimmung habe ich leider nicht machen können.

Die schwere Verbrennung zieht nach sich jene Reihe der gefürchteten Symptome, die man gemeiniglich unter dem Begriff Verbrennungstod bezeichnet.

Ich will Ihnen hier nur in Kürze zwei wohlbekannte Krankheitsbilder schildern. Wenn der Kranke ins Spital gebracht wird, so tobt und schreit er und läßt sich auf Zureden nicht beruhigen. Oft wird die Jaktation so lebhaft, daß man ihn nur mit Mühe im Bette behalten kann. Ich sah an Stelle der Jaktationen einen veritablen Schüttelfrost, der die ganze Zeit bis zum Tode anhielt, ohne daß dabei Fieber bestand. Das Bewußtsein ist klar. Nach Stunden beruhigt sich gewöhnlich der Kranke und er gibt klare Auskunft über das Geschehnis.

Andere Kranke kommen von vornherein ruhig, fast apathisch ins Krankenhaus, ohne Klagen über Schmerzen. Wir wollen die erste Form die erethische, die zweite die apathische nennen. Untersucht man beide Formen genauer, so findet man, daß die schweren Fälle gerade der apathischen Form zukommen, indem hier alle Stellen dritten Grades, während bei der anderen Form viele Stellen zweiten Grades sich finden. Nun ist es nach dem früher Erwähnten klar, daß zweitgradige schon bei Luftzutritt schmerzen, und es sind tatsächlich die Jaktationen, das Schreien, das Toben nur Reflexe der enormen Schmerzen der Patienten.

In der Folge wird aber das Bild bei allen Fällen einheitlich. Zuerst werden die Patienten ruhig, somnolent, vorerst nur in sehr geringem Grade, indem die Augenlider immer wieder geschlossen werden, um beim geringsten Reiz geöffnet zu werden. Nach und nach bleiben die Augenlider ganz geschlossen und werden auch auf große Reize nun nicht mehr geöffnet. Dabei besteht Gähnen. Jetzt tritt Erbrechen ein. Ungefähr 6—10 Stunden, oft auch 48 Stunden vor dem Tode tritt Erbrechen auf. Dieses Erbrechen kann nun einmal oder wiederholt eintreten; es kann auch oft provoziert werden durch Einflössen von Nahrungsmitteln, findet aber auch bei leerem Magen statt. In seltenen Fällen findet aber kein Erbrechen statt, oder es treten nur Singultus und Würgbewegungen auf. Der Puls ist dabei beschleunigt, aber weich. Die Respirationszahl ist gleichfalls größer und in den meisten Fällen tritt nach einigen Stunden Fieber auf. Sehr wichtig ist die oft bestehende Anurie.

Der Patient verfällt langsam in Koma und unter Herzstillstand tritt der Tod ein.

Während diese Symptome bei einer Reihe von Fällen rasch aufeinander folgen, verzögern sich dieselben bei einer anderen Reihe. Was dort in Stunden eintritt, tritt hier in Tagen ein. Aber wenn auch die Symptomenreihe auseinandergezogen erscheint, immer treten dieselben Symptome nacheinander auf: Somnolenz, Singultus, Erbrechen, Koma. Bei den schwersten Graden von Verbrennungen, wo es sich, wie Sie aus der Tabelle ersehen können, um einen kurzdauernden Verlauf von Stunden handelt, treten diese Symptome so rasch ein, daß dieselben sofort für die Prognose verwertet werden können. Aber für die geringeren Ausdehnungsgrade, wo die Stellung einer Prognose gerade viel wichtiger wäre, sind deswegen diese Symptome vermöge der längeren Dauer bis zu ihrem Eintritt nicht von vornherein zu verwerten.

Bevor wir weiter auf diese Frage eingehen, wird es von Wichtigkeit sein, die Erklärungen für das Auftreten der Symptomenreihe näher ins Auge zu fassen.

Wenn man die zahlreiche Literatur überblickt, so findet man eine fast ebenso große Anzahl von Erklärungen, als Autoren sich mit diesem Gegenstand beschäftigt haben.

Die Ähnlichkeit der Symptome mit denen des Shock hat Sonnenburg experimentell auch zu erhärten gesucht. Er fand, daß bei Tieren durch die Verbrennung der Blutdruck hoch ansteigt, um plötzlich auf Null herabzusinken. Durchschnitt er jedoch vorher das Rückenmark und verbrannte er den hinteren Teil des Tieres, so blieben längere Zeit die Tiere am Leben. Deswegen erklärt sich die bedeutende Temperaturabnahme nach Verbrennungen.

Aber gerade diese Beobachtung, die, wie ich nebenbei bemerken will, mir sehr selten zu sein scheint, gab auch Veranlassung zu einer anderen Erklärung. Laskewitsch glaubt, daß der Tod der Tiere in ähnlicher Weise wie nach Überfirnissen durch Wärmeabgabe erfolgt. Falk jedoch führt diese Wärmeabgabe auf eine durch die direkte Hitzeeinwirkung auf die Hautgefäße erfolgte Erweiterung derselben und infolgedessen auf eine stärkere Wärmeabgabe zurück.

Nach einer anderen Richtung bewegen sich jedoch die Versuche von Wertheim, Klebs, Welti, Ponfick und Silber

MANN, indem diese die Schädigungen des Blutes für die geschilderten Symptome verantwortlich machen wollten. Die in den Blutgefäßen zirkulierenden Blutkörperchen werden durch die Hitze geschädigt und an entfernte Stellen abgelagert, woselbst sie Thromben oder auch Blutungen veranlassen. Solche Thromben wollen sie in den verschiedensten Organen gefunden haben, im Gehirn, in der Medulla oblongata, im Magen, im Darmkanal, in den Nieren etc. WILMS jedoch wies diese Erklärung mit dem Hinweis zurück, daß sich bei Verbrennungen am Menschen niemals solche Erscheinungen nachweisen lassen.

TAPPEINER, HOCK und viele andere gaben eine andere Erklärung, wonach der Verlust des Serums die bezeichneten Symptome hervorrufen sollte.

Gegen diese Ansichten sprechen erstens die Untersuchungen HOPPE-SEYLERS, wonach die Blutveränderungen sehr geringfügige sind, weiters sprechen dagegen die klinischen Symptome am Menschen und drittens wurde der Versuch an Tieren durch längere Zeit währende Verbrühungen vorgenommen; viertens konnten keine Vergiftungserscheinungen beobachtet werden, wenn das Blut von verbrannten Tieren anderen injiziert wurde.

Nach einer ganz anderen Richtung bewegen sich die Versuche, die von dem Standpunkte ausgehen, daß es sich bei der Verbrennung wesentlich um eine Intoxikation handelt. Die eine Meinung geht dahin, daß infolge der Verbrennung großer Hautflächen durch den Wegfall eines großen Teiles der Funktion der Haut eine Stauung im Körper jener Substanzen entsteht, die sonst durch die Haut fortgeschafft worden wären (Autointoxikationstheorie).

EDENBRUZEN suchte diese Anschauung durch weitgehende Experimente zu beweisen. Er überzog große Hautstücke mit eindickenden Substanzen (Gummi arabicum, Leinöl) und fand, daß Kaninchen schon beim Firnissen von $^1/_8$ der Körperoberfläche zugrunde gehen. Unter diesen bestrichenen Hautbezirken fand er erweiterte Gefäße und Trippelphosphate, woraus er schloß, daß die durch die Haut normalerweise ausgeschiedenen Stickstoffsubstanzen (vielleicht Ammoniak) hier zurückgehalten werden.

BILLROTH schloß sich seiner Ansicht an; dagegen konnte SENATOR zeigen, daß Einhüllungen des ganzen Körpers mit impermeablen Stoffen absolut keine nachteiligen Folgen nach sich ziehen.

Auch theoretisch wurde von KÜHNE, LASKEWITSCH eingewendet, daß die Ausscheidung durch die Haut mit Leichtigkeit vikariierend von anderen Organen übernommen und bewerkstelligt werden kann.

Auf ganz anderer Grundlage ist dagegen die Anschauung aufgebaut, daß der Tod durch bei der Verbrennung entstehende giftige Substanzen erzeugt wird.

FRÄNKEL glaubt, daß durch die Verbrennung ähnliche Produkte entstehen, wie nach der Eiweißverdauung. Die nach Verbrennungen nachweisbaren parenchymatösen Veränderungen der Organe deuten darauf hin.

In der Tat konnte REIS im Harn Verbrannter Pyridin nachweisen, welches er durch die Verbrennung in der verbrannten Haut entstanden glaubt. Vergiftungen mit Pyridin führten bei Tieren einen ähnlichen Symptomenkomplex herbei wie beim Menschen.

KIANITZIN glaubt gleichfalls, daß der Verbrennungstod Folge einer Intoxikation sei; die Entstehung der Gifte verlegt er aber nicht in die verbrannte Haut selbst, sondern hält diese für Produkte des Eiweißzerfalles, der durch die Verbrennung nur erzeugt wird. Eine ähnliche Ansicht vertritt auch SPIEGLER. Er fand im Harn von Verbrannten drei Substanzen, eine Pyridinbase, eine bleischwärzende und eine zuckerähnliche Substanz, die nicht gärungsfähig ist. Diese Substanzen sieht er als Zeichen eines Eiweißzerfalles im Organismus an, und da er mit einem Extrakte aus verbrannter Haut keine wie immer geartete Erscheinungen an Tieren beobachten konnte, steht er nicht an, den Verbrennungstod als Folge einer Vergiftung mit Substanzen des intermediären Stoffwechsels anzusehen. Auch WILMS hat in jüngster Zeit im Harn Verbrannter wohl kein Pyridin, dagegen Albumosen nachweisen können, welchen er pathognomonische Bedeutung in dem Sinne vindizieren möchte, daß durch die Verbrennung toxische Substanzen in den Körperkreislauf gelangen und hier einen pathologischen Eiweißzerfall (also Albumosen) veranlassen, als deren Wirkung sowohl Kollapstemperaturen als Fiebererzeugung bekannt ist, je nachdem gesunden oder kranken Tieren diese einverleibt werden. Da solche schwere Erkrankungen schon bei Verbrannten durch Wasserverlust und Blutzersetzung erzeugt werden, so werden Albumosen leicht Kollaps und Tod hervorrufen können.

Im Gegensatze zu den zuletzt genannten Forschern konnten AJELLO und PARASCANDOLO durch Injektion von Extrakten aus verbrannter Haut bei Tieren mit Sicherheit Tod erzielen. Es folgt daraus, daß wirklich in der verbrannten Haut selbst der Sitz der toxischen Substanzen zu suchen wäre.

Wie man aus dieser kurzen Literaturübersicht erkennen kann, neigt sich die Anschauung der Autoren der Annahme einer Intoxikation durch in der verbrannten Haut selbst entstandene Gifte zu. Und dafür bietet auch die Klinik, wie mir scheint, sehr gewichtige Handhaben.

Betrachtet man die oben angegebene Tabelle, so findet man, daß die Zeit bis zum Eintritt des Todes in Relation mit der Verbrennungsfläche steht. Stellt man eine Tabelle zusammen, die über ähnliche Relationen bei zweitgradigen Verbrennungen berichtet, wobei bei totaler Verbrennung der Tod nach 40 Stunden, bei $^2/_3$ der gesamten Hautoberfläche nach 70 Stunden, bei $^1/_2$ der gesamten Hautoberfläche nach 120 Stunden der Tod erfolgt, und vergleicht man die beiden Zeitausmaße, nach welchen drittgradige Verbrannte sterben, so ergibt sich, daß bei zweitgradiger totaler Verbrühung nach derselben Zeit der Tod einzutreten pflegt, nach welcher derselbe bei drittgradiger Verbrennung schon bei einem Drittel der Hautoberfläche eintritt, bei $^2/_3$ zweitgradiger Verbrühung nach derselben Zeit, nach der bei drittgradiger Verbrühung schon bei einem Sechstel und bei $^1/_2$ zweitgradiger Verbrühung schon bei einem Neuntel der Tod einzutreten pflegt. Es verhält sich im großen und ganzen die drittgradige Verbrennung zur zweitgradigen wie 1 : 3.

Man sieht daraus, daß es nicht allein auf die Flächenausdehnung, sondern auch auf die Masse der verbrannten Haut ankommt, ein Schluß, der mit Sicherheit für die Ursache des Todes auf die verbrannte Haut selbst hinweist. Um dieses näher zu erklären, versuchte ich durch Experimente direkt den Nachweis zu erbringen, daß in der Haut durch die Verbrennung Gifte entstehen. Um jedem Zweifel zu begegnen, operierte ich mit der verbrannten Haut selbst und nicht, wie es von anderen Autoren geschah, mit den Extrakten aus dieser.

Die Versuche wurden in einfacher Weise angestellt. In die Bauchhöhle von Kaninchen und Meerschweinchen wurde unter aseptischen Kautelen gemessene und gewogene abgekochte Haut von gleichartigen Tierspezies nach verschiedenen Richtungen eingeführt und die Bauchhöhle hierauf geschlossen. Während die unter ganz gleichartigen Umständen eingeführte, nicht gekochte, also normale Haut in gar keiner Weise, wenn auch in noch so großer Menge eingeführt, das Befinden der Tiere alterierte, starben die Tiere nach längerer oder kürzerer Zeit, je nach der Menge der ihnen eingeführten gekochten Haut.

War aber diese Menge unter einer gewissen Grenze, so blieben auch hier die Tiere am Leben. Extrahierte ich jedoch eine Menge dieser abgebrühten Haut, die sonst hingereicht hätte, das Tier zu töten, durch längere Zeit mit Wasser und nähte dann in früher angegebener Weise die Haut in die Bauchhöhle ein, so blieben die Tiere am Leben.

In gleicher Weise wie nach intraperitonealem Einnähen starben die Tiere, wenn die gekochte Haut subkutan eingenäht

wurde. Nähte ich aber die gesamte Hautmenge in eine Hauttasche ein, so starben die Tiere nicht, wenn auch die verwendete Hautmenge weit die letalen Grenzwerte überstieg. Es trat jedoch der Tod mit Sicherheit ein, wenn dieselbe Menge an verschiedenen Stellen eingenäht wurde.

Aus allen diesen Versuchen folgt, daß tatsächlich durch das Kochen in der Haut giftige Substanzen entstehen, die, wenn sie eine gewisse Höhe, die mit der Hautmenge proportional ist, erreicht haben, das Tier zu töten vermögen. Die Gifte sind, wie ich gezeigt habe, durch Wasser extrahierbar.

Es darf jedoch nich außer acht gelassen werden, daß auch die Resorptionsmöglichkeit dieser Gifte in Frage kommt; eine noch so große Menge giftiger Hautstücke in den Körper eingeführt wird keinen Effekt zeigen, wenn nur von ihnen ein geringer Teil durch die Körpersäfte zur Resorption gelangt.

Zur Kritik der Opiate bei Diabetes.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von **Dr. v. Oefele**, Bad Neuenahr.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß bei Zuckerkranken auf die Darreichung von Morphium, noch mehr aber von Opium und Kodein, der Zuckergehalt des Urins sinkt. Eine Erklärung für diese Wirkung ist bisher nicht gegeben. Gelegentlich meiner Kot-Untersuchungen machte ich Beobachtungen, welche nach meiner Ansicht hier einen Einblick ergeben können. Denn in der ersten Harnprobe nach der Kotentleerung beobachtete ich in einigen Fällen bis zu 2% Steigerung der Zuckerausscheidung. Der Urin wurde stärker sauer.

Hierzu müssen wir folgende Verhältnisse vergleichen: Der Inhalt des Dünndarms gelangt reich an Essigsäure und Milchsäure in den aufsteigenden Dickdarm. Von der Flexura sigmoidea ab liegt dieser Darminhalt stark eingetrocknet, einer alkalischen Fäulnis unterworfen. Dadurch werden Ammoniak und Purinbasen erzeugt. Es gelangen also fortwährend aus den oberen Darmpartien organische Säuren der Gruppe der Essigsäure und Milchsäure in den Säftestrom und aus der Flexura sigmoidea organische Basen und Ammoniak. Wenn auch im allgemeinen eine starke Ammoniakresorption nicht erwünscht erscheint, so trägt sie doch beim Zuckerkranken zur Abstumpfung der Blutsäuren bei. Diese Ammoniakwirkung ist von dem Verhältnis der Dünndarmfüllung zur Füllung der Flexura sigmoidea abhängig. Da aber einerseits aller Inhalt des Dünndarms, welcher nicht resorbiert wird, später einmal Dickdarminhalt wird und andrerseits unter normalen Verhältnissen die Verweildauer im Dünndarm eine ziemlich feststehende Größe ist, so ist eine Verbesserung hauptsächlich von der Verlängerung der Verweildauer im letzten Darmabschnitte und von der Eintrocknung des Inhaltes zur Erleichterung der Fäulnis abhängig.

Hierfür sind aber vor allem die Opiate geeignet, da dieselben zu den kräftigsten obstipierenden Mitteln gehören. Sie fügen sich mit den gerbstoffhaltigen Mitteln sowohl den obstipierenden Mitteln als den zuckervermindernden Mitteln ein. Deshalb möchte ich noch weiter daran erinnern, daß fast alle Diabetesmittel, welche in Laienkreisen von Mund zu Mund weiter empfohlen werden, obstipierende Gerbstoffe sind. Auch Jambul kann hier eingereiht werden.

Bei Inhalation alkaleszierender Wässer wird ebenfalls fast regelmäßig eine vorübergehende Verringerung des Harnzuckers beobachtet. Diese Beobachtung kann auch hierher gestellt werden, da auch von der Schleimhaut der Luftwege aus eine Resorption und somit Alkaleszierung der Säfte erfolgt.

Aber auch für den natürlichen Einfluß der Mastdarmfüllung des Diabetikers läßt sich eine alltägliche Beobachtung anführen. Der Zuckergehalt des Urins des Diabetikers schwankt stets innerhalb 24 Stunden in weiten Grenzen. Eine der häufigsten Beobachtungen dabei ist der niedrige Zuckergehalt unmittelbar nach dem Erwachen am Morgen und der hohe Zuckergehalt nach ungefähr einer oder zwei Stunden. Dies wurde meist auf die Wirkung des Frühstücks bezogen. Zu beachten wäre aber, daß der Nachmittagskaffee nicht entfernt dieselbe Wirkung ausübt. In Wahrheit ist die Füllung des Mastdarms in der Nacht am stärksten und wird durch die Defäkation am Morgen plötzlich stark herabgesetzt. Dem geringen Zuckergehalt in der Nüchternheit und dem hohen Zuckergehalt nach dem Frühstücke entspricht richtiger ausgedrückt ein niedriger Zuckergehalt bei der starken Morgenfüllung des Mastdarms und der hohe Zuckergehalt tritt nach der Entleerung ein.

Im Badeort mit alkalisch reagierender Quelle wird dieser Zustand verbessert, da nüchtern eine entsprechende Menge alkalisch reagierenden Wassers aufgenommen wird. Am nachhaltigsten wirken hier die Erden und unter ihnen die Magnesia. Das Optimum der Wirkung erfolgt, wenn die Temperatur solcher Wässer möglichst nahe der Körpertemperatur ist. Es fügt sich somit die Wirkung der Opiate bei Diabetes mit den meisten bekannten Diabetesmitteln in eine einheitliche Gruppe zur Erhöhung der Alkaleszenz ein.

Bemerkungen über die Mechanik des Wachstums.

Von **Dr. Groddeck**, Baden-Baden.

So lange die chemischen Vorgänge im Menschenkörper wenig bekannt sind — und es wird noch lange dauern, ehe wir etwas Brauchbares wissen —, lohnt es sich, auf anderem Wege dem Geheimnis des Lebens näher zu kommen: durch Erforschen der mechanischen Verhältnisse. Ja, man kann sagen, daß die Kenntnis der Körpermechanik die unerläßliche Vorbedingung für das Fortschreiten der Körperchemie ist.

Welche Rolle die Mechanik in dem menschlichen Leben spielt, sieht selbst ein Auge, das nicht vorgebildet ist, bei dem Betrachten der verschiedenen Altersstufen. Die Veränderung der Körperlänge führt zu bestimmten Störungen. Um ein klares Bild davon zu erhalten, ist es nötig, zunächst die Zeit der geschlechtlichen Entwicklung auszusondern, bei der andere Einflüsse mitsprechen.

Es besteht ein Wechselverhältnis zwischen Längen- und Dickenwachstum. Während in der frühesten Zeit die Glieder des Kindes voll und rund sind, werden sie sehr bald hagerer, die Gestalt wird schlanker, schmächtig. Zugunsten der Längenausdehnung tritt eine Abnahme der Dicke ein. Das ist selbst bei Kindern der Fall, die mager geboren sind und nicht, wie es leider meist geschieht, überfüttert und künstlich fett gemacht werden. Das Kind wächst gewissermaßen von den eigenen Vorräten, die es gesammelt hat. Derselbe Vorgang wiederholt sich immer von neuem, Zeiten des Längenwachstums und der Zunahme in die Dicke wechseln miteinander. Beweisend ist dafür außer dem Augenschein die Tatsache, daß bei derselben Lebensweise oft monatelang das Körpergewicht gleich bleibt, während die Größe um mehrere Zentimeter steigt, oder umgekehrt.

Unsere Erziehung nimmt auf diese Erscheinungen keine Rücksicht. Die Anforderungen an die Leistung des Kindes, körperlich und geistig, bleiben dieselben, mag der Körper Fett ansetzen oder abmagern. Ernährung und Lebensweise werden nicht geändert, so deutlich die Natur auch dazu auffordert; denn es ist klar, daß ein Organismus, der von seinen Ersparnissen lebt, gefährdeter ist, als einer, der sammelt. Selbst daran geht die Achtlosigkeit unseres sozialen Lebens vorüber, daß das Kind meist während des geschlechtlichen Reifens auffallend in die Höhe schießt. Im Gegenteil werden, besonders bei den Mädchen, gerade in diesen Zeiten die For-

derungen von Familie, Schule und Gesellschaft immer größer. Die Natur, die sorglich Schläfrigkeit, verdrossene Laune, Zerstreutheit, auch wohl Schmerzen und Krankheit sendet, hetzt man mit Scheltworten als träge Dirne davon oder klopft sie wohl gar auf die warnenden Hände. Das tun unsere Mütter, das tun unsere Lehrer. Und wo sind die Ärzte, die Diener der Natur?

Es gibt ja einen Standpunkt, von dem aus sich das Verfahren rechtfertigen läßt. Die besten, kräftigsten Naturen, auf die es im Leben schließllich ankommt, halten es aus, ja an der größeren Anstrengung wächst ihre Kraft. Mögen die Schwächlinge daran leiden oder verderben! Sie sind überflüssig. Aber das ist doch niemals die Auffassung eines Arztes. Warum also dulden wir es? Ein Arzt kann viel, wenn er will; heutigen Tages, wo sich das Denken der Menschen in erster Linie um Hygiene und Gesundheit dreht, vermag er alles.

Ist so während des Wachsthums eine zeitweilige Zunahme der Dicke berechtigt, so gilt das Umgekehrte für den ausgebildeten Körper. Sobald Knochen, Muskeln, alle Organe ihre kräftigste Form erlangt haben, darf im Grunde genommen keine erhebliche Gewichtsvermehrung mehr eintreten, kein Dickenwachstum mehr stattfinden. Das Anhäufen von Fett ist in dieser Zeit kein Kapitalansammeln. Es ist nur ein Hindernis für die Aktion des Körpers, erschwert die Säfteverteilung und Ernährung. Alle plötzlichen Gefahren werden durch das Fettpolster verschärft, mag es sich um einfache Anstrengungen oder akute Erkrankungen handeln. Und daß bei zerrenden Leiden das Fett einen Schutz für den Organbestand bilde, ist nicht wahr. Nicht einmal der Hunger läßt sich von Dicken leichter ertragen. Die Überernährung der Tuberkulösen ist ein falsches Prinzip. Daß fette Menschen unter Umständen auffallend kräftig und widerstandsfähig sind, ist kein Gegenbeweis.

Wie es wechselnde Zeiten des Wachstums und Stehenbleibens gibt, so wächst auch der Körper in seinen einzelnen Teilen nicht gleichmäßig. Bestimmte, leider noch sehr wenig bekannte Gesetze regeln die verschiedene Zunahme der mannigfaltigen Partien. Wir kennen die auffallende Größe der Leber und des Gehirns im Fötalleben, die Ausbildung der Geschlechtsorgane und die Ausdehnung der unteren Bauchhälfte zur Zeit der Pubertät, die Entwicklung der Brust und ihrer Eingeweide nach Vollendung des Längenwachstums; wir sehen, wie rasch zeitweilig die Gliedmaßen sich strecken, während ein andermal bestimmte Partien der Muskulatur sich formen, das alles sind nur die gröbsten Vorgänge, und auch von ihnen wissen wir nicht viel mehr als jeder aufmerksame Laie.

Alle feineren Prozesse sind unbekannt, und niemand hat sich bisher die Mühe gegeben, sie zu studieren.

Schon so einfache Dinge, wie das raschere und langsamere Wachsen der Haare oder der Nägel lassen sich nicht übersehen.

Irgend wann müssen ja wohl auch die Nerven länger werden, die Augen, Ohren, Nase größer, ebenso Lungen und Herz, Darm und Magen; irgend wann muß selbst der Schädel wachsen und das Gehirn. Wir nehmen es hin, wie die Kinder es tun würden. Es ist einmal so. Wie und wann, wir wissen es nicht.

Wie wichtig diese Dinge sind, wissenschaftlich und praktisch, darauf hat einmal VIRCHOW die Aufmerksamkeit zu lenken versucht. Man hat seine Theorie der Chlorose bei Seite geworfen. An Theorien zu glauben oder sie nicht zu achten, ist Sache des persönlichen Urteils. Die Frage aber, wie VIRCHOW, der doch nicht ins Blaue hinein zu behaupten pflegte, zu seiner Ansicht kam, bleibt bestehen, mag man seine Schlüsse teilen oder nicht. Geht man der Sache nach, so stellt sich heraus, daß diese Beobachtungen über das Wachstum der Aorta richtig sind. Warum forscht man nicht weiter, wenn man glaubt, daß die zeitweilige Enge der Aorta nichts mit der Chlorose zu tun hat?

Ich kann bei diesem einen Namen VIRCHOW eine Bemerkung nicht unterdrücken. In all seinen Forschungen, und zwar je älter und reifer er wurde, desto mehr spricht sich bei ihm eine besondere Vorliebe für die Beobachtung mechanischer Verhältnisse und Vorgänge aus. Diese physikalische Neigung geht am deutlichsten aus seiner schroffen Stellung zur modernen Bazillenlehre und Forschung hervor. Zu einem Theil hängt das wohl mit seinem Beruf als Anatom zusammen. Aber ausgegangen ist VIRCHOWS Entwicklung von mechanischen Vorgängen im lebendigen Körper. Es ist sehr merkwürdig, daß unsere moderne Wissenschaft, die sich so gern VIRCHOWS rühmt, seine Wege verlassen hat.

Lassen wir aber die Wachstumsverhältnisse der Blutgefäße vorläufig unbeachtet. Es lohnt sich, darauf in anderem Zusammenhange zurückzukommen. Hier beschäftigen uns einfachere Fragen.

Daß das Wachsen einzelner Körperteile rein mechanisch einwirkt, beweist die tägliche Erfahrung. Am nächsten liegt das Beispiel der Schwangerschaft. Ihr Verlauf bringt die beiden wichtigen Kräfte, Druck und Zug, vereinigt zur Erscheinung. Aber auch sonst lassen sich diese Dinge mit Händen greifen, selbst wenn man nicht auf das Wachsen der Thymusdrüse zurückgehen will.

So ist der Durchbruch der Zähne sehr bezeichnend für den Druck beim Wachstum. Schmerz, Schlaflosigkeit, Erbrechen, Durchfälle, Augenentzündungen, Husten, Krämpfe, und wie die Leiden alle heißen mögen, die während des Zahnens auftreten, geben zu denken. Man bekommt auf einmal einen Begriff davon, welche Bedeutung der Druck im menschlichen Organismus hat. Wie die Wirkung zustande kommt, läßt sich wohl vermuten, aber kaum sicher erklären. Daß Nerveneinflüsse dabei die Hauptrolle spielen, möchte man annehmen; vielleicht geben Studien über die Knotenpunkte des Nervensystems, auf die neuerdings CORNELIUS wieder aufmerksam gemacht hat, einigen Aufschluß.

Man bedenke nur, daß ein ähnlicher, oft sogar stärkerer Druck täglich tausendfach auf diesen oder jenen Punkt des Körpers ausgeübt wird, während des Wachstums wie während des ganzen Lebens. Dann wird die Wichtigkeit der Frage erst recht deutlich. Die gewöhnlichsten Handlungen: Gehen, Sitzen, Liegen, Essen und Trinken, erscheinen in einer ganz anderen Beleuchtung. Geht man diesen Weg weiter, so erhält man merkwürdige Einblicke in die mannigfachsten Lebenserscheinungen des gesunden und kranken Menschen. Man erkennt, da ist ein gangbarer Pfad, der zu raschen, entscheidenden Schlüssen führt.

Ich möchte hier gleich die Aufmerksamkeit auf eine Tatsache lenken, die sich nicht übersehen läßt. Der Körper gewöhnt sich an den Druck, je öfter und anhaltender er stattfindet. Man kann den Menschen durch einen Schlag in die Magengrube betäuben und umbringen; man kann ihn ebensogut daran gewöhnen, so daß er den stärksten Stoß auf den Plexus solaris ertragen lernt. Empfindliche Stellen, in derselben Gegend, die, vom Finger nur mäßig gepreßt, sehr schmerzhaft sind, können die schnürende Enge des Korsetts aushalten und ebenso den unter Umständen sehr großen Druck der eingenommenen Speisen und Getränke, der Gase, Kotmassen, nicht zu vergessen des SCHWENINGERschen Magenpolsters etc. Ein plötzliches Berühren bestimmter Stellen der Fußsohle ist, selbst wenn es leise ausgeübt wird, bei vielen Menschen in hohem Grade peinlich. Dieser Schmerz — es ist ein entschiedener Schmerz, nicht etwa ein Kitzel — kommt jedoch beim Gehen und Stehen nicht zum Bewußtsein. Ähnliche Punkte finden sich am Kopf, an den Armen, in der Nase, den Augen, der Gebärmutter, kurz an den verschiedensten Körperteilen. Die erste Untersuchung schon beweist, daß diese Stellen durch den leisesten Luftzug, durch jede Berührung gereizt werden müssen. Wenn dieser Reiz nicht als Schmerz wahrgenommen wird, so liegt das an der Fähigkeit des Menschen, sich an den Schmerz zu gewöhnen. Die

Gewöhnung an den Schmerz ist das beste Linderungsmittel des gesamten Arzneischatzes, wertvoller als Morphium und Kokain, wertvoller als Hypnose und Autosuggestion, selbst wertvoller als der Wille. Jede chronische Erkrankung lehrt das von neuem. Es ist aber nicht zu bezweifeln, daß man in diesen Verhältnissen Aufklärung über die verschiedensten Krankheits- und Lebenserscheinungen finden kann, wenn man nur sucht. Und selbst das ist schon viel, wenn man nichts weiter daraus lernen könnte, als die Kenntnis eines der entscheidenden Machtmittel, mit welchem die Natur operiert, der Gewohnheit.

Man sollte den kindlichen Körper besser beobachten. Die Reaktionen auf geringen Reiz, beispielsweise Wechsel in Temperatur, Luftdruck oder Feuchtigkeit, die bei ihm noch stark sind, verwischen sich bei den großen Leuten. Vorhanden sind sie aber auch bei ihnen, bald mehr, bald weniger, und die Betrachtung der klaren Vorgänge in der Kindheit gibt durch den Vergleich gute Lehren. Die während des Wachstums auftretenden Schmerzen in den Gliedern, namentlich in den Beinen, sind bekannt. Der volkstümliche Name Wachsknoten ist so bezeichnend wie möglich. Es handelt sich dabei um ein Dehnen des Nerven, der für das längerwerdende Glied zu kurz ist, der an einzelnen Stellen, meist den Austrittspunkten aus den Geweben, wie durch Knoten festgehalten wird. Es ist das klare Beispiel, wie der Zug beim Wachstum wirkt. Man achte nur darauf, wie verschieden die Beweglichkeit der Glieder in den verschiedenen Zeiten der Kindheit ist. Eine Bewegung, die mit zwei Jahren spielend gemacht wird, ist mit zwölf Jahren vielleicht unmöglich, weil der Nerv nicht lang genug ist, nicht ausreichend mitgewachsen ist und infolgedessen gedehnt wird. Ich möchte gleich hier bemerken, daß dieses Dehnen durch zeitweise Grössenveränderungen eine nicht zu unterschätzende Rolle bei den Menstruationsbeschwerden spielt.

Überhaupt ist auch hier der Rückschluß auf das tägliche Leben in die Augen fallend. Die Schmerzen nach Märschen, Bergsteigen, Reiten, Schlittschuhlaufen etc. sind durch Zerren an den Nerven bedingt, die in ungewohnter Weise gedehnt werden. Tausende von kleinen Unebenheiten sind im Laufe der Zeit an dem Nerven entstanden, gewissermaßen Rostablagerungen. Sie werden nicht empfunden, so lange der Nerv in seinen ausgefahrenen Geleisen, die er sich selbst bequem gemacht hat, dahingleitet. Sobald er in ungewohnter Richtung bewegt wird, treten Reibungen auf; es geht wie mit einem Wagen, der aus der üblichen Spur abbiegen muß. Für die Beurteilung bestimmter Krankheitsbegriffe bekommt man ebenfalls neue Gesichtspunkte. Die Ischias z. B. erscheint dann als ein ähnlicher Vorgang, ein Zerren an dem Nerven, der hie und da verwachsen ist, angeschwollen, rauh, der sich nicht mehr glatt in seiner Scheide bewegen läßt und nun bei verschiedenen Stellungen Pein hervorruft. Die Beispiele ließen sich häufen und nicht nur für den Schmerz.

Da ist unter anderem das Auftreten der Akne während der Entwicklungszeit. Sie muß auf irgend eine Weise durch das Wachstum bedingt sein, und zwar durch einen Einfluß, den die Ausbildung der Geschlechtsteile ausübt. Stellt man sich erst einmal auf den Standpunkt, mechanische Erklärungen zu versuchen, so gewinnt man leicht die Anschauung, daß durch das Entstehen massenhafter neuer Gefäße ein Zug und Druck auf vasomotorische Nerven bewirkt wird. Warum freilich die Reaktion an der Stirnhaut auftritt, bleibt vorläufig eine offene Frage, die aber in den Ausschlägen bei der Menstruation und in den Hautveränderungen bei Schwangerschaften und Geschwülsten wenigstens Analogien findet. Daß der Wachstumsreiz durch Zug und Druck auf die Vasomotoren trophische Veränderungen herbeiführt, ist gar nicht zu bezweifeln. Wir sehen es bei den kalten Händen und Füßen, bei der Gürtelrose, bei der Sklerodermie. Wir bekommen aber auch für die Beurteilung anderer Vorgänge bestimmte Gesichtspunkte, so für die Unregelmäßigkeit der ersten Menstruationen, für den weißen Fluß der frühen Mädchenjahre, für das Nasenbluten, das Asthma, den Veitstanz; Dinge, die vielfach mit Vollendung des Wachstums aufhören, Dinge, die auch während des Wachstums zu beseitigen sind, falls der Punkt der mechanischen Störung einer Behandlung zugänglich ist. Auch einzelne typische Bilder des jugendlichen Charakters lassen sich vielleicht auf mechanische Ursachen zurückführen: die Launenhaftigkeit, der Weltschmerz, die Schwärmerei. Wer darauf achtet, dem gehen die Augen auf.

Daß unter Umständen ein einzelnes Organ hinter der allgemeinen Entwicklung im Wachstum zurückbleibt, darauf wurde schon oben bei Gelegenheit der Virchowschen Theorie der Chlorose hingewiesen. Bei einem so wichtigen Apparat wie dem des Blutgefäßsystems sind die Verhältnisse kompliziert und unübersichtlich. Viel bequemer läßt sich die Sachlage bei der Blase beurteilen. Das nächtliche Urinlassen der Kinder beruht häufig neben dem tiefen Schlaf, einem Schlaf, wie ihn ein großer Mensch gar nicht zu schlafen vermag, darauf, daß die Blase für den Körper nicht groß genug ist. Man achte darauf und man wird sich davon überzeugen. Der Weg der Behandlung ist damit gegeben.

Hervorheben möchte ich noch die Verhältnisse am Auge. Ein großer Teil der im Kindesalter vorkommenden Sehstörungen beruht gewiß auf dem Mißverhältnis zwischen der Ausbildung des Gesamtkörpers und des Organs. Es ist vielfach zu klein, zurückgeblieben, und würde selbst ohne Überanstrengung geschädigt werden. Damit will ich der modernen Schule das Wort nicht reden. Sie ist eine schlechte Einrichtung.

Ehe ich abbreche, möchte ich noch kurz auf Eines hinweisen. Wer die Bedeutung der Wachstumsvorgänge ins Auge gefaßt hat, dem drängt sich ohne weiteres die Frage auf, ob es möglich ist, diese Verhältnisse zu beeinflussen und zu regeln. Theoretisch ist das unbedingt zu bejahen. Praktisch bietet uns das Leben vielfach Handhaben. Der beste Wegweiser ist die merkwürdige Tatsache, daß während der akuten Krankheiten der kindliche Körper auffallend in die Höhe schießt. Merkwürdig ist diese Tatsache, bemerkt ist sie, gewürdigt nicht.

Es liegt nicht in meiner Absicht, den Gegenstand zu erschöpfen. Ich wollte zum Nachdenken und Forschen anregen und werde das auch fernerhin versuchen.

Referate.

Schmaltz (Dresden): **Zur Kenntnis der Herzstörungen beim Scharlach und ihrer Folgen.**

Verf. hat, die Fälle, welche durch Sepsis oder Nephritis kompliziert sind, außer Betracht lassend, bei 191 Scharlachfällen in etwa 35% der Fälle Herzerscheinungen gefunden („Münchener med. Wochenschr.“, 1904, Nr. 32). Der Puls ist im Beginn der Skarlatina immer sehr frequent und gestattet zunächst keinen Schluß auf den Zustand des Herzens. Mit dem Abfall des Fiebers kehrt der Puls in der Regel zur Norm zurück; oft macht sich in dieser Periode eine gewisse Labilität des Pulses bemerkbar; in manchen Fällen bleibt trotz Normalwerdens der Temperatur der Puls hoch. In manchen Fällen tritt nach ausgeprägter Bradykardie eine tertiäre Periode der Pulsbeschleunigung auf; diese dürfte, wenn sie stark ausgesprochen ist, wohl immer eine Affektion des Herzens anzeigen, selbst wenn sie längere Zeit als isoliertes Symptom auftritt. Wenn man die Herztätigkeit während des Verlaufs der Skarlatina genau kontrolliert, bemerkt man öfters schon während der ersten Fiebertage eine Unreinheit des ersten Herztons oder das Auftreten eines systolischen Geräusches; häufig verschwinden diese Geräusche wieder in wenigen Tagen; manchmal aber bleiben sie auch nach dem Verschwinden des Fiebers zurück und beweisen gleichfalls das Bestehen einer Herzaffektion. In der Mehrzahl der Fälle treten diese Herzgeräusche erst später auf, in der 2.—4. Krankheitswoche. Sehr oft ist das Auf-

treten dieses systolischen Geräusches mit einer Akzentuation des zweiten Pulmonaltones verbunden. Vergrößerung der Herzdämpfung hat Verf. bei 14% der Kranken beobachtet, zuweilen in Fällen, wo jede Geräuschbildung fehlt. Arhythmie ist eine häufige Begleiterscheinung der skarlatinösen Herzstörung. Die subjektiven Erscheinungen sind bei diesen skarlatinösen Herzstörungen im allgemeinen gering. Eine engere Beziehung der Herzstörungen zum Scharlachrheumatismus ließ sich nicht feststellen. Patienten, die schon vor der Scharlacherkrankung ein Vitium cordis aufwiesen, wurden nicht häufiger als solche mit normalen Herzen durch die Erkrankung betroffen. In einem Teil der Fälle bleiben dauernde Schädigungen des Herzens zurück; Verf. hatte Gelegenheit, 24 Scharlachpatienten mit Herzstörungen später zu untersuchen; 16 von diesen boten die ausgesprochenen Erscheinungen einer Mitralklappeninsuffizienz dar, zwei wiesen nur ein systolisches Geräusch auf. Aus Sektionsergebnissen schließt Verf., daß die Krankheitserscheinungen, die am Herzen während der Rekonvaleszenzperiode des Scharlachs klinisch beobachtet werden, in der großen Mehrzahl der Fälle nicht durch Endokarditis, sondern durch eine Erkrankung des Myokards bedingt sind. In prophylaktischer und therapeutischer Hinsicht ist vor allen Dingen bei jeder Scharlacherkrankung möglichst lange fortgesetzte Ruhe anzuwenden. Br.

Revenstorf (Hamburg): **Beitrag zur gerichtsärztlichen Diagnostik des Ertrinkungstodes.**

Hämolyse des Leichenblutes tritt in den ersten Tagen post mortem weder auf Grund physikalischer Einflüsse (Veränderung der Zusammensetzung des Gefäßinhaltes), noch als Folge autolytischer Prozesse auf; der Farbstoffaustritt wird vielmehr durch Bakterientätigkeit, d. h. durch die Fäulnis bewirkt. Die Leichenhämolyse ist eines der frühesten, makroskopisch sichtbaren Zeichen der eingetretenen Fäulnis. Durch die Leichenfäulnis wird das Blut der Pfortader am intensivsten hämolysiert, weniger intensiv das Blut des rechten Herzens und seiner zuführenden Gefäße, am wenigsten stark das Blut des linken Herzens und des Arteriensystems. Gelangen auf dem Wege der Luftkanäle eindringende anisotonische Flüssigkeiten innerhalb der Kapillaren oder im Lungengewebe (Ekchymosen) in innige Berührung mit den Blutkörpern, so werden — vorausgesetzt, daß eine hinreichende Konzentrationsdifferenz der Suspensionsflüssigkeit von dem Körpercheninhalt erzeugt wird — die betroffenen Blutkörper aufgelöst: Ertränkungshämolyse („Münchener med. Wochenschrift", 1905, Nr. 12). Die Ertränkungshämolyse des Gefäßinhaltes ist im Gegensatz zu der gewöhnlichen Leichenhämolyse dadurch charakterisiert, daß das Serum des linken Herzens einen intensiveren Hämolysierungsgrad besitzt als das Serum des rechten. Lungengewebssaft, Pleuratranssudat und Perikardialflüssigkeit, die kein gelöstes Hb enthalten, sind frei von Beimengungen des Ertränkungsmediums. Oedema aquosum besitzt stets ein Hb-haltiges Serum. Farbloses Serum erweist das Vorliegen echten Lungenödems. Die Ertränkungshämolyse ist ein qualitatives Kennzeichen des Ertrinkungstodes, das die übrigen physikalischen Methoden des Nachweises von Ertränkungsflüssigkeit im Blut an Schärfe übertrifft. Fehlender Farbstoffaustritt im Pfortaderinhalt neben vorhandener Ertränkungshämolyse des Herzblutes ist ein sicheres Merkmal, daß die Ertränkungsflüssigkeit erst nach dem Aufhören der Blutbewegung in den Herzinhalt diffundierte. B.

Remlinger et Effendi (Konstantinopel): **Deux cas de guérison de la rage expérimentale.**

Nach Injektion von 5, bzw. 8 cm^3 einer milchigen Emulsion von Virus fixe in die Vena jugularis beobachteten die Verff. bei zwei Hunden Erscheinungen der Wut, die spontan ausheilten. Beide Tiere erlangten hierdurch eine Immunität gegen die Lyssa; sie konnten durch eine nachfolgende subdurale Infektion mit Virus fixe nicht infiziert werden („Annales de l'institut Pasteur", Bd. 18, pag. 241). Das Ergebnis dieser Versuche ist in doppelter Hinsicht praktisch bedeutsam. Einerseits geht aus denselben hervor, daß die intravenöse Immunisierung der Hunde mit Virus fixe keineswegs gleichgültig ist, indem unter Umständen die Tiere infolge der Injektion an Wut erkranken können. Andrerseits folgern die Verff. aus der Tatsache, daß die experimentelle Wut der Hunde ausheilen kann (was überdies auf Grund anderer Versuche auch bereits von Högyes behauptet wurde), daß das gleiche auch für die klinische Wut Geltung hat. Man könne daher aus dem Umstande, daß ein Hund, der einen Menschen gebissen hat, noch längere Zeit am Leben bleibt, nicht schließen, daß er auch wirklich gesund war, und war mithin nicht berechtigt, auf Grund des Überlebens des beißenden Tieres die Schutzimpfung der gebissenen Personen für überflüssig zu erklären. Ein Hund könne die Wut auf Menschen übertragen, auch wenn er selbst am Leben bleibt. Dem Ref. erscheint diese Schlußfolgerung viel zu weitgehend, da seines Wissens bisher trotz der zahllosen veterinärärztlichen Untersuchungen wutkranker Hunde kein Fall bekannt ist, in dem eine wirkliche (Straßen-) Wut bei Hunden ausgeheilt wäre. Solange nicht durch exakte, einwandfreie tierärztliche Beobachtung der Nachweis geliefert wird, daß die Straßenwut des Hundes ausheilen kann, hält Ref. es für ungerechtfertigt, die mitgeteilte Behauptung aufzustellen und hierdurch das Publikum in hohem Grade zu beunruhigen. Von allen Einwänden, die sich erheben ließen, abgesehen, handelt es sich bei den Versuchen der Verff. doch um Impfungen mit Virus fixe, bei der natürlichen Wut (= klinischen Wut der Verff.) wohl ausnahmslos um Infektionen mit Straßenvirus, und es geht absolut nicht an, zu behaupten, daß, wenn erstere heilbar ist, „sans doute" auch die andere heilbar sei. Das wäre erst zu erweisen; solange dies aber nicht geschehen ist, können wir ruhig und getrost bei der allgemein anerkannten Anschauung bleiben, daß, wenn der beißende Hund am Leben bleibt, die von ihm verletzten Personen nicht mit Wutvirus infiziert sein können und daher auch nicht der Pasteurschen Schutzimpfung zu unterziehen sind. Dr. S.

Leredde (Paris): **Die Behandlung des Hautkrebses mit Röntgenstrahlen.**

Verf. hat binnen weniger Monate 15 Fälle von Hautepitheliomen mit Röntgenstrahlen behandelt („Gazette des hôpitaux", 1904, Nr. 38). Die Sitzungen fanden in eintägigen Intervallen statt und dauerten 20 bis 25 Minuten. Der Röhrenabstand betrug 2 *cm*. Schon 3—4 Sitzungen führten zur Heilung. Binnen kurzem verschwand der üble Geruch, sofern er überhaupt vorhanden war. Schmerzen wichen auffallend rasch, wie denn das Röntgenverfahren nicht nur wegen seiner schmerzstillenden, sondern auch wegen seiner schmerzlosen Wirkung den Vorzug vor allen kaustischen oder chirurgischen Eingriffen verdient. Die kosmetischen Resultate sind ebenfalls ganz ausgezeichnet. Die Heilungsresultate sind definitive; kommen Rezidive vor, so ist dies auf eine zu vorsichtige Anwendung der Röntgenstrahlen zurückzuführen. Es scheint, daß eine Art von Phagozytose durch ausreichende Bestrahlung angeregt wird, welche alle epitheliomatösen Zellen resorbiert. Kontraindiziert erscheint das Verfahren bei regionären Drüsenaffektionen sowie bei sehr harten und trockenen Epitheliomen. In diesen Fällen ist die chirurgische Thérapie vorzuziehen. Unter den Formen, die ganz besonders auf die Bestrahlungstherapie angewiesen sind, steht das Epitheliom der Augenlider voran. Hier erzielt selbst die idealste chirurgische Therapie Schrumpfungen, welche durch das Röntgenverfahren vermieden bleiben. J. St.

G. Schmorl (Dresden): **Über das Schicksal embolisch verschleppter Plazentarzellen.**

Zur Entscheidung der Frage, ob embolisch verschleppte Zellen einer normalen Plazenta zu progressiven Veränderungen befähigt sind, wurden an 150 in verschiedenen Stadien der Gravidität und des Puerperiums verstorbenen Frauen systematische Untersuchungen an den Lungen vorgenommen. Es stellte sich dabei zunächst heraus, daß eine embolische Verschleppung von Plazentarzellen ganz außerordentlich häufig und insbesondere bei Eklampsie vorkommt. In der Lunge von Frauen, die am Ende der Gravidität, bzw. nach normaler Schwangerschaft im Puerperium gestorben waren, fanden sich („Zentralblatt f. Gynäk.", 1905, Nr. 5) nur ein einziges Mal Veränderungen, die im Sinne einer progressiven Wucherung — aber nicht mit

Sicherheit — gedeutet werden konnten. Unter den Fällen von wenig weit vorgeschrittener Gravidität, bei denen man eine größere Proliferationsfähigkeit der Chorionzellen erwarten konnte, fanden sich zweimal Veränderungen in den Lungen, die ganz unzweifelhaft auf Wucherungsvorgänge von embolisch verlagerten Plazentarzellen zurückzuführen waren; die ganz bedeutende Verschleppung von Chorionepithelien in den Lungen dieser beiden Fälle läßt aber der Vermutung Raum, daß die Plazenta in denselben im Sinne einer Blasenmole verändert war; denn in 3 Fällen sicherer Blasenmole waren diese hochgradigen Verschleppungen und Wucherungen in überaus anschaulicher Weise anzutreffen. Darum ist vielleicht der Schluß gerechtfertigt, daß wahrscheinlich nur jene embolisch verschleppten Plazentarzellen zu progressiven Veränderungen befähigt sind, die von degenerierten, im Sinne einer Blasenmole veränderten Zotten herstammen. FISCHER.

G. J. BERGMANN (St. Petersburg): **Über den Einfluß von Arsen und Eisen auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes sowie auf die Hämoglobinquantität bei Tieren nach Aderlaß.**

Die Versuche wurden an Hunden ausgeführt, denen $^1/_4$—$^1/_3$ der gesamten Blutmenge entnommen und dann den einen täglich 0·001 Acidi arsenicosi, den anderen 0·01 Ferri lactici gegeben wurden. Die Untersuchung der Zusammensetzung des Blutes und die Bestimmung der Hämoglobinquantität, vor dem Blutaderlaß und nach dem Blutaderlaß im Stadium der Eisen- bzw. Arsendarreichung ausgeführt, ergab (St. Petersburger Dissert.; „Wratschebn. Gazetta", 1904, Nr. 46): Durch Zusatz von organischem bzw. anorganischem Eisen zu eisenarmer Nahrung wird die Regeneration des Blutes beschleunigt (die Hämoglobinquantität steigt rascher als die Quantität der roten Blutkörperchen an); bei Zusatz von Arsen geht die Regeneration des Blutes langsamer vor sich (die Zahl der roten Blutkörperchen nimmt rascher zu als die Hämoglobinquantität). Die unter dem Einflusse der Eisendarreichung eintretende Steigerung der Zahl der eosinophilen Zellen spricht für die spezifische Wirkung des Eisens, während andrerseits die Zunahme dieser Zellen und die Steigerung der Hämoglobinquantität darauf hinweisen, daß das Eisen tatsächlich assimiliert wird. Außer Ferrum lacticum gab BERGMANN den Versuchstieren Ferratin, ohne daß sich irgend ein Unterschied bemerkbar gemacht hätte. L—y.

EHLER (Pilgram): **Zur Kasuistik der Gallenoperationen.**

Verf. verfügt über drei interessante Fälle von Gallenoperationen. Der erste Fall illustriert sehr deutlich die Gefährlichkeit des sogenannten latenten Stadiums der Cholelithiasis. Der 45jährige Pat. litt nicht an dem geringsten Symptom einer Krankheit von Gallensteinen, welche indessen schon längst ihre meuchlerische Arbeit begonnen hatten, indem sich ein Dekubitus in der Wand der Gallenblase entwickelte. Nach einem opulenten Diner kam es unter Symptomen einer akuten Darmobstruktion zur Perforation, die trotz Operation letal endete. Dieser Fall ist auch in bezug auf die Indikation eines chirurgischen Eingriffs belehrend. Denn es ist leicht denkbar, daß, wenn auch in diesem Falle der Pat. schon früher mäßige Symptome aufgewiesen hätte, es dennoch kaum zur Operation gekommen wäre, und doch hätte eine einfache Cholezystotomie dem Kranken das Leben gerettet. Im zweiten Falle handelte es sich um eine 32jährige Frau, die alle Symptome einer chronischen Appendizitis zeigte, und dennoch handelte es sich um Cholelithiasis. Die richtige Diagnose war hier sehr schwierig nicht nur wegen der Appendizitissymptome, sondern auch deshalb, weil die Gallenblase tief fixiert war. Zur Komplikation dieses Falles trugen mehrere Ursachen bei: 1. die Enteroptosis, wodurch die Leber herunterrutschte, 2. gewiß die chronische Pericholezystitis mit Ausbildung weitreichender Adhäsionen und 3. eine lokale Peritonitis in der Umgebung der früher ausgeführten Operation nach ALEXANDER-ADAMS, wodurch die Gallenblase ober dem Lig. Pouparti fixiert war. Die Patientin genas nach der Operation vollkommen („Časopis českých lékařů", 1905, Nr. 5). Der dritte Fall ist ein typisches Bild einer chronischen Obturation des Choledochus; es konnte mit Bestimmtheit vor der Operation nicht entschieden werden, ob lithogenen Ursprungs oder mit einer Neubildung als Ursache. Für eine Neubildung sprach der langsam zunehmende Ikterus, die vergrößerte Leber und die erweiterte Gallenblase; das intermittierende Fieber und der Umstand, daß die Kranke trotz 10monatlicher Dauer der Krankheit nicht kachektisch war, schienen für einen Stein zu sprechen, wozu auch die Anamnese paßte. Bei der Operation wurde eine Geschwulst von Taubeneigröße vorgefunden, die den Choledochus komprimierte, indem sie von dessen rückwärtiger Wand ausging. Der Exstirpationsversuch ist wegen profuser Blutung aus einem Risse des Tumors nicht gelungen, daher wurde etwa 2 *cm* vor der Geschwulst eine Choledochoduodenostomie durchgeführt. Pat. wurde geheilt ohne Ikterus und Beschwerden entlassen. Es wäre interessant gewesen, den Ursprung des Tumors, der mit dem Pankreas in keinem Zusammenhange war, zu kennen. Für ein Karzinom hält ihn Verf. nicht; die Krankheit dauerte über zwei Jahre und es bestand keine Kachexie, auch waren nirgends Drüsen zu tasten. Einen Teil zur mikroskopischen Diagnostik zu resezieren, war wegen des großen Blutgehaltes unmöglich. STOCK.

BARATYNSKI (St. Petersburg): **Über die Indikationen zur Radikaloperation der Inguinalhernien nach BASSINI und KOCHER.**

Verf. berichtet („Russki Wratsch", 1905, Nr. 12), daß bei Inguinalhernien mit wenig ausgesprochenen anatomischen Veränderungen des Leistenkanals — schmalem und in obliquer Richtung verlaufendem Leistenkanal — die Methode von KOCHER am meisten indiziert ist. Bei Hernien mit mäßig ausgesprochenen anatomischen Veränderungen wird die Zweckmäßigkeit der Operationsmethode durch den Grad der Beweglichkeit des Peritoneums sowie durch den Grad der Divergenz der tiefen Schicht der Bauchmuskeln vom Ligamentum Poupartii bestimmt. Bei beweglichem und überschüssigem Peritoneum ist die KOCHERsche Methode indiziert. Bei bedeutender Divergenz der tiefen Bauchmuskeln ist die Operation nach BASSINI angezeigt. Inguinalhernien mit bedeutenden anatomischen Veränderungen des Leistenkanals, die sich in klinischer Beziehung durch einen breiten, in gerader oder obliquer Richtung verlaufenden Leistenkanal dokumentieren, sind nach BASSINI zu operieren. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Einen **Beitrag zur Schilddrüsenphysiologie**, über die Ausscheidung des Jods im menschlichen Harn und ihre Beziehung zum Jodgehalt und zur Verkleinerung der Strumen erbringt KOCHER („Mitteilungen a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.", Bd. 14). Er fand, daß bei Strumakranken Jod anders ausgeschieden wird als bei Menschen mit gesunder Schilddrüse. Er konnte 3 Gruppen unterscheiden: 1. vermehrte Jodausscheidung bei Strumen, die zurückgingen (diffus hyperplastische, sogenannte parenchymatöse Form und nodöse Strumen mit wenig oder gar keinen regressiven Metamorphosen), bei der Exstirpation verminderter Jodgehalt; 2. ziemlich normale Jodausscheidung (Struma nodosa mit regressiven Metamorphosen, sowie Mischformen zwischen 1 und 3); 3. verminderte Jodausscheidung (Struma colloides diffusa, „fibrose" Kröpfe). Die Kröpfe 2 und 3 gingen unter der Behandlung nicht zurück, die später exstirpierten Kolloidkröpfe zeigten (absolut) vermehrten Jodgehalt. Da bei Abnahme von Kröpfen die Follikel sich verkleinern und der Bläscheninhalt schwindet, zugleich mehr Jod ausgeschieden wird, so folgt, daß das ausgeschiedene Parenchym jodhaltig war. Je zäher der Bläscheninhalt, desto schwieriger die Ausscheidung; harte Kolloidkröpfe nehmen nach ausdauernder Jodbehandlung hie und da plötzlich doch noch ab; weiche jüngere Kröpfe sind dankbarer, sie nehmen manchmal schon einige Stunden nach Jodverabreichung ab, sollen jedoch nur periodisch kleine Joddosen erhalten wegen der Gefahr des chronischen Jodismus bzw. Thyreoidismus.

— Die bekannte **Wirkung der Alkoholverbände** auf Entzündungen (Linderung des Schmerzes, Verminderung der Schwellung, eventuell scharfe Abgrenzung der Eiterung) ist in letzter Linie auf die durch die Alkoholapplikation bewirkte Hyperämie zurückzuführen. Da diese Hyperämie die Resorbierfähigkeit der Haut wesentlich er-



höhen muß, so hat LÖWE („Allgemeine Med. Zentral-Zeitung", 1905, Nr. 9) den Alkohol mit dem Collargol kombiniert, dessen Wirkung auf septische Prozesse im letzten Dezennium erprobt worden ist. Das Produkt dieser Kombination liegt in der Alkoholsilbersalbe vor, einer braunen, weichen, geschmeidigen Salbe von alkoholartigem Geruch, die $^1/_2$% Collargol, 70% eines 96%igen Alkohols, Natronseife, Wachs und etwas Glyzerin enthält. Ihre Anwendung ist die denkbar einfachste, indem die Salbe messerrückendick mittelst eines Salbenflecks oder auch direkt auf die vorher gereinigte Haut aufgetragen wird. Darüber kommt ein luftdicht abschließender Verband. Dieser Salbenverband wird ein- bis zweimal des Tages erneuert. Er hat weder reizende noch austrocknende Wirkung auf die Haut. Die Applikation der Salbe ruft unmittelbar ein lebhaftes Wärmegefühl hervor, mit dem eine Erleichterung der subjektiven Beschwerden Hand in Hand geht. Unangenehme Nebenerscheinungen, auch beim Auflegen auf offene Wunden, traten nie ein. Erfolge dieser Behandlung erstrecken sich auf Zirkulationsanomalien der Haut, z. B. Frostbeulen, ferner auf mit Ödem einhergehende Ernährungsstörungen der Haut, wie Ulcera cruris, Kongelationen, auf Kontusionen, Verbrennungen, auf nicht infektiöse Entzündungen, auf chronisches Ekzem mit starkem Juckreiz und schließlich auf eine ganze Reihe infektiöser Entzündungen, wie Panaritien, Phlegmonen, Bubonen, infizierte Wunden etc.

— Das **Aristochin** entsteht durch Einwirkung von $COCl_2$ oder Phenolkarbonat auf Chinin. Es ist absolut geruch- und geschmacklos, löst sich in Chloroform und Alkohol leicht, in Äther schwer, in 5·3 cm^3 0·25% Salzsäure (0·104 Aristochin) gut, in Wasser nicht. Sein Chiningehalt ist unter den bekannten Präparaten der größte. In der Verdünnung 1 : 20.000 tötet das Aristochin Monozellularorganismen. DEUTSCH hat („Zentralbl. f. Kinderheilkunde", 1905, Nr. 3) das Aristochin bei 35 Pertussisfällen mit Erfolg gebraucht. Je früher und in je größeren Dosen das Aristochin gereicht wird, desto eher ist der gewünschte Erfolg zu erwarten. Wenn die gewöhnliche Einzelgabe 0·05—0·1 bei Säuglingen und 0·3 bei größeren Kindern 3mal täglich nicht genügt, so verabreiche man 0·2—0·25 und 0·4—0·5 ebenfalls 3mal. Bei überaus gehäuften und heftigen Attacken kombiniert Verf. in den ersten Tagen der Behandlung das Aristochin mit Heroin oder Dionin.

— Das in die **Therapie der Magen- und Darmkrankheiten** an Stelle von Atropin eingeführte Eumydrin wird nach HAAS („Therap. d. Gegenw.", 1905, Nr. 3) durch Anlagerung von Jodmethyl an Atropin und Umsetzung des so gewonnenen Atropiniummethyljodids mit den salpetersauren Salzen der Schwermetalle dargestellt. Es ist also das Atropiniummethylnitrat von der Formel

$$\left.\begin{matrix} C_6H_5 \\ CH_2(OH) \end{matrix}\right> CH-CO\cdot O-C_7H_{11}N \left<\begin{matrix} (CH_3)_2 \\ NO_3 \end{matrix}\right.,$$

daher das salpetersaure Salz der Methylammoniumbase des Atropin und steht zum Atropin in demselben Verhältnis wie eine quaternäre (Ammoniumbase) zu einer tertiären Base. Durch diese Umwandlung aus einer tertiären in eine quarternäre Base soll das Eumydrin seine Wirksamkeit auf das Zentralnervensystem verlieren und nur die periphere Wirkung, z. B. auf die Pupille, beibehalten und die pharmakologische Wirkung auf die peripheren Nervenendigungen, die den meisten Ammoniumbasen in verschieden starkem Grade zukommt, id est die Lähmung der peripheren Nervenendigungen in den quergestreiften Skelettmuskelfasern nach Art des Curare, annehmen. Daraus ergibt sich eine im Vergleiche zum Atropin bedeutend herabgesetzte Giftigkeit des Eumydrin, das ein weißes, gut kristallisiertes, vollkommen luftbeständiges, geruchloses Pulver, in Wasser und Alkohol leicht, in Äther und Chloroform sehr schwer löslich, darstellt. Man verordnet Eumydrin in Pulvern, Pillen, Lösung und in Suppositorien, pro dosi 0·001 — 0·0025 — 0·004 3- bis 4mal täglich. Die Indikationen für Eumydrin sind dieselben wie für Atropin und Belladonna.

— Bei zahlreichen Fällen von akuter und chronischer **Urethritis** hat CLARK das Helmitol angewandt und spricht sich über seine Erfahrungen folgendermaßen aus („Buffalo Med. Journ.", 1905, Nr. 7): Die Patienten verspüren fast unmittelbar eine Erleichterung ihrer Beschwerden. Helmitol besitzt dem Urotropin gegenüber den Vorzug, daß es in größeren Dosen auch noch gut vertragen wird. Es übt speziell einen günstigen Einfluß auf den Tenesmus der Urethritis posterior und Prostatitis aus. Ebenso läßt sich das Präparat bei akuter Gonorrhöe in Verbindung mit Protargol-Injektionen mit Nutzen verwenden. In einigen Fällen beobachtete CLARK, daß die intensiven Schmerzen, die die Patienten beim Urinieren verspüren, auf Helmitol innerhalb 24 Stunden verschwanden. Sein Vorzug dem Hexamethylentetramin gegenüber besteht in dem gänzlichen Fehlen von störenden Nebenwirkungen und in seiner außerordentlich guten Bekömmlichkeit. Außerdem hat es sich bei infektiösem Fieber, das sich nicht selten beim Katheterisieren und nach Operationen am Genito-Urinal-Trakt einstellt, fast stets als Spezifikum bewährt.

— Die pharmakodynamische Wirkung der **Ameisensäure** hat CLEMENT studiert („Lyon méd.", 1905, Nr. 8). Er hat dabei die interessante Tatsache feststellen können, daß diese Substanz die Muskelkraft erhöht. Die Dosis, welche nötig ist, um diese Wirkung zu erzielen, beträgt 2—3 *g* pro Tag. Da die käufliche Ameisensäure 50%ig ist, so muß man davon 4—6 *g* nehmen, die man am besten in einem halben Wasserglas verdünnt und mit Natrium bicarbonicum neutralisiert. Die erhöhte Leistungsfähigkeit der Muskeln unter dem Einfluß der Ameisensäure läßt sich nicht nur durch das erhöhte Kraftgefühl erweisen, welches jede Versuchsperson empfindet, sondern direkt durch die Prüfung am Ergographen. Auch auf die glatte Muskulatur soll es wirken, was Verf. besonders an der Blase studiert hat. Es soll die Miktion erleichtern und den Harnstrahl verstärken; namentlich bei alten Leuten konnte das gut beobachtet werden.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Hautkrankheiten. Von **Prof. Dr. K. Kreibich.** Mit 10 Abbildungen und 2 Tafeln. Wien 1904, Moritz Perles.

Der Autor des vorliegenden Werkes, einer der begabtesten, langjährigen Assistenten KAPOSIS, in einer Epoche tätig gewesen, da letzterer den Höhepunkt seiner wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit bereits überschritten hatte und die Auswertung seines reichen klinischen Materials gerne seinen Schülern überließ, hat es, und man muß sagen mit vielem Geschick, unternommen, die vielfach unhaltbar gewordenen, durch die moderne bakteriologische Forschung überholten Anschauungen seines Lehrers und Meisters zu modernisieren. Er hat in dem vorliegenden Lehrbuche, das von ihm seinen Schülern nach Graz als Morgengabe mitgebracht wurde, dementsprechend die altbewährten wissenschaftlichen Prinzipien der Wiener Schule mit dem Rüstzeug der modernen Forschung ausgestaltet, ergänzt und verjüngt in nuce vor Augen geführt. Er hat sich bei dieser gewiß nicht leichten Aufgabe großer Kürze befleißigt. Weit entfernt, in verba magistri zu schwören, hat er sich nicht gescheut, manches Althergebrachte, in bezug auf Systematik und Pathogenese der Hauterkrankungen über Bord zu werfen und hierfür Grundsätze modernerer Autoren, insbesondere des unvergeßlichen JARISCH, BROCQS u. a. zu akzeptieren oder auch diesbezüglich eigene Anschauungen zu vertreten. Schon in den Kapiteln über allgemeine Pathologie und Diagnostik finden wir manche Neuerung; das Bestreben, überall kurz und präzis zu bleiben, fällt angenehm auf. Der Versuch, auch die Farbe der Effloreszenzen den Anfängern graphisch in Form von Tonskalen vor Augen zu führen, ist ebenso neu als kühn. Wir betrachten diesen Versuch allerdings vielleicht als den wenigst gelungenen in dem Werke, denn die Farbnuancen der gesunden und kranken Haut können nur direkt durch das Auge empfunden, niemals indirekt durch Farbenskalen veranschaulicht und festgehalten werden. Daß KREIBICH, JARISCH folgend, die Hämorrhagien, gleichgültig, ob durch Infektion, Entzündung oder Degeneration, in ein gesondertes Kapitel zusammenfaßt, entspricht wohl dem didaktisch gerechtfertigten Grundsatz, in klinischer Hinsicht ähnliche Bilder unabhängig von ihrer Ätiologie aneinander zu reihen, entspricht aber nicht der modernen, zur ätiologischen Trennung der Erkrankungen auffordernden Richtung. Selbständig, wenn auch darin nicht originell, ist KREIBICH durch die Einrechnung

der urtikariellen Erkrankungen unter die Entzündungen vorgegangen, allerdings, ohne hierfür eine genügende Begründung zu geben. Im allgemeinen hat es auch KREIBICH vorgezogen, die einzelnen Erkrankungsformen von klinischen Gesichtspunkten aus möglichst unabhängig voneinander, ohne jede doktrinäre Voreingenommenheit, zu betrachten und zu beschreiben. Obwohl er in den meisten Kapiteln auf seine eigenen Erfahrungen und in vielen auch auf selbständige Studien und Auffassungsweisen zurückzukommen in der Lage ist, hat er dort, wo die eigenen Erfahrungen nicht ausreichten, sich nicht gescheut, einzelne Kapitel, wie z. B. die Nagelerkrankungen, Neurosen, Neoplasmen etc., die reiche moderne Literatur kritisch referierend, zu benutzen. Nicht nur die Ätiologie und Anatomie der einzelnen Affektionen, in denen wir KREIBICH bekanntlich manche wertvolle Tatsache verdanken (wir erinnern nur an die kritische Studie über Ekzemerreger, die histologischen sowie bakteriologischen Arbeiten über Pemphigus, Erytheme, Ulcus rodens, Ekthyma gangraenosum etc.), auch die Therapie erscheint im vorliegenden im Gegensatze zu älteren Lehrbüchern relativ eingehend berücksichtigt, ja in einzelnen Kapiteln, wie beispielsweise über Seborrhöe, vielleicht zu breit und zu wenig kritisch gehandhabt. Den Zweck, vor seinen Hörern nicht mit leeren Händen zu erscheinen, den der Autor in der Vorrede zu seinem Werke sozusagen als Rechtfertigung des Erscheinens desselben in bescheidener Weise angibt, hat er in anerkennenswerter Weise erfüllt, ja er hat mehr gebracht, als er versprach, denn auch der erfahrene Kollege wird ihm bei der Lektüre in mancher originellen Ansicht gerne folgen, der Praktiker aber in die Lage kommen, manches Nützliche für die Therapie daraus zu entnehmen. K. ULLMANN.

Die neue Mikrobe der Lungenphthise und der Unterschied zwischen Tuberkulose und Schwindsucht. Von **Prof. Dr. O. v. Schroen.** München 1904, Haushalter.

Verf. gibt in der vorliegenden, für weitere, nicht ausschließlich ärztliche Kreise bestimmten Schrift eine zusammenfassende Darstellung seiner zum Teil bereits bekannten Anschauungen über das Wesen der Lungenphthise. Die Grundlage seiner Auffassung bildet die merkwürdige und völlig unhaltbare Behauptung, daß die käsigen Massen in den Kavernen nicht, wie allgemein auf Grund unzweifelhafter, einwandfreier, histologischer Befunde angenommen wird, nekrotisches Gewebe darstellen, sondern „zum weitaus größten Teil aus einem hochentwickelten Mikroben bestehen, dessen Existenz bisher niemand geahnt hat". Auf Grund dieses Befundes kommt Verf. zu der Annahme, daß Tuberkulose und Phthise zwei wesentlich voneinander verschiedene Prozesse sind. Verf. geht also viel weiter als jene Autoren, die zum Zustandekommen einer Phthise eine Mischinfektion für notwendig halten, eine Anschauung, die bekanntlich nach neueren Untersuchungen, z. B. von BAUMGARTEN, in dieser Form ebenfalls unrichtig ist. Aber auch die Vertreter dieser Lehre sind weit davon entfernt, die käsigen Massen für das Myzel eines Fadenpilzes zu halten. Ebenso dürften die übrigen Ausführungen über das Wesen und die Variabilität des Tuberkelbazillus bei allen Fachgenossen auf energischen Widerspruch stoßen. Wer die vorliegende Schrift ungelesen aus der Hand legt, ist besser daran als der Referent. Dr. S.

Über die Lungenschwindsucht. Von **Geh. San.-Rat Dr. E. Aufrecht.** Magdeburg 1904, Faber.

AUFRECHT hat schon im Jahre 1882 die Bedeutung der Inhalation von Tuberkelbazillen für das Entstehen der Lungenschwindsucht angezweifelt und leugnet sie heute vollständig. Die hauptsächlichste Eintrittspforte des Tuberkelbazillus in den menschlichen Körper seien die Hals- und Gaumenmandeln des Kindes; von hier aus dringen sie unter Vermittlung der Hals- und Mediastinaldrüsen durch die Gefäßwände in die Blutbahn, und auf diesem Wege erkranken zunächst die kleinsten Gefäße der Lungenspitzen; die von diesen Gefäßen versorgten Lungenabschnitte werden ihrer Ernährung beraubt und zerfallen. AUFRECHT bekämpft V. BEHRINGs Theorie, hält es aber für möglich, daß gelegentlich einmal der Transport der Tuberkelbazillen von den Unterleibsdrüsen aus unter Vermittlung der Mediastinaldrüsen zu den Lungengefäßen stattfinde. Das außerordentlich häufige Befallensein der kindlichen Halsdrüsen dürfte für eine Einwirkung der Perlsuchtbazillen auf den Menschen sprechen. A.

Feuilleton.

Die Reform und der Ausbau der Arbeiterversicherung und die Wiener Ärztekammer.

Über Aufforderung der Regierung hat die Wiener Ärztekammer ein Gutachten über das „Programm" für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung erstattet, welches das Krankenkassenkomitee unter Zuziehung von in der Kranken- und Unfallversicherung der Arbeiter versierten Ärzten ausgearbeitet hat. Wir reproduzieren im folgenden die leitenden Grundzüge des Gutachtens, ohne vorläufig auf die Detailbesprechung der Vorlage einzugehen.

Nach dem Ärztekammergesetze vom 22. Dezember 1892 sind die Ärztekammern berufen, einerseits die Interessen der Ärzteschaft zu wahren und zu fördern, andrerseits überall mitzuwirken, wo sanitäre Maßregeln im Interesse der Gesamtheit nötig sind. Diese zwei Gesichtspunkte haben die Wiener Ärztekammer, wie das Gutachten einleitend bemerkt, bei Abfassung des folgenden Gutachtens geleitet.

Die Bedeutung des ärztlichen Berufes für den einzelnen und für die Gesamtheit ist von jeher anerkannt. In den letzten Dezennien ist aber eine derartige Umwälzung einerseits in der Ausdehnung und Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit, andrerseits in den wirtschaftlichen Verhältnissen der Ärzte vor sich gegangen, daß man die Behauptung aufstellen kann, je wichtiger und bedeutsamer der ärztliche Beruf für Staat und Gesellschaft geworden ist, um so schlechter sind die wirtschaftlichen Verhältnisse der Ärzte geworden. Die Ärzte waren von jeher Führer des sozialen Fortschrittes. Die Bemühungen der Ärzte, Epidemien und Endemien einzuschränken und die hygienischen und sanitären Verhältnisse der weitesten Schichten zu verbessern, sind anerkannt und von einem Erfolge gekrönt, der in den Mortalitätsstatistiken aller Kulturvölker zum Ausdruck kommt. Die Ärzte setzen diese Bemühungen fort, obwohl es ihnen am wenigsten unklar ist, daß sie sich dadurch selbst die traditionelle Basis ihres wirtschaftlichen Lebens erschüttern. Der ärztliche Stand ist eben ein sozialer Stand κατ' ἐξοχήν und hat von jeher sein eigenes Interesse den Interessen der Gesamtheit hintangesetzt.

Um so mehr ist es im Interesse der Gesamtheit gelegen, den ärztlichen Stand vor unnötiger Schädigung zu schützen. Nur ein Ärztestand, der ethisch auf der Höhe steht, der vor Not gesichert erscheint, kann den großen Aufgaben, die er zu erfüllen hat, gerecht werden. Es unterliegt heute wohl keinem Zweifel mehr, daß die Existenzgrundlage des ganzen Standes eine unsichere ist, und nicht nur die Ärzte sehen mit Angst in die Zukunft, sondern jeder Einsichtige wird die Tatsache, daß die Frequenz der medizinischen Fakultäten infolge der ungünstigen Erwerbsverhältnisse der Ärzte auf ein Minimum gesunken ist, mit einem gewissen Bangen konstatieren müssen.

Die Krankenkassen haben den ärztlichen Stand schwer geschädigt. Nicht die Institution als solche ist Schuld daran, sondern vor allem die Art und Weise, wie die Krankenkassen die nötige ärztliche Hilfe sich verschafft haben. In den erläuternden Bemerkungen zu dem Reformprogramm wird zu § 39 gesagt:

„Begreiflicherweise ist für die Krankenkassen bei der ihnen obliegenden Vorsorge für die Einrichtung eines ärztlichen Dienstes in erster Linie die Rücksicht auf die Erhaltung ihrer Leistungsfähigkeit, also das Bestreben maßgebend, den ärztlichen Dienst in der für die Kasse am wenigsten kostspieligen Weise einzurichten. Da nun die Kassen zufolge der Einbeziehung eines nicht unbeträchtlichen Teiles der eines ärztlichen Beistandes bedürftigen Bevölkerungskreise in ihrem Machtbereich einen gewissen Einfluß auf das Maß der Entlohnung ärztlicher Hilfe zu gewinnen vermochten, diesen Einfluß vielleicht auch mitunter übermäßig ausnutzten, ergab sich

ein Interessengegensatz zwischen Krankenkassen und Ärzten, welcher tatsächlich bald nach Inkrafttreten der obligatorischen Krankenversicherung zutage trat und sich im Laufe der Zeit immer mehr verschärfte."

Diese Ansicht der hohen k. k. Regierung entspricht den Tatsachen, nur daß anstatt der Angabe, daß die Krankenkassen ihre Macht vielleicht auch mitunter übermäßig ausnutzten, richtiger zu sagen wäre, daß die Kassen ihre Macht fast immer übermäßig ausnutzten.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten bestehen, Verträge, welche die Ärzte bei ihrer Notlage eingehen mußten, und welche die Ärzte der unglaublichsten, geradezu unmoralischen Ausbeutung von Seite der Krankenkassen ausliefern.

Obwohl nun das Reformprogramm bisher in die Versicherung nicht einbezogene große Bevölkerungsschichten in die Krankenversicherung aufzunehmen plant, sieht sich die Ärztekammer nicht veranlaßt, dieser Idee zu opponieren, sie fordert im Gegenteil sogar eine Ausdehnung der Krankenversicherung auch auf Kreise, die im Reformprogramm absichtlich aus der Versicherung ausgeschaltet erscheinen. Die Wiener Ärztekammer geht hier von der Überzeugung aus, daß ein sozialer Fortschritt nicht vermindert werden soll und darf, selbst wenn er mit einer neuerlichen Schädigung für die Ärzteschaft verbunden ist. Die Wiener Ärztekammer erwartet aber auch mit Zuversicht, daß eine Schädigung des Ärztestandes, die nicht im Wesen des Gesetzes liegt und ohne Beeinträchtigung des Zweckes der Arbeiterversicherung vermieden werden kann, von den Gesetzgebern auch tatsächlich verhütet werden wird.

Die bisherige Arbeiterversicherung ging vom Grundsatze aus, daß der erkrankte oder durch Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigte Arbeiter von den betreffenden Versicherungsinstituten eine entsprechende Unterstützung erhalte, die ihn vor dem wirtschaftlichen Untergang schützen soll. Dieser beschränkte Wirkungskreis der Arbeiterversicherungsanstalten hat sich schon längst als unzureichend erwiesen.

Nicht allein die Unterstützung während der Krankheit, sondern auch der Schutz vor Krankheiten muß in den Vordergrund gestellt werden. Es ist volkswirtschaftlich viel wichtiger, Krankheiten zu verhüten, leicht Erkrankte vor schweren Folgen der Krankheit und vor vollkommener Invalidität zu schützen, als arbeitsunfähig gewordene Arbeiter zu unterstützen. Vom ärztlichen Standpunkte aus betrachtet erscheinen prophylaktische Maßregeln nicht nur leichter durchführbar und mehr Erfolg versprechend als die Behandlung schon Erkrankter, sondern sogar als Gebot der Notwendigkeit, um die Verbreitung speziell infektiöser Volkskrankheiten einzudämmen und dadurch die Gesundheitsverhältnisse der gesamten Bevölkerung zu verbessern.

Der Kampf, den die Ärzteschaft seit Jahren namentlich gegen die Tuberkulose führt und der in Österreich bisher leider von sehr geringem Erfolge begleitet war, kann heute nur mit Hilfe einer kräftigen Organisation der Arbeiterversicherung erfolgreich durchgeführt werden.

In dem Reformprogramm ist zwar der Invalidenversicherungsanstalt diese Aufgabe zum Teile zugewiesen worden, auch den Krankenkassen ist theoretisch die Möglichkeit nicht benommen, in diesem Sinne zu wirken, tatsächlich aber wird die Invalidenversicherung für sich allein dieser Aufgabe nicht genügen können und verhindert die geplante Organisation der Krankenkassen von vornherein ein erfolgreiches Wirken derselben.

Nur große Krankenkassen können ihren Aufgaben gerecht werden.

Durch das Reformprogramm ist zwar die Möglichkeit, Krankenkassen mit weniger als 500 Mitgliedern zu errichten, benommen worden. Die Zersplitterung der Krankenkassen bleibt nichtsdestoweniger aufrecht. Auch Krankenkassen mit 500 Mitgliedern sind Zwergkassen, von einer Leistungsfähigkeit derselben, von einem Wirken in sozialhygienischer Hinsicht kann keine Rede sein. Die Grundlage dieser Kassen ist eine labile, eine Epidemie schon kann den Zusammenbruch derselben bewirken.

Die Erfahrung lehrt, daß selbst größere Krankenkassen, deren Mitglieder einem Berufe angehören, trotz starker finanzieller Belastung der Arbeiter und Arbeitgeber passiv werden, weil eben das Risiko der Erkrankung und des Ablebens bei diesem Berufe ein großes ist. Die Genossenschaftskrankenkasse der Drechsler in Wien mit einem Mitgliederstand von 6500 Arbeitern, die Krankenkasse der Buchdrucker in Wien mit 6200 Mitgliedern z. B. kämpfen seit Jahren mit Defizit. Um so weniger ist von noch kleineren Kassen zu erwarten, daß sie außer den obligatorischen Leistungen noch Mehrleistungen ihren Mitgliedern zu gewähren imstande sein werden.

Die Verwaltungslasten der kleineren Kassen sind im Verhältnisse zu den großen ganz enorm. Eine ganz ungewöhnlich große Anzahl von Verwaltungsbeamten und Vorstandsmitgliedern, denen zum großen Teil das Verständnis und die Fähigkeit zur Leitung eines solchen Institutes fehlt, erhöht die unproduktiven Auslagen der Kassen; der naturgemäß eingeschränkte Gesichtskreis der leitenden Personen bei kleinen Kassen macht eine entsprechende, großzügige, soziale Tätigkeit unmöglich.

Wenn schon bei den übrigen Kassenkategorien eine weitblickende soziale Fürsorge meist unmöglich gemacht wird infolge der geringen Mittel, die ihnen zur Verfügung stehen, sind die Betriebskrankenkassen geradezu ein Hindernis für jeden sozialhygienischen Fortschritt.

Es soll nicht geleugnet werden, daß einzelne Betriebskrankenkassen in dieser Hinsicht eine rühmliche Ausnahme machen. Es gibt aber jedenfalls zu denken, wenn in dem Berichte des k. k. Bezirksarztes Dr. Kaup über die Verhütung der Bleivergiftung in Österreich offen eingestanden wird, daß die Betriebskrankenkassen die Erkrankungen an Bleivergiftung zu verheimlichen trachten.

Die Abhängigkeit der Kassenleitung und des Kassenarztes von dem Betriebsunternehmer läßt sanitäre Übelstände in den Betrieben nicht zur Kenntnis der Behörden kommen und verhindert die Abstellung dieser Gebrechen.

Die hohe k. k. niederösterreichische Statthalterei hat in dem Erlasse vom 15. Dezember 1902, Zahl 114.099 — ein Erlaß, der, von richtigen Anschauungen ausgehend, bisher leider nur auf dem Papier steht — angeregt, daß die Krankenkassen bei der Beseitigung von gesundheitsschädlichen Zuständen in den Betrieben mitwirken mögen. Die hohe k. k. niederösterreichische Statthalterei führt aus:

„Bei dem unmittelbaren finanziellen Interesse, welches für die Krankenkassen an dem Erfolge solcher Anzeigen besteht, ist zu erwarten, daß sie eine solche Einrichtung bereitwillig treffen werden. Schwierigkeiten, die sich insbesondere bei Betriebskrankenkassen deshalb ergeben könnten, weil die Kassen und die von ihnen bestellten Ärzte unter dem überwiegenden Einflusse von Betriebsunternehmern stehen, wird in anderer Weise zu begegnen sein."

Es sind demnach auch die hohen k. k. Behörden der Ansicht, daß von den Betriebskrankenkassen in sozialhygienischer Hinsicht nicht viel zu erwarten sei, ja, daß die Einrichtungen bei denselben Verbesserungen der sanitären Verhältnisse in den Betrieben verhindere.

Nun sollen die Krankenkassen nicht nur ein finanzielles Interesse an der Verhütung von Krankheiten haben, sie sollen vor allem ein sozialpolitisches und sozialhygienisches Interesse daran haben, sie sollen für das allgemeine Wohl und für die Gesundheit der Gesamtheit von entscheidender Bedeutung werden.

Aber noch in anderer Hinsicht versagen die kleinen Krankenkassen — und klein sind Krankenkassen auch mit 1000 Mitgliedern —: die therapeutische Behandlung der erkrankten Mitglieder muß mangelhaft sein.

Kostspielige Untersuchungen und Behandlungsmethoden, wie sie die heutige medizinische Wissenschaft häufig genug erfordert, übersteigen die vorhandenen Mittel der kleinen Kassen, während sie bei großen Kassen fast gar nicht ins Gewicht fallen.

Fügen wir noch ein Moment hinzu, das minder wichtig erscheinen mag, aber doch von nicht zu unterschätzender Bedeutung gerade für die Krankenkassen und die Volkshygiene ist: die wissenschaftliche Verwertung der gewonnenen Erfahrung ist sowohl für die medizinische Wissenschaft als auch für den Sozialpolitiker nur bei großen Krankenkassen möglich. Erst die Arbeiterversicherung hat speziell für die medizinische Forschung eine ganze Reihe wichtiger

Fragen aufgeworfen, die Anschauungen über wichtige Fragen geklärt, so daß dieses Moment nicht übersehen werden darf. Die Unfallheilkunde, ein Gebiet, auf dem leider in Österreich bisher sehr wenig geschaffen wurde, da die Verhältnisse in den Unfallversicherungsanstalten eingehende Beobachtungen nicht gestatteten, wurden geradezu neu geschaffen, zum Wohle der betreffenden Kranken als auch der Institute.

Wir wollen diese Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne darauf hinzuweisen, daß das Reformprogramm die Ärzte durch die Beurteilung der Unfallsfolgen und der Invalidität vor neue, schwierig zu lösende Aufgaben stellt, die zu lösen die bisherige Ausbildung den Arzt nicht immer befähigt.

Es wäre daher von außerordentlicher Wichtigkeit und von den wohltätigsten Folgen für die Arbeiterversicherung, wenn an allen medizinischen Fakultäten Lehrkanzeln für soziale Medizin errichtet werden würden in Verbindung mit Instituten resp. Kliniken für soziale Medizin. Die geeigneten Lehrkräfte hierzu sind schon derzeit meist vorhanden oder ließen sich in kurzer Zeit ausbilden. Der Gewinn, den die Arbeiterversicherungsanstalten und die versicherte Bevölkerung hiervon haben würden, würde die geringen Kosten gewiß aufwiegen. Zu gleicher Zeit müßten die Kandidaten der Medizin bei den Rigorosen Kenntnisse aus dem Gebiete der sozialen Medizin aufweisen.

Aus all diesen Gründen spricht sich die Wiener Ärztekammer dahin aus, daß sämtliche vorhergesehenen Kategorien von Krankenkassen zu entfallen hätten und eine Einheitskasse mit freier Ärztewahl einzuführen wäre. (Schluß folgt.)

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Kais. Akademie der Wissenschaften in Wien.

Sitzung der mathem.-naturw. Klasse vom 18. Mai 1905.

Ernst Finger: Untersuchungen über die Syphilis der Affen.

Versuche, die Syphilis auf Tiere zu übertragen, wurden schon vor langer Zeit vorgenommen, aber diese Experimente durch einige Zeit, nachdem sie stets negative oder doch unsichere Resultate gaben, vollständig wieder aufgegeben. Erst die bakteriologische Ära brachte diese Versuche neuerdings auf die Tagesordnung, da, wenn es gelang, ein empfängliches Tier zu finden, neben wichtigen Fragen der allgemeinen Pathologie insbesondere die Fragen der Serumtherapie, der Gewinnung eines Schutzstoffes, der Lösung näher gebracht werden konnten.

Einen Markstein in dieser Richtung bezeichnen die Untersuchungen von Metschnikoff und Roux, die einmal die wichtige Tatsache feststellen, daß die Syphilis an anthropoiden Affen hafte und daselbst nicht nur primäre, sondern auch sekundäre Symptome hervorrufe. Weiters teilen Metschnikoff und Roux mit, daß auch manche niederen Affen, insbesondere Makaken, wenn auch recht inkonstant, eine Empfänglichkeit für das Syphilisvirus besitzen, die sich in der Setzung eines wenig charakteristischen Initialaffektes äußere. Endlich geben Metschnikoff und Roux an, daß die einmalige Passage der Syphilis durch den M. Rhesus das Virus so bedeutend abschwäche, daß auf diese Weise die Aussicht, ein Syphilisvakzin zu gewinnen, bestehe.

Neisser verhält sich auf Grund seiner Impfungen, die an den niederen Affen fast ausnahmslos versagten, an anthropoiden Affen keinen gleichmäßigen Erfolg gaben, den Ansichten Metschnikoffs gegenüber sehr skeptisch, während Kraus sich den von Metschnikoff und Roux vertretenen Ansichten zuneigt.

Die Verfasser[1]) hatten sich nun zur Aufgabe gestellt, zunächst festzustellen, ob es durch Ausbildung der Impftechnik nicht gelinge, an niederen Affen (Mak. Rhesus, cynomolgus, sinicus, Cynocephalus Hamadryas) konstante Impferfolge zu erzielen, indem nur in diesem Falle die niederen Affen als Testobjekte zur Lösung zahlreicher Fragen einen Wert hätten, und waren bei diesen Versuchen erfolgreich, indem es ihnen gelang, durch Impfung in Taschen und mittelst tiefer Skarifikationen nahezu völlig konstante Haftung zu erzielen. Von 24 mit Menschenvirus geimpften Affen hatten sie 21, von 18 mit Affenvirus geimpften 18 Haftungen, also von 42 Impfungen nur 3 Mißerfolge zu verzeichnen, wobei zu bemerken ist, daß in einem der negativen Fälle doch Erscheinungen an der Impfstelle auftraten, die den Verfassern nur zu gering waren, um den Fall als sicher positiv ansehen zu können.

Die so erzielten Erscheinungen, wenn sie auch mit dem Initialaffekte des Menschen nur entferntere Ähnlichkeit besitzen, sind doch untereinander, sowohl bei Impfung mit menschlicher als mit Affensyphilis, völlig identisch. Außerdem spricht für deren Spezifität die Tatsache, daß sie erst nach einer längeren Inkubation auftreten und ist, worauf schon von Metschnikoff und Roux hingewiesen wurde, die Inkubation mit der beim Menschen gleich. So gibt Auspitz für die Inkubation beim Menschen als Minimum 10, als Maximum 42, als Mittel 24 Tage an. In den Versuchen der Verfasser betrug die Inkubation im Minimum 10, im Maximum 42, im Mittel 22 Tage, also Zahlen, die sich fast decken.

Der Initialaffekt debutiert an den geimpften Stellen, Lidern, Augenbrauen, Unterbauch und Genitale als kleine fleckige Rötung, in deren Zentrum sich bald ein kleines Knötchen erhebt, das sich durch oberflächlichen Zerfall mit einer Borke deckt. Durch Vergrößerung des Knötchens, Zunahme des Zerfalles, Konfluenz mehrerer Affekte, entstehen größere scharfrandige, buchtig konturierte, rote, von Borken gedeckte, wenig infiltrierte Geschwüre, die nach Abheben der Borke gelblich-rotes Serum sezernieren. Die Geschwüre heilen nach längerem oder kürzerem Bestand und hinterlassen bei M. cynomolgus und C. Hamadryas intensiv pigmentierte Narben.

Auffällig war bei C. Hamadryas in mehreren Fällen nach außen von der Narbe das in Form eines Nachschubes erfolgende Auftreten schmaler, bogenförmig verlaufender serpiginöser Infiltrate, die wenig eleviert, schwarzbraun, von Schuppen gedeckt, langsam nach außen sich verschieben und für regionäre Wanderung des Virus sprechen.

Bei Impfung in Skarifikationen entstand der Initialaffekt oft dem ganzen Verlaufe derselben entsprechend, in Form eines bandförmigen Infiltrates, das sonst den gleichen Verlauf darbot.

Bei Impfung von Tier zu Tier ergaben, wie erwähnt, alle Versuche positiven Erfolg. Es ist den Verfassern gelungen, die Syphilis bei C. Hamadryas bisher in vier Generationen zu übertragen, ohne daß eine auffällige Abschwächung des Virus eingetreten wäre. Bei Impfung von Rhesus zu Rhesus oder Hamadryas war der Effekt ungleich, indem einmal eine ziemlich intensive Reaktion, andere Male eine solche eintrat, die den Eindruck der Abschwächung machte. Desgleichen gaben Impfungen von M. sinicus zu sinicus, M. cynomolgus auf Hamadryas, von Hamadryas zu Rhesus positive Erfolge, so daß die Verfasser der Ansicht Metschnikoffs, daß es durch einmalige Passage des Syphilisvirus durch den Rhesus gelingen werde, ein Vakzin zu gewinnen, nicht beipflichten können. Wohl aber erscheint es den Verfassern nicht ohne Aussicht, durch mehrmalige Rhesus-Passage Abschwächung zu erzielen, oder durch lange fortgesetzte Passagen durch Cynocephalen, ohne daß das Virus für dieselben an Wirksamkeit verlieren würde, doch eine Veränderung des Virus einem anderen, z. B. dem menschlichen Körper gegenüber herbeizuführen.

Histologische Untersuchungen mehrerer frischer und älterer Initialaffekte, der erwähnten serpiginösen Infiltrate, ergaben insbesondere mit Rücksicht auf die das Infiltrat zusammensetzenden Zellen sowie auf die Anhäufung des Infiltrates um die Gefäße und die Veränderungen dieser selbst Resultate, die denen bei Untersuchungen der menschlichen Syphilis ganz wohl entsprechen, also die Auffassung der Impfaffekte als syphilitische gleichfalls zu stützen geeignet sind.

Die Verfasser stellten ferner eine Reihe von Versuchen über die parasitizide Wirkung des Syphilitikerserums, sowie über die eventuelle immunisierende Wirkung von subkutan und intramuskulär einverleibtem lebenden und abgetöteten Syphilisvirus an. Alle diese Versuche verliefen negativ. Affen, die mit Mischungen von Syphilitikerserum aus den verschiedenen Stadien der Syphilis und Syphilisvirus geimpft wurden, zeigten ebenso typische Initialaffekte als Affen, denen längere Zeit vor der Impfung mit menschlicher Syphilis Aufschwemmungen von lebendem Virus intramuskulär oder solche von durch Erhitzen auf 60° abgetötetem Virus subkutan injiziert wurden.

Das gleiche negative Ergebnis hatten zwei therapeutische Versuche, angestellt in der Weise, daß zwei Patienten mit ganz frischer Syphilis, deren einem nur der Initialaffekt, dem anderen Initialaffekt und indolente Drüsenschwellung exzidiert worden, mit Injektionen von Serum von Affen, deren Syphilis bereits abgelaufen war, behandelt wurden. In beiden Fällen traten die sekundären Erscheinungen rechtzeitig auf.

[1]) Prof. E. Finger und Dozent Dr. K. Landsteiner, Assistent an der Lehrkanzel für pathologische Anatomie.



Reinfektionen mehrerer Affen, nachdem deren Syphilis abgelaufen war, um deren Immunität gegen Neuinfektion zu beweisen, blieben negativ.

Die Frage der Kontagiosität der tertiären Erscheinungen ist bis in die neueste Zeit kontrovers geblieben. Dem theoretischen Postulate, die tertiären Syphilisprodukte müßten Virus führen gleich den sekundären, steht die Tatsache gegenüber, daß es bisher weder klinisch noch experimentell gelang, die Kontagiosität der tertiären Syphilisprodukte, besonders des Gumma, nachzuweisen.

Zur Klärung dieser Frage stellten die Verfasser einen Versuch an, indem sie einem C. Hamadryas Material einimpften, das durch Inzision eines erweichten, noch nicht perforierten Gumma des subkutanen Gewebes in der Art gewonnen wurde, daß nicht nur der gummöse Inhalt, sondern auch die die Peripherie des Gumma konstituierende schalenartige Infiltration ausgeschabt und zur Impfung verwendet wurde. Das Impfergebnis war positiv. Nach 24tägiger Inkubation stellten sich bei dem Tiere mehrere typische Initialaffekte ein, die geringe Entwicklung nahmen und ziemlich rasch verheilten. Einer dieser Affekte wurde exzidiert und histologisch untersucht und ergab ein Bild ganz analog dem, das man bei Untersuchung der Initialaffekte bei Mensch und Affen zu sehen pflegt. Wenn die Verfasser auch die Notwendigkeit der Wiederholung dieses Versuches zugeben, stehen sie doch nicht an, sein Ergebnis als positiv zu bezeichnen.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

VII.

RIEDEL (Jena): **Geistige Schwäche und körperliche Leiden auf chirurgischem Gebiete.** (Hydrops genu per magnum.)

Im Hinblick auf einen demonstrierten Fall von mehr als mannskopfgroßem Hydrops genu bei einem Imbezillen macht RIEDEL überhaupt auf die schweren Heilungen bei Geisteskranken aufmerksam.

Madelung (Straßburg) bestreitet das entschieden. Zwar habe er eine außerordentlich große Neigung zu Knochenbrüchen bei Geisteskranken konstatieren können, doch heilten chirurgische Leiden auch bei diesen nach seinen Erfahrungen überraschend gut.

Muskat (Berlin) betont die Wichtigkeit dieser Frage, welche bei orthopädischen Operationen, die nicht selten an geistesschwachen Kindern ausgeführt werden müssen, von großer Bedeutung wäre. Er habe aber auch niemals ähnliche Erfahrungen machen können.

FRIEDHEIM (Hamburg): **Über Dauererfolge des operativ behandelten Morbus Basedowii.**

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 20 Fälle, deren Resultate beweisen, daß das einzige wirkliche Heilmittel die Operation ist, vorausgesetzt die richtige Technik. Von den 20 Fällen sind 14 Dauerheilungen. 5 Fälle sind jetzt 10—15½ Jahre alt, 7 Fälle 5—10 Jahre, zwei 4—4½ Jahre. In 5 Fällen ist Besserung eingetreten. Redner macht darauf aufmerksam, wie die ersten Mitteilungen REHNS über die Heilung des Basedow durch Entfernung der Schilddrüse mit Mißtrauen aufgenommen wurden, weil man die Struma nur für ein Symptom hielt. Den Einwurf, daß nicht die ganze Struma entfernt werde und daher doch noch Giftstoff zurückbleiben müsse, hat schon MÖBIUS bekämpft, der mit Recht annahm, daß mit diesen geringen Quantitäten des Virus der Organismus leichter fertig werde. In der Tat haben auch seine Beobachtungen einen Beweis hierfür erbracht; die Fälle, in denen nur eine Besserung zu konstatieren war, hatten noch zuviel Strumareste.

Kocher (Bern) bestätigt diese Erfahrungen vollkommen. Er hat die besten Resultate bei Frühoperationen erhalten, die man allerdings sehr selten auszuführen in der Lage ist, da die meisten Fälle erst nach längerer interner Behandlung in die Hände des Chirurgen gelangen. Er macht aber darauf aufmerksam, daß die Operation in bezug auf das plötzliche Sinken des Blutdrucks sehr gefährlich ist und die größte Aufmerksamkeit erfordert. Man solle, so führt KOCHER weiter aus, an alle Internen die Mahnung richten, die Fälle vor einer längeren medikamentösen oder sonstigen Behandlung zur Operation zu schicken.

GARRÉ (Königsberg i. Pr.): **Über die Naht von Lungenwunden.**

GARRÉ hat aus der Literatur 700 Lungenverletzungen zusammengestellt und ist zu folgenden Ergebnissen gelangt: Bei der im ganzen 47% betragenden Mortalität zeigte sich kein Unterschied vor oder nach der antiseptischen Ära. Die Todesursachen waren entweder innere Verblutung oder Spannungspneumothorax. Es konnte in vielen Fällen konstatiert werden, daß ein kräftiges Anziehen der Lunge an die Brustwunde sofort Erleichterung der Atmung und Aufhören des Kollapses bewirkte, daß, je länger eine Lungenwunde offen war, umso schwerere Schädigungen für die Lunge selbst und für das Herz eintraten, daß die möglichst schnelle Naht die beste Therapie war. Zu den im ganzen bis jetzt primär genähten 8 Fällen kann er einen neunten hinzufügen, der geheilt ist, so daß die gesamten 6 Heilungen die Berechtigung des operativen Eingriffs also eklatant beweisen. Allerdings will er die Thorakotomie nur für die profusen Blutungen und den Spannungspneumothorax aufgespart wissen. In bezug auf die Technik will GARRÉ bemerken, daß die Verletzten weder die Narkose vertragen, noch Morphium. Die Thorakotomiewunde soll so groß angelegt werden, daß man unter Umständen mit der ganzen Hand hineingehen kann, da die Verletzung nicht immer leicht zu finden ist. Die Lunge wird sofort in die Wunde hereingezogen und eine tiefe Naht, nicht zu weit vom Rande, damit die größeren Abschnitte der Lunge nicht atelektatisch werden, angelegt. Die Wunden in der Nähe des Hilus können gewöhnlich nicht genäht, sondern nur tamponiert werden. Es folgt die Toilette und die Tamponade der Pleura.

Auf die Frage REHNS, wie die Pleurahöhle behandelt wird, antwortet GARRÉ, daß der Verschluß der Pleurahöhle wohl selten zu wagen sei, sondern nur eine Tamponade. Bei zweifelhaften Fällen lege er unten eine Drainage und oben einen Tampon. Demgegenüber empfiehlt REHN dringend, den vorläufigen Abschluß der Pleurahöhle, wenn man auch später noch einmal öffnen müßte, weil man dadurch die Patienten am besten über die gefährliche Zeit der mechanischen Zirkulationsstörung hinwegbringt.

Auch **König** (Berlin) ist für sofortigen Schluß der Pleurahöhle. Er geht auf die modernen Apparate für die Operationen am Thorax ein und bemerkt dazu, daß die Verletzungen nicht da passieren, wo die Apparate sind, und daß man viel im Thorax und an der Lunge operieren kann, auch ohne diese Apparate, wenn man nur eine einseitige Eröffnung vor sich hat. Aber der Mensch braucht auch nicht jede subkutane Verletzung der Lunge zu nähen. Sie verträgt sehr viel und man sieht oft überraschend schnell ohne weiteres Heilung eintreten. Ist aber entweder ein großes Lungengefäß oder ein Bronchialast vielleicht zweiter Ordnung getroffen, dann ist der Zustand hoffnungslos und dann hilft auch keine Naht mehr. Man kann sie entweder nicht anlegen oder sie schließt nicht.

GARRÉ glaubt, daß man einen größeren Bronchialast doch wohl durch die Naht schließen könne.

SAUERBRUCH (Breslau) demonstriert an Tafeln **einige experimentelle Versuche zur Ösophaguschirurgie** und die dazu gehörigen Präparate.

BRAT (Berlin) zeigt einen Atmungsapparat, der mit automatischer künstlicher Atmung Sauerstoffzufuhr verbindet und für derartige Operationen die SAUERBRUCHsche Kammer ersetzen soll.

Kuhn (Kassel) bemerkt, daß auch die perorale Tubage zur Überdrucknarkose gebraucht werden kann.

Bockenheimer (Berlin) bestätigt die Nützlichkeit des BRATschen Apparates, der ihm bei verschiedenen intrathorakalen Operationen am Tier manche Vorteile vor der SAUERBRUCHschen Kammer aufzuweisen schien.

Brauer (Marburg) hält jede Form der künstlichen Atmung mit noch so schönen Apparaten für einen Rückschritt gegen die SAUERBRUCHsche Idee.

---

22. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

VII.

KAMINER und **E. MEYER** (Berlin): **Experimentelle Untersuchung über die Bedeutung des Applikationsortes für die Reaktionshöhe bei diagnostischen Tuberkulininjektionen.**

Vortr. haben bei Iristuberkulose des Kaninchens eine etwas stärkere Temperaturreaktion gefunden durch Einspritzung am Locus morbi als subkutan, bei Lungentuberkulose durch tracheale Injektion aber eine geringere. Dies ist also keine Verbesserung für die diagnostische Verwertung des Tuberkulins.

Burghart (Dortmund): Die Höhe der Reaktion beim Menschen ist nicht allein abhängig von der Intensität der Erkrankung und der Höhe der Dosis, sondern auch von der Widerstandsfähigkeit des Kranken. Bei Rekonvaleszenten von akuten Infektionskrankheiten sei man sehr vorsichtig mit der diagnostischen Verwertung einer einmaligen Reaktion.

STÄUBLI (München): **Klinische und experimentelle Untersuchungen über Trichinosis.**

Vortr. hat durch Versuche an Meerschweinchen nachgewiesen, daß die Verbreitung der Trichinen auf dem Wege des Blutkreislaufes stattfindet, und zwar mittelst der Embryonen, welche Vortr. im Sediment



des aspirierten Herzblutes massenhaft fand, bereits vom 7. Tage der Infektion an. Die Blutuntersuchungen beim trichinenkranken Menschen — zwei Beobachtungen, die unter dem Bilde des Typhus verliefen — ergaben anfangs Veränderungen im Sinne einer leichten Anämie, erst später tritt Hyperleukozytose und dann speziell Eosinophilie auf, die vor dem Tode rasch abfällt. Im Darm findet sie sich nicht.

Fr. Pick (Prag): **Über Influenza.**

Selbst bei Epidemien kann man zuweilen die Influenzabazillen im Sputum nicht nachweisen. Die Diagnose darf deshalb nicht davon abhängig gemacht werden.

Jochmann (Breslau) bestätigt dies und bemerkt, daß sich andrerseits zuweilen die Influenzabazillen bei anderen Krankheiten ohne entsprechende klinische Erscheinung finden.

Schwenkenbecher (Straßburg): **Wasserhaushalt und Kochsalzwechsel im Fieber.**

Untersuchungen an 9 Typhuskranken 8—10 Tage lang bei gleichmäßiger Diät mit konstantem Wasser- und Kochsalzgehalt. Analyse der Nahrung, Harn und Kot. Die Wasserretention findet sich nicht immer und in wechselnder Stärke, sie ist meist nur vorübergehend wie bei manchen anderen fieberlosen Krankheiten. Auch die Kochsalzretention ist kein konstantes Symptom, sondern auch hier kam Schwankung vor wie bei Gesunden. Durch den Schweiß geht viel NaCl verloren, was bei der Bilanzberechnung nicht zu übersehen ist!

Albrecht (Frankfurt a. M.): **Neue Beiträge zur Kenntnis der roten Blutkörperchen.**

Die Untersuchungen zur Kenntnis der fettartigen Oberflächenschichte der roten Blutkörperchen sind zum Teil gemeinsam mit Hedinger und Liefmann ausgeführt. Der Schmelzpunkt der Hülle wurde für verschiedene Tierarten etwas verschieden, zwischen 50 und 53° C schwankend gefunden, für das gleiche Blut in verschiedenen indifferenten Suspensionsmedien gleich (vor allem wurden Rohrzucker- und Kochsalzlösungen verwendet). Möglicherweise bestehen Beziehungen zwischen der Höhe des Schmelzpunktes der lipoiden Hülle und demjenigen des Körperfettes, da Schaf, Ziege, Rind regelmäßig die höchsten Schmelzpunkte aufwiesen. Bei der Hämolysentemperatur kommen entweder Einwirkungen auf die Eiweißkörper des Blutkörperchens oder auf eine zweite von Albrecht bei 63° mit heißem Alkohol extrahierte fettartige Substanz, vielleicht auch auf eine nur zum Teil aus der lipoiden Substanz gebildete innerste Hülle der zu Kugeln umgeformten Erythrozyten in Frage. Bei allen Arten chemischer Hämolyse — hierzu gehört auch die Serumhämolyse — geht dem Hämoglobinaustritt ein durch das Auftreten der von Albrecht sogenannten Kugelstechapfelform und Kugelform der roten Blutkörperchen charakterisiertes Stadium voraus, in welchem die fettartige Hülle schwindet. Auch die Hämolyse durch verdünnte Salzlösungen und destilliertes Wasser geht durch dieses Stadium; die osmotische Theorie dieser Veränderungen hat nur bis etwa zu den isotonischen Grenzkonzentrationen abwärts Geltung. Bei Zusatz größerer Mengen physiologischer Kochsalzlösung zeigte sich die paradoxe Erscheinung, daß hier Kugelstechapfelformen, weiterhin Kugelformen auftreten, was Albrecht auf Grund zahlreicher Kontrollversuche mit Wahrscheinlichkeit auf die Massenwirkung der in allen diesen Lösungen enthaltenen freien Ionen zurückführt. Sowohl für die Technik der Untersuchung in Salzlösungen als für die intravenöse Injektion von Kochsalzlösungen ergeben sich hieraus Versuchsmaßregeln. In einem Fall von Lipämie bei Diabetes fand Albrecht, daß die Erythrozyten erst bei höherer Temperatur als gewöhnlich und in abweichenden Formen Tröpfchen abschnürten.

Singer (Wien): **Zur Diagnose der Appendizitis.**

Das Symptomenbild der chronischen Appendizitis kann vorgetäuscht werden durch die Gallensteinkolik und die damit in Zusammenhang stehenden Erkrankungen der Gallenblase und Leber, ferner durch Nierensteinkolik, durch Darmparasiten, besonders Oxyuris vermicularis im Appendix, bei Lageanomälien des Uterus, chronischen Erkrankungen der weiblichen Adnexe und chronische Prostatitis. Zu dem von Nothnagel 1899 beschriebenen Krankheitsbilde der Pseudoappendizitis trägt Vortr. 5 Fälle bei, wo nach Resektion des Wurmfortsatzes die alten Beschwerden wiederkehrten. Die Erklärung für solche Verwechslungen sucht der Vortr. hauptsächlich in der Mehrdeutigkeit der für Appendixaffektionen als charakteristisch angesehenen klinischen Phänomene, wobei sich seine Erörterungen auf die chronische Form der Appendizitis beziehen. Als wesentlichste Merkmale für die Annahme einer Appendixerkrankung dieser Kategorie sind anzusehen der Schmerz in der Ileozökalgegend, der Druckschmerz am Mc. Burneyschen Punkt und die Palpationsbefunde in der rechten Darmbeingrube; letztere verwirft der Vortr. mit Treves als absolut unzuverlässig, da sie häufig fühlbaren Kontraktionen der Bauchmuskeln entsprechen. Ebenso wenig entspricht der Mc. Burneysche Punkt der Insertionsstelle des Appendix, sondern meist der Lage der Ileozökalklappe. Eine Empfindlichkeit am pathognomonischen Punkt findet sich bei entzündlichen Dickdarmerkrankungen und auch bei gesunden Individuen. Ein gespanntes, schmerzhaftes Zökum kommt nach Obrasztow häufig bei an chronischer Obstipation Leidenden vor; Vortr. hat diesen Befund sehr häufig auch bei der spastischen Form der Obstipation angetroffen. Er erinnert an den von Glénard bei der Viszeralptose beschriebenen Befund des Boudin coecal, dessen Kompression einen Distanzschmerz gegen das linke Hypochondrium und die Lumbalgegend hin erzeugt (Zökalgie).

Die gleichen Symptome entstehen auch bei harmlosen funktionellen Neurosen, speziell der spastischen Obstipation, was ex juvantibus aus dem raschen Erfolg kalmierender Maßnahmen mit großer Sicherheit erschlossen werden kann. Die Erklärung für die Zökaldehnung und den Ileozökalschmerz in diesen Fällen ist auf mechanische Weise zu geben, da hier nur der spezielle Fall einer Stenose, die Krampfstenose im untersten Darmschnitte, vorliegt. Identische Krankheitsbilder kommen schließlich bei inneren Hämorrhoidalknoten, bei Sexualneurosen (Masturbation usf.) vor. Vortr. zitiert einen sehr charakteristischen Fall von Pseudoappendizitis aus seiner Spitalsbeobachtung, bei welchem die Operation durchaus normale Verhältnisse ergab und kurz nach derselben alle Krankheitserscheinungen neuerlich rezidivierten. Bei hysterischen und nervösen Individuen wird die Erkrankung nicht selten auf dem Wege der psychischen Infektion propagiert und vorgetäuscht.

Laquer (Wiesbaden): **Sozial-Hygienisches aus den Vereinigten Staaten.**

In Nordamerika hat Vortr. im Auftrage der Gräfin Bose-Stiftung der Berliner Fakultät die Entwicklung, die Erfolge und den Stand der Temperenzbewegung studiert. Den Minderkonsum an alkoholischen Getränken drüben (im Verhältnis zu dem in Deutschland wie 2 : 3) führt Vortr. auf das Klima, die Einwirkung der Schule, des Sports, auf die besseren Trinkgewohnheiten, besonders der Universitäten, den reichlichen Zucker- und Obstgenuß zurück, vor allem auf die bessere energiereichere Nahrung der Lohnarbeiterklasse. Während in Deutschland pro Kopf 40 *kg* Fleisch jährlich verbraucht werden, verzehrt der amerikanische Arbeiter 47 *kg*; um $^1/_4$ mehr Fette in der Nahrung und um $^2/_3$ weniger an Kohlehydraten (Brot, Kartoffel), bei uns herrscht in der Arbeiterklasse zum Teil Unterernährung, über welche der Alkoholgenuß als großer Betrüger hinwegtäuscht. Der Kampf gegen den Alkoholismus soll das „Gotenburger System" auf den Arbeitsstätten einführen; die Kantinen müssen gemeinnützig geführt werden, der hohe Profit an den Getränken soll wegfallen oder der Verbilligung und Verbesserung der Speisen und der Alkoholersatzgetränke dienen, denn der gut und rationell Genährte benötigt den Alkohol nicht. Die Lohnarbeiter als Konsumenten werden allmählich lernen müssen, anstatt Bier und Schnaps Ersatzgetränke, wie Kaffee, Kakao, Milch, Suppen, Fruchtsäfte während der Arbeitspausen sich zuzuführen und dadurch sowie durch Obstgenuß auch das Durstgefühl besser zu stillen, bzw. zu mindern. Drüben ist in 50% von 7000 Betrieben jeder Alkoholgenuß während der Arbeit verboten, die Frühstücks- und Vesperpausen sind unbekannt, die Arbeitszeit ist schon dadurch eine um 15% kürzere als bei uns. Der Aufschwung der amerikanischen Industrie beruht zum Teil auf diesen Verhältnissen, andrerseits ist das frühzeitige Erschöpftsein der amerikanischen Arbeiter zahlenmäßig nachzuweisen; es herrscht eben die äußerste Ausnutzung der Kräfte.

Vortr. richtet die Bitte an die Ärzte, der Alkoholfrage am Krankenbette, in Kranken- und Irrenhäusern, als Kassen-, Eisenbahn- und Unfall-Ärzte noch mehr Beachtung zu schenken.

Julius Weiss (Wien): **Zur Kenntnis neuer Krankheitstypen der Neuralgie, Neurosen und des Rheumatismus.**

Ursprünglich einfache Krankheitszustände haben sich durch vielfache Beobachtungen als Komplex verschiedener pathologischer Zustände erwiesen. Dies läßt sich auf drei Krankheitsgebieten deutlich verfolgen: Neuralgie, Neurose, Rheumatismus. Das Forschen nach „nosologischen Einheiten" und der Kampf um den Bestand derselben läßt sich an der Bernhardt-Rothschen Krankheit deutlich nachweisen. Durch einwandfreie Fälle typischer Art läßt sich die selbständige Existenzberechtigung der Meralgia paraesthetica begründen. Es gibt an verschiedenen Körperstellen Neuralgien verschiedener Art. Eine solche findet man in der Gegend des Herzspitzenstoßes als eigenen Krankheitstypus. Auch auf dem Gebiete der Neurosen lassen sich stets neue pathologische Zustände selbständig abgrenzen. Zu diesen gehören Zwangszustände besonderer Art (Agoraphobie, Agoraphobia paradoxa etc.), bei denen als gemeinsames ätiologisches Moment sexuelle Abstinenz nachweisbar ist.



Als selbständige Form des Gelenkrheumatismus ist ein chronischer bemerkenswerter Krankheitszustand, aus schmerzfreien Intervallen und heftigen akuten Attacken bestehend, zu beobachten, welcher beweist, daß der gonorrhöische Infekt jahrelang schlummern kann, um plötzlich wieder — und zwar in den Gelenken — zu erwachen.

Ebenso gibt es Fälle von chronischem Rheumatismus ohne Gelenkaffektionen, denen typische Gewebsveränderungen (subkutanes Zellgewebe, Muskulatur) zugrunde liegen. Er zeigt typische Lokalisationen (Ansatz des M. deltoideus, M. cucullaris, Kreuzbeingegend etc.), täuscht Ischias oft vor und wird ätiologisch mit Unrecht durchaus der harnsauren Diathese zugeschoben.

Gürich (Parchwitz): **Die tonsillare Radikaltherapie des Gelenkrheumatismus.**

Dem Gelenkrheumatismus liegt in den meisten Fällen ein chronischer Eiterherd in den Tonsillen als Ausgangspunkt zugrunde. Der Eintritt des Virus erfolgt durch akute Exazerbationen der chronischen Entzündung. Vortr. führt folgende Beweise dafür an: Die chronische Mandeleiterung findet sich in fast allen Fällen von Gelenkrheumatismus. Durch künstlich herbeigeführte Exazerbationen der Mandelentzündung kann man bei Rheumatikern experimentell einen Anfall von Rheumatismus erzeugen. Durch Beseitigung der Mandeleiterung schwindet der Rheumatismus. Dies führt zur tonsillaren Therapie des Gelenkrheumatismus; dieselbe besteht in einer totalen, frontalen Spaltung der vereiterten Mandelgruben und der nachfolgenden Entfernung des infektiösen Mandelgewebes mittelst einer Doppelcurette. Dies geschieht in mehreren Sitzungen. Jeder Eingriff an den Tonsillen des Rheumatikers ist von einer vorübergehenden Verstärkung der rheumatischen Erscheinungen gefolgt.

Notizen.

Wien, 9. Juni 1905.

(Wiener Ärztekammer.) Einer der letzten Vorstandssitzungen dieser Kammer lag eine Eingabe ihres Schriftführers Dr. Krips vor, in welcher sich derselbe in Widerspruch mit mehreren Punkten der zurecht bestehenden Standesordnung und außerstande erklärt, über die „meisten in der Standesordnung als Vergehen stigmatisierten Delikte, die von den Kollegen nur aus Not begangen werden“, einen verurteilenden Spruch zu fällen. Er lege daher sein Amt als Mitglied des Ehrenrates in die Hände des Kammerplenums zurück. — Dieser Schritt des Kollegen ist ein trauriges Zeichen der Zeit, eine Konsequenz der jammervollen Lage unseres Standes. Ein Vorstandsmitglied einer Kammer, in deren Programm als ein Hauptpunkt die Bekämpfung des Annoncierens steht, ein Kollege, den das Vertrauen der Kollegen zum Richter und Wahrsprecher erwählt, kann es mit seinem Gewissen nicht länger vereinbaren, einen Schuldspruch über jene zu fällen, die sich aus bitterer Not, um ihren Kindern das tägliche Brot herbeizuschaffen, in Gegensatz zur Standesordnung stellen, die nur ihr mit mühevollem Fleiße errungenes Diplom nutzen, ein redlich erworbenes Kapital nutzbringend verwerten wollen. Er will nicht mehr verdammen, wo er bemitleiden muß, nicht mehr aburteilen, da ihn menschliches Mitempfinden begreifen und verzeihen lehrt. — Wir können den Schritt des Kollegen verstehen und würdigen, wiewohl wir ihn vom Standpunkte der Allgemeinheit aus nicht durchaus zu billigen vermögen.

(Zur 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte) berichtet man uns unterm 26. Mai aus Meran: Großem Interesse dürften die Vorträge über Pellagra, die unter der armen Landbevölkerung Welschtirols endemisch hausende und alljährlich zahlreiche Opfer fordernde Krankheit, zu deren Studium und Bekämpfung seit Jahren in Österreich eine eigene Kommission besteht, begegnen. Da sich an den Vorträgen über dieses sehr aktuelle Thema und an der Diskussion nambafte Kliniker und Hygieniker beteiligen werden, ist ein praktischer Nutzen für die Ätiologie der Erkrankung und für deren Therapie zu erwarten. Die für die einzelnen Abteilungen nötigen Versammlungslokale — 31 — sind vollständig ausfindig gemacht und sind diesbezüglich der Landesschulrat sowie die lokalen Schulbehörden der Geschäftsführung in anerkennender Weise entgegengekommen, indem Räume im k. k. Obergymnasium und in den Volksschulen bereitwillig zur Verfügung gestellt wurden; ebenso haben Besitzer von Hotels und Vergnügungsetablissements sich zur Überlassung geeigneter Lokale für Sektionssitzungen bereit erklärt. Die Hauptversammlungen finden in der über 3000 Personen fassenden Festhalle, im Stadttheater, im Kurhaussaale statt. Vergnügungs- und Wohnungsausschuß sind auch tüchtig an der Arbeit. Der erstere hat bereits das ganze Programm festgelegt. Hauptpunkte der Unterhaltungen sollen das Volksschauspiel, Bilder aus dem Tiroler Leben, in der Festhalle gestellt, Veranstaltungen auf dem Sportplatze und eine Illumination bilden. Das Wohnungskomitee glaubt auf einen Besuch von rund 5000 Personen an den Festtagen — unsere ständigen Herbstgäste dabei miteingerechnet — gefaßt sein zu müssen und hat daher bereits einen Aufruf um Angabe freier Wohnungen im Kurbezirke erlassen.

(Universitätsnachrichten.) Wirklicher Geh. Rat Prof. Dr. Moritz Schmidt in Frankfurt a. M. ist von der theologischen Fakultät in Marburg zum Doctor honoris causa, die a. o. Professoren Dr. Kuznetzow und Dr. Neznamow in Warschau sind zu Ordinariis, der erste für Chirurgie, der zweite für Ophthalmologie, ernannt worden. — Die königliche medizinische Akademie in Rom hat den Professor für physiologische Chemie in Straßburg Dr. Franz Hofmeister zum Ehrenmitgliede ernannt.

(Personalien.) Der Privatdozent Dr. Wilhelm Türk ist zum Primararzte II. Kl. im Stande der Abteilungsvorstände der Wiener k. k. Krankenanstalten, der Landessanitäts-Inspektor Dr. Vinzenz Slavik zum Direktor des Allgemeinen Krankenhauses in Prag, der Schloßarzt in Laxenburg Dr. Eduard Benoni zum Hofarzte II. Kl. und Adolf Irtl zum Hofarzte III. Kl. ernannt worden.

(Militärärztliches.) Der Ob.-St.-A. II. Kl. Dr. Nikolaus Csáp ist zum Oberstabsarzte I. Kl., St.-A. Dr. Julius Gezr de Nyirmegyes zum Oberstabsarzte II. Kl., die Reg.-Ärzte I. Kl. und DDr. Ludwig Görlös, Gabriel Csejdi, Ludwig Lichtenegger und Ladislaus Wittchen sind zu Stabsärzten, die Reg.-Ärzte II. Kl. und DDr. Ludwig Magyar, Zóltán Meskó, Stephan Kovács und Alexander Karesai sind zu Regimentsärzten I. Kl., Reg.-A. II. Kl. Dr. Bela Tabajdi ist zum Gardearzte ernannt worden.

(Habilitationen.) Dr. Gustav Wunschheim v. Lilienthal hat sich als Privatdozent für Zahnheilkunde an der Wiener Universität, Dr. Otto Marburg für Neurologie an der nämlichen Hochschule und Dr. Kamill Lhoták Ritter v. Lhota für Pharmakologie an der böhmischen Universität in Prag habilitiert.

(Die internationale Vereinigung der medizinischen Fachpresse in Bern) hat folgenden Beschluß gefaßt: „In Anbetracht, daß gewisse Autoren die Gewohnheit haben, ihre Arbeiten in mehreren Fachblättern gleichzeitig zu veröffentlichen, ohne davon den Redaktionen gebührend Mitteilung zu machen, in Anbetracht ferner, daß dieses Verfahren die Orientierung in der medizinischen Literatur und die Feststellung von Prioritätsansprüchen wesentlich erschwert, in Anbetracht endlich, daß die Rechte der Verleger, welche diese Arbeiten übernommen haben, dadurch verletzt werden, erklärt die Berner Konferenz die Veröffentlichung einer und derselben Arbeit in verschiedenen Fachblättern ohne ausdrückliche Genehmigung des ersten Verlegers für unstatthaft. Die Mitglieder des Verbandes sind infolgedessen berechtigt, von den Autoren, welche ihnen eine Originalarbeit anbieten, die Erklärung zu verlangen, daß diese Arbeit noch nicht veröffentlicht ist und auch nicht anderswo veröffentlicht werden soll.“

(Aus der mährischen Ärztekammer.) Dieser Kammer lag kürzlich ein Ansuchen des Vereines deutscher Gemeindebeamten in Mähren vor, daß die Ärzte, wenn sie für ein Mitglied dieses Vereines für die österreichische allgemeine Unfallversicherungsgesellschaft bei Unfällen ein Attest ausstellen, auf das Honorar hierfür verzichten mögen und daß dies der Versicherungsgesellschaft von seiten der Kammer mitgeteilt werde. Die Kammer hat dieses Ansuchen in durchaus richtiger Weise beantwortet. Sie sagte nämlich, daß die materielle Lage der Gemeindebeamten sehr verschieden und vielfach eine gute sei, daß sie somit einen solchen Pauschalnachlaß nicht zugestehen könne. Es müsse den Ärzten überlassen bleiben, im einzelnen Falle nach Maßgabe der speziellen Verhältnisse des vom Unfalle Betroffenen auf das Honorar für Unfallatteste zu verzichten oder nicht. Leider sind diese Verhältnisse erfahrungsgemäß zumeist so, daß den

Ärzten nichts übrig bleibt, als materiell ganz gut Situierten einen solchen Nachlaß zu gewähren.

(Statistik.) Vom 28. Mai bis inklusive 3. Juni 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8285 Personen behandelt. Hiervon wurden 1830 entlassen, 198 sind gestorben (9·7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 67, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 9, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 50, Scharlach 61, Masern 417, Keuchhusten 72, Rotlauf 30, Wochenbettfieber 2, Röteln 61, Mumps 20, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 642 Personen gestorben (— 109 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Prag-Bubentsch Dr. KARL DORANTH, im 38. Lebensjahre; in St. Petersburg der ehemalige Ordinarius für Histologie Geh. Rat Prof. Dr. SAWARYKIN; in London Dr. EVERETT DUTTON, Mitglied der englischen Expedition zur Erforschung der Trypanosomiasis in Zentralafrika.

Badgastein. Anläßlich einiger hierher gelangter Anfragen, ob in Badgastein eine Typhusgefahr besteht, erklärt die Kurkommission, daß allerdings im Vorjahre zu Ende der Saison einige Erkrankungen an Typhus vorgekommen sind, welche ihren Ausgangspunkt von einer einzelnen bestimmten Trinkwasserquelle nahmen.

Diese Quelle wurde sogleich untersucht und für immer gesperrt, das betreffende Haus mit Trinkwasser aus einer anderen, tadellosen Quelle versehen.

Nach Schließung dieser verdächtigen Quelle ist gegenwärtig der ganze Kurort mit Wasser aus hochgelegenen, sorgfältig gefaßten, von Hofrat LUDWIG analysierten besten Quellen versehen, so daß jede Infektion durchaus ausgeschlossen ist.

Die Wasserheilanstalt Kreuzen bei Grein in Oberösterreich ist von der Natur aus zu einer Heilstätte geschaffen worden und gehört zu den ältesten, beliebtesten und am meisten besuchten Etablissements dieser Art. Sie ist in den fichtenreichen Donaubergen zirka 500 *m* hoch in einer paradiesischen Gegend gelegen mit einer stets reinen, milden Luft, herrlichen Nadelholzwaldungen und entzückenden Fernsichten. Der Eigentümer und ärztliche Leiter Herr kaiserlicher Rat Dr. OTTO FLEISCHANDERL hat keine Kosten gescheut, um dieser Anstalt durch mannigfache prächtige Zubauten, wie Bäderhaus mit Wandelbahn, Gartensalon, Speisesäle, Kurhaus, Festsaal, Familienvilla, elektrische Beleuchtungsanlagen etc. sowie durch Einführung aller modernen Kurbehelfe, wie Diät- und elektrische Kuren, elektrische Licht-, Zwei- und Vierzellenbäder, Luft- und Sonnenbäder, Liegekuren im Freien, kohlensaure Bäder, Massage, Mastkuren etc., das Gepräge eines erstklassigen, mit allem Komfort ausgestatteten Kurortes zu verleihen.

Lysolvergiftung. Ein kürzlicher Unglücksfall in Berlin, wobei eine Frau sich und ihre 3 Kinder mit Lysol vergiftete, hat Anlaß dazu gegeben, daß mehrere deutsche Blätter den Ersatz des Lysols in der ärztlichen Hebammenpraxis durch das ungiftige Lysoform forderten. Es wäre sehr erwünscht, wenn auch in Österreich Statistik über die jährlichen Vergiftungsfälle mit Lysol geführt und der Gebrauch des Lysoform gesetzlich angeordnet werden würde.

Häusliche Trinkkuren. Für viele Leidende, die während der Sommermonate Karlsbad, Marienbad und andere Kurorte zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit besuchen, ist es notwendig, die Mineralwasser-Trinkkuren zeitweilig auch zu Hause wieder aufzunehmen. All denen, die solche häusliche Trinkkuren gebrauchen, sei hiermit in Erinnerung gebracht, wie vorteilhaft es ist, vor dem Gebrauch der Kur zu einem diätetischen Mittel zu greifen, um den Organismus durch Entlastung von den das Blut beschwerenden Stoffen für die Kur vorzubereiten. Als ein solches Diätetikon gelten vorzugsweise die natürlichen alkalischen Sauerbrunnen, zu deren vorzüglichen Repräsentanten der Krondorfer gezählt wird. Die Assimilierungsfähigkeit des Krondorfer Sauerbrunnens ermöglicht es, daß er selbst bei den zartesten Naturen mit Erfolg und Vorteil genossen wird, und auch während dieser häuslichen Trinkkuren wird der Krondorfer mit Vorliebe von den Ärzten vielfach empfohlen.

Patent-Bericht,

mitgeteilt vom Patentanwalt Dr. FRITZ FUCHS, diplomierter Chemiker, und Ingenieur ALFRED HAMBURGER, Wien, VII., Siebensterngasse 1. Auskünfte in Patentangelegenheiten werden Abonnenten dieses Blattes unentgeltlich erteilt. Gegen die Erteilung unten angeführter Patentanmeldungen kann binnen zweier Monate Einspruch erhoben werden. Auszüge aus den Patentbeschreibungen werden von dem angeführten Patentanwaltsbureau angefertigt.

Deutsches Reich.

Kl. 30 a. REINIGER, GEBBERT & SCHALL, Berlin. Federndes Rohr zur Aufnahme des optischen Teiles für Instrumente zur Besichtigung von Körperhöhlen.

Kl. 30 a. HEINRICH [illegible], Heidelberg. Chirurgischer Fräsapparat mit pistolenartigem Handgriff und durch Daumendruck beweglicher Einschalt- und Vorschubvorrichtung.

Kl. 30 a. KARL ARTUR WECK, Ohligs. Hühneraugenhobel.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei: von **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Orthoform-Neu"**, von **Kalle & Co., Akt.-Ges.** in **Biebrich a. Rh.** über **„Bismutose"** und der **Chemischen Fabrik J. D. Riedel, Akt.-Ges. in Berlin** über Verwendbarkeit des **„Bornyval"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 18. Juni 1905. Nr. 25.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über Operationen bei gleichzeitig bestehenden Infektions- und Stoffwechselkrankheiten.

Von **Dr. Julius Sternberg**, Wien*).

M. H.! Die Wechselwirkungen von physiologischen und pathologischen Zuständen aufeinander gehören zu den interessantesten Problemen in der Pathologie. Es wurden durch die Erforschung ihres Verhaltens viele dunkle Erscheinungen im Verlaufe der Krankheiten aufgehellt, sie wurden auch mit großem Erfolge, wie in der Stauungstherapie, direkt zur Heilwirkung verwendet.

Diese Wechselbeziehungen haben für alle Gesichtspunkte, von denen aus wir eine Krankheit klinisch zu beurteilen gewohnt sind, große Bedeutung; in ganz besonderem Maße ist dies aber für die Indikationsstellung zum therapeutischen Handeln und für die Aufstellung der Prognose der Fall.

Werden wir doch vom Beginn unserer ärztlichen Schulung zur Einsicht gebracht, daß nur in der präzisen Indikationsstellung für jede Therapie das Resultat unserer Tätigkeit seine letzte Ursache findet.

Wie wichtig solche Probleme schon bei physiologischen Vorgängen werden, zeigt die große Beachtung, welche wir den Krankheiten schenken, die während einer Gravidität den mütterlichen Organismus befallen. Speziell die Vornahme von Operationen an Schwangeren ist im Wechsel der pathologischen Auffassungen und mit den Fortschritten der chirurgischen Technik öfters in feste Gesetze gefaßt worden.

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 10. April 1905.

Gleich bedeutsam muß die Konkurrenz von pathologischen Zuständen mit Krankheiten, welche operatives Eingreifen erfordern, betrachtet werden.

Es ist begreiflich, daß der Chirurg seine Mittel ganz besonders dem allgemeinen Zustande der Patienten anpassen muß, weil ja das Gelingen seiner Arbeit noch von vielen außerhalb des kranken Organismus liegenden Faktoren abhängt und er dabei vom Organismus möglichst viel Unterstützung verlangen und sich rechtzeitig versichern soll, daß kein Teil desselben im Notfall versagt.

Wir müssen nur bedenken, wie selten wir einen normalen Menschen mit einer isolierten Erkrankung vor uns haben. Es mag eigentlich nie der Fall sein. Wie häufig hören wir es direkt: „Außerdem fehlt's noch da und dort."

Wir stünden also, insbesondere beim Vorhandensein irgend einer anderen organischen Erkrankung, stets vor der Möglichkeit, daß der Erfolg einer Operation wesentlich verringert oder ganz vereitelt werden kann.

Es geschieht nur allzu oft, daß sich an einen gelungenen Eingriff bei Patienten, welche zur Zeit an einem organischen Übel mit nur wenigen oder noch ganz ohne Beschwerden gelitten hatten, eine wesentliche Verschlimmerung dieser Erkrankung, ein langes Siechtum anschließt.

Denken wir an eine beginnende Leberveränderung, welche bis dahin symptomenlos geblieben ist, an eine funktionell nicht auffällige Nierenerkrankung, an ein Emphysem leichteren Grades, an einen bisher ganz gut kompensierten Herzfehler, so haben wir reichlich Erfahrungen, wie unmittelbar nach der Operation sich die anatomischen Verhältnisse ändern und entweder rasch zur weitgehenden oder gar völligen Insuffizienz des betreffenden Organs führen oder sich erst spät

unter Zurücklassung dauernder schwerer Störungen zum Teil wieder rückbilden.

Als Ursachen solcher Vorkommnisse können bekanntlich alle Details, welche den Akt der „Operation" zusammensetzen, angesehen werden.

Die psychischen Einflüsse haben ebenso ihren Anteil daran wie die Gifte, welche zum Zwecke der Anästhesierung in den Körper eingeführt werden. Wir wissen ja, daß die Wirkung aller Betäubungsmittel mit Parenchymveränderungen der Organe einhergeht, welche freilich meistens bald ohne bleibende Nachteile zurückgebildet sind, aber ausnahmsweise noch lange nachher ihre Wirkung äußern können. Dann die vorbereitenden Maßregeln mit ihren einschneidenden Änderungen in der Ernährung, Abführkuren; nach dem Eingriffe lang dauernde Immobilisierung in erzwungenen Stellungen. Weiters sind die rein mechanischen Störungen und Erschwerungen in den Zirkulationsverhältnissen anzuführen, welche im Verlaufe der eigentlichen Operation gesetzt wurden, wie Anämisierungen größerer Gefäßbezirke durch Ausschaltung der ernährenden Arterien, Hyperämisierung und Ödemisierung durch Unterbrechung des venösen Rückflusses, Lymphstauungen durch Entfernung des regionären lymphatischen Apparates usf.; all das vielleicht noch durch vorher unbekannte anatomische Varietäten kompliziert. Ebenso die überaus wichtigen Änderungen im Chemismus des Blutes, die Ausfallserscheinungen, die toxischen Wirkungen der zu resorbierenden Extravasationen, endlich all der chemischen Präparate, welche in allen Stadien der Wundbehandlung Verwendung finden.

Fragen wir uns nun andrerseits: Wie beeinflussen vorhandene Krankheiten den Erfolg einer Operation? Welche Erfahrungen haben wir für die Prognose und somit für die Indikationsstellung zur Operation?

Ich möchte mich heute für die Beantwortung dieser Fragen auf einige Erkrankungen aus zwei großen Gruppen beschränken, auf einige Infektionskrankheiten und einige Stoffwechselerkrankungen.

Viele akute Infektionskrankheiten machen in irgend einem Stadium ihres Ablaufes das Eingreifen des Chirurgen erforderlich. Zumeist fällt dieses mit dem Höhepunkt ihrer Entwicklung zusammen. Da sind natürlich die schwersten Veränderungen im Chemismus des Blutes, im Zustande der Gefäßwände usw. gesetzt. Gerade die letzterwähnten Vorgänge sind neuestens Gegenstand eingehender Untersuchungen der Wiener Schule, und wir haben daraus wichtige Anhaltspunkte für unsere Tätigkeit zu erwarten. Denn diesen Veränderungen entsprechen schwere Störungen im Verlaufe der Operation und während der Wundheilung.

Nehmen wir die Operationen an Typhösen wegen der Perforationsperitonitis oder wegen der Darmblutung. Fast alle Autoren berichten von der auffällig geringen Widerstandsfähigkeit der Gefäßwände gegenüber den Ligaturen und der Naht. Diese Umstände tragen wesentlich dazu bei, daß die Erfolge der Operationen sich noch innerhalb bescheidener Grenzen bewegen.

Daß die Tracheotomiewunden diphtherischer Kinder diphtherisch werden können, lernen wir schon in der Schule. Jeder von uns hat diphtherische Arrosionen der großen Gefäße ohne jeden Kanülendekubitus gesehen. Auch hier ist es zweifellos das Verhalten der Gefäßwände, welches diese traurigen Ereignisse herbeiführt.

Trotzdem haben wir keine Wahl in solchen Fällen: wir müssen bei der evident vorhandenen Möglichkeit, einen Typhuskranken mit Darmperforation operativ zu retten, rechtzeitig den Versuch wagen; wir müssen trotz der Serumtherapie in gewissen Fällen die Tracheotomie vornehmen.

Es kann aber auch vorkommen, daß sich ein Patient, an welchem eine wohlbegründete Operation vorgenommen wird, eben im Inkubations- oder Prodromalstadium einer akuten Infektionskrankheit befindet. Diese Erkrankung, welche natürlich ungehindert abläuft, beeinträchtigt den Heilungsverlauf sehr erheblich. Das sind nun Zufälle und traurige Überraschungen, denen der Arzt so ziemlich wehrlos ausgesetzt ist.

Einige solche Fälle seien angeführt:

Ein Mädchen wird während einer Masernepidemie wegen ihrer Struma operiert, offenbar während der Inkubationszeit; denn nach dem Floritionsfieber, am 11. Tage nach der Operation, erfolgt eine heftige Nachblutung, welcher an den folgenden Tagen noch weitere sich anschließen, so daß endlich die Ligatur der Arteria subclavia nebst wiederholter Infusion ausgeführt werden mußte. Bei einer so schweren Allgemeinerkrankung mit Alteration der Gefäßwände kann eben der Verschluß der Gefäße durch Verzögerung der Organisation der Thromben ausbleiben (Schiller).

Einen Knaben sah ich im Konsilium, an welchem eine Phimosenoperation ausgeführt worden war. Am nächsten Tage Angina und Scharlachexanthem. Der Knabe befand sich offenbar gerade in der Inkubation einer schweren Infektion, einer ganz besonders schweren, wie aus dem gangränösen Zerfall der Wunde hervorging und welcher er schließlich erlag.

Einige glücklicherweise viel milder abgelaufene Zwischenfälle habe ich noch gesehen.

Ein junges Mädchen wird wegen eines Kapselfungus einer ausgedehnten Operation am Knie unterzogen. Am dritten Tag Schüttelfrost, Fieber, die sonst normale Wunde blutet auffallend heftig; am Abend ist ein Scharlachexanthem da. Die Wundheilung ist durch die Hämorrhagie und ihre Folgen ziemlich verzögert, erfolgt aber schließlich ohne ernstere Störung.

Oder jüngst folgenden Fall: Ein Mädchen wird wegen eines Furunkels am Knie mit sehr mäßiger Lymphangoitis und geringer Schwellung der Schenkeldrüsen operiert, nachdem am selben Tage Schüttelfrost und hohes Fieber den Hausarzt beunruhigt hatten. Auch hier stand die intensive Blutung und die begleitenden Allgemeinerscheinungen in einem auffallenden Mißverhältnis zum lokalen Befund. Am nächsten Abend kam die Bestätigung für die geäußerte Vermutung nach einem akuten Exanthem in einer typischen Skarlatinaeruption. Die kleine Wunde überdauerte die Abschuppung des Scharlachs.

Das letzte Jahrzehnt, welches die Kenntnis der Influenza wesentlich bereicherte, hat uns auch mit hartnäckigen Endemien dieser Infektion im Krankenhause bekannt gemacht, unter denen frisch Operierte oft schwer zu leiden hatten.

Vielleicht ist auch der folgende Fall aus dem Krankenmateriale des Rudolfinerhauses von diesem Standpunkte aus aufzufassen:

Eine Frau wird wegen einer Ovarialzyste operiert. Tod am dritten Tage nach raschem Anstieg der Temperatur innerhalb der letzten 24 Stunden ohne ein anderes pathognomonisches Symptom. Die Obduktion ergibt das Fehlen irgend eines Anzeichens von peritonealer Sepsis oder Peritonitis, aber solche Veränderungen, welche nur als Symptome des Inkubationsstadiums einer akuten Infektionskrankheit angesehen werden müssen. Eine Nachfrage ergibt, daß mehrere Familienmitglieder der Frau gleichzeitig an schweren Influenzaerscheinungen erkrankt waren.

Interessant ist auch die folgende Beobachtung, welche andere, schon lange bekannte und therapeutisch verwertete Erfahrungen ergänzen kann: Ein Herr leidet an Aktinomykose der Wangen- und Halshaut. Einige Herde sind ausgekratzt und in Heilung begriffen, doch zeigen sich noch immer reichlich gelbe Körner im Sekret; die Jodkalitherapie ist eingeleitet. Mehrere benachbarte Stellen sind hart und verdächtig und für die nächsten Tage zur Auskratzung bestimmt. Plötzlich tritt ein Gesichtserysipel auf; die Sekretion wird sehr reichlich; aber in diesem sowie im Sekret der als verdächtig bezeichneten Stellen, welche rasch abszedieren, finden sich keine Aktinomyzesdrusen mehr. Ich dachte schon an eine spezifische Einwirkung des Erysipels auf den Prozeß wie auf manche Sarkome, aber nach einigen Wochen erfolgte

neue typische Knoten- und Abszeßeruption in der Nachbarschaft.

Wenden wir uns nun chronisch verlaufenden Infektionskrankheiten und ihren Beziehungen zu chirurgischen Eingriffen zu, so können wir bei einigen auf allbekannte Tatsachen hinweisen, auf Grundsätze, welche die Läuterung eingehender Debatten und Polemiken durchgemacht haben.

Da ist vor allem die Syphilis. Wir wissen, daß die ältere Chirurgie einen unheilvollen Einfluß selbst gut behandelter und abgelaufener Lues auf den Verlauf von Verletzungen und Operationswunden angenommen hat, der so weit gehen sollte, daß prophylaktisch einer jeden Operation eine Quecksilberkur vorausgeschickt werden müsse. Doch wurde auch schon frühzeitig dieser Ansicht widersprochen. Eine besonders umfangreiche Untersuchung hat Düsterhoff angestellt und am sehr gut und fast permanent beobachteten Material der deutschen Armee gefunden, daß der Lues keine spezifischer Einfluß auf den Ablauf der Verletzungen und verschiedener, selbst sehr eingreifender Operationen, wie Amputationen und Resektionen, zu indizieren sei. Höchstens könne eine verringerte Resistenz zugestanden werden. In einem absoluten Gegensatz hierzu befindet sich Chassaignac, welcher der Syphilis sogar eine günstige Wirkung auf den Wundverlauf zuspricht.

Neumann faßt die Ansichten in folgenden Worten zusammen: „Gegenwärtig stimmt die Mehrzahl der Chirurgen darin überein, daß Operationen, Wunden, Frakturen, zumeist unbeeinflußt durch die Syphilis verlaufen. Nur plastische Operationen nehmen, wenn die Syphilis noch nicht ganz abgelaufen, einen minder günstigen Ausgang, indem die transplantierten Lappen nicht selten durch Ulzeration zerfallen." Dem wurde nun bald von Michailow entgegengehalten, daß in einer sehr großen Zahl guter Beobachtungen eine ganze Reihe übler Zufälle vorkamen, so starke Blutungen während der Operation und erhebliche Nachblutungen, welche stets die Prima-Intentioheilung störten, pigmentierte Infiltrate, welche erst nach vielen Wochen sich erweichten, ohne abzublassen, sehr häufiger Zerfall der Narben.

Ähnliches teilten Ménard mit und neuestens Stolper und Stern. Dieser meint, daß der ungünstige Einfluß eines luetisch infizierten Organismus, auch ohne irgendwelche manifeste Erscheinungen, auf akzidentelle Verletzungen und sekundäre Eiterungsprozesse feststehe, und daß in weiterer Folge die intermittierende Behandlung nicht nur für die Tertiärerscheinungen von Bedeutung, sondern auch wegen anderer besonders traumatischer (operativer) Affektionen berechtigt sei.

Aus eigener Erfahrung möchte ich betonen, daß ich eine ganz beträchtliche Anzahl von Operationen an infizierten Individuen, zum Teil wegen spezifischer Veränderungen, wie Gaumen- und Nasendefekten, Rektumstenosen usw., zum Teil wegen anderer Krankheiten, ohne jeden Zwischenfall und ohne wesentliche Störung des Heilungsprozesses gesehen habe. Ich will nur zwei Explorativlaparotomien wegen Lebergummen namentlich anführen, welche unter mäßiger Jodmedikation prima intentione heilten.

Andrerseits kamen gelegentlich auch hartnäckigere Störungen des Heilungsprozesses vor, welche schließlich unter antiluetischen Mitteln gewichen sind. So erinnere ich mich besonders an die langwierigen Bemühungen, die wir den zarten, oft über Nacht zerfallenen Narben einer wegen Perityphlitis operierten Frau gewidmet haben und bei welchen Kalomel und Präzipitatsalben endlich Erfolg hatten.

Ich würde mich demnach von keiner indizierten Operation an einem luetisch infizierten Individuum abhalten lassen, aber nötigenfalls alle spezifischen Mittel des Heilschatzes in Anwendung bringen.

Ähnlich steht die Sache bei der Tuberkulose. Hier aber gibt nicht nur das Stadium einer vorhandenen Lungenerkrankung, sondern auch der Zustand der Nieren und der großen Bauchdrüsen relative Kontraindikationen für gewisse Operationen ab.

Im allgemeinen gilt der Grundsatz, daß bei vorgeschrittener Infiltration der Lungen Operationen (auch wegen nicht tuberkulöser Prozesse, z. B. komplizierten Verletzungen an den Extremitäten u. ä.) möglichst einfach, also radikal zu gestalten sind, während bei besserem Lungenbefund auch recht komplizierte, konservative Operationen gewöhnlich günstigen Erfolg und keinerlei Beeinträchtigung der Phthise herbeiführen.

Besonders bei Kindern kann man in der konservativen Behandlung fungöser und kariöser Prozesse auch bei bestehender Spitzeninfiltration recht weit gehen. Durch den umfassenden Gebrauch des scharfen Löffels bei Knochenerkrankungen, durch exakte Entfernung der Herde, ohne gerade schematische Operationen auszuführen, wobei wir nur den Epiphysenfugen ausweichen müssen, können wir viele Extremitäten am Leibe und funktionsfähig erhalten.

Eine wesentliche Erschwerung des Eingriffes liegt nur in den Gefahren der Inhalationsnarkose. Vielleicht ist für solche Fälle die Skopolamin-Morphium-Narkose vorteilhaft.

In den Operationsgeschichten aus italienischen und französischen Kliniken, besonders aber aus tropischen Gegenden, finden sich manchmal Mitteilungen über die Gefahren, von welchen Operierte durch das Wiedererwachen latenter Malariaerkrankungen bedroht wurden. Die interessantesten Beiträge zu dieser Frage knüpfen sich an den Namen Verneuils. Er hat viele Fälle, in denen die Wundheilung nach verschiedenen großen Eingriffen durch abundante Blutungen, Knochenabszedierungen, Neuralgien u. a. m. gestört war oder „Frakturen nicht zur Konsolidation kamen, zur Stütze seiner Ansicht angeführt.

Mannaberg meint, man könne Verneuil in seinen Ausführungen nicht überall hin folgen und müsse den Fiebern bei Wunden, den angeblich typischen Blutungen usw. besonders skeptisch gegenüberstehen.

Ich möchte nur erwähnen, daß ich bei Gelegenheit einer von Jordan wegen Milztumor ausgeführten Splenektomie keinerlei Abnormität im Verlaufe der Operation und Vernarbung sah.

Auch die Operationsgeschichte eines Falles von Mammakarzinom an einer seit langen Jahren an Malariarezidiven Leidenden bietet gar nichts Besonderes dar.

Ich erwähne diesen Fall auch aus dem Grunde, weil häufig, so besonders in jüngster Zeit, die Inkompatibilität von Malaria und Karzinom als absolut hingestellt wird.

Als ein Kuriosum möchte ich hier noch anführen, daß Bake auf Grund von fast 2000 Operationen an Leprösen zur Überzeugung kam, daß die Heilung aller Operationswunden auffallend rasch und gut vor sich ging.

Eine viel größere Bedeutung für die Indikationsstellung und Prognose chirurgischer Eingriffe kommt aber den Konstitutionsanomalien zu, sowohl jenen, welche ihren Ausdruck in den echten Blutkrankheiten und in den auf hämorrhagischer Diathese beruhenden Erkrankungen finden, wie jenen anderen, welche wir als Stoffwechselkrankheiten bezeichnen.

Diese alle sind ja in ihren Äußerungen so mannigfaltig, sie modifizieren die Funktionen so vieler Organe und Organkomplexe, mit deren Mitwirkung oder wenigstens ungestörter Tätigkeit wir bei der Heilung von Operationswunden wesentlich rechnen müssen, daß das Interesse für das Verhältnis dieser Störungen zur Chirurgie leicht erklärlich ist.

Chlorose und manche Formen von Anämie sind gewiß den relativen Kontraindikationen zuzuzählen. In anderen Fällen aber wird man in einem operativen Eingriff die einzige rationelle kausale Behandlung sehen müssen.

So war eine etwa 50jährige Dame durch Blutungen infolge eines sehr großen intramuranen Myoms seit vielen Jahren im Zustande der schwersten chronischen posthämorrhagischen Anämie. Die Operation, eben wegen des elenden Zustandes von namhaften Gynäkologen verweigert, wurde

von Gersuny als supravaginale Amputation mit vorderer Stielbehandlung ausgeführt. Wir hatten dabei Gelegenheit, die ungemein langsame, aber ganz ungestörte Wundheilung zu verfolgen und zu sehen, daß die Wunde bei der Operation (mit Ausnahme der Färbung) und der ganze Prozeß der Narbenbildung sich in keiner Weise anders verhielten als bei allen anderen Patienten. Die Narben wurden fest, die Patientin erholte sich allmählich.

Einen Herrn, welcher den typischen Blutbefund der perniziösen progressiven Anämie darbot, operierte ich wegen schwerer, fast täglicher Hämorrhoidalblutungen. Die mit dem Thermokauter gesetzten Schorfe lösten sich sehr langsam, aber nach etwa 2 Wochen schließlich anstandslos ab und ich konnte feststellen, daß die Vernarbung normal vor sich gegangen war. Die Blutungen wiederholten sich nicht mehr bis zum Exitus, welcher nach kurzer Zeit eintrat. Es ist nicht unmöglich, daß es sich um eine sekundäre Anämie gehandelt hat und daß eine frühzeitigere Operation dem Kranken das Leben wesentlich verlängert hätte.

Bei Leukämischen ist man wohl einig, nur wegen drohender Erstickung durch die Drüsentumoren an die Tracheotomie zu gehen. Es wurden auch teilweise recht umfangreiche Exstirpationen der Lymphome aus derselben Ursache vorgenommen, und zwar mit überaus geringen Schwierigkeiten.

Daß die früher öfters ausgeführte Milzexstirpation überstanden wurde, beweist, daß man theoretisch selbst in dieser schweren Alteration des Blutes keine absolute Kontraindikation für die Ausführung größerer Operationen an Leukämischen erblicken müßte, wenn sich sonst ein wirklich stichhaltiger Grund für eine solche finden läßt.

Es ist wohl unnötig, besonders darauf hinzuweisen, wie oft Hämophilie und die anderen Formen der hämorrhagischen Diathese die erwarteten Erfolge chirurgischer Eingriffe vereiteln und wie oft die erstere den unglücklichen Erben dieses merkwürdigen Zustandes nach den einfachsten Operationen das Leben gekostet hat.

Wenn man rechtzeitig vom Vorhandensein dieser Anomalie unterrichtet ist, wird man, wenn eine Operation nicht zu umgehen sein sollte, an die Verwendung von Mitteln denken, welche die Koagulation erfahrungsgemäß befördern, sei es durch Verfütterung von Alkaloiden, Injektionen von Gelatine u. ä., sei es durch lokale Styptika, wie Nebennierenextrakte.

Aber auch ohne alle Vorbereitungen steht man Blutungen am Hämophilen nicht absolut machtlos gegenüber, wie es der folgende, recht interessante Fall beweist, den ich im Rudolfinerhause zu beobachten Gelegenheit hatte.

Eine Frau von 44 Jahren leidet an einem über mannskopfgroßen Uterusfibrom und an einem kleinen Epitheliom am rechten Nasenflügel. Dieses letztere wird in Narkose exstirpiert, der Defekt mit Thierschschen Läppchen gedeckt. Vor der Transplantation war die Blutung gering und konnte durch mäßigen Druck leicht gestillt werden. Bald nach dem Erwachen begann die Blutung stärker zu werden, die Läppchen waren bald abgehoben; die sorgfältig ausgeführte Ligatur vieler kleiner Gefäße verringerte kaum die Blutung, die endlich durch die Digitalkompression, welche fast 40 Stunden lang fortgesetzt wurde, zum Stehen gebracht werden konnte. Zu spät gab die Frau ihre Hämophilie an. Das Fibrom blieb natürlich unoperiert.

Litten warnt davor, bei Skorbut chirurgische Eingriffe auszuführen, weil das skorbutisch erkrankte Gewebe gegen jeden mechanischen Eingriff ein Noli me tangere darstellt; es können schon einfache Druckverbände zu tiefen Gewebsblutungen und tiefgreifenden Ulzerationen Anlaß geben. Er setzt aber hinzu, daß pleuritische und perikardiale Ergüsse zur Indicatio vitalis werden können.

Von den Stoffwechselanomalien ist es vor allem die pathologische Fettleibigkeit, welche mit ihren Folgezuständen am Herzmuskel usw. dem Operateur in allen Stadien seiner Tätigkeit genug zu schaffen macht. Von der Narkose bis zur Naht und von da bis zur vollendeten Wundheilung können sich jederzeit ganz ernste Komplikationen einstellen, welche nur in den Fettmassen des Organismus ihre Ursache haben. Manchmal ist es möglich, mehr oder weniger intensive Entfettungskuren dem Eingriff vorauszuschicken.

Für die Harnsäurediathese besitzen wir eigentlich nur sehr wenig Mitteilungen, welche wir für die Indikationsstellung zu operativen Eingriffen verwenden können. Wir wissen zwar, daß Wunden, welche bei Uratikern entstehen, besonders dann sehr langsam zur Heilung kommen, wenn sie in nächster Nähe von Harnsäureanhäufungen situiert sind. Das sieht man häufig bei Tophis, welche die bedeckende Haut durchbrechen und ihren Inhalt ausstoßen. Diese Geschwüre heilen sehr langsam, zumeist unter reichlicher Eiterung. Dem steht allerdings die Angabe mancher Autoren gegenüber, daß der Verlauf gewöhnlich reaktionslos ist. Jedenfalls kommt der Harnsäure keinerlei bakterizide Wirkung zu. Minkowski betont aber außerdem, daß nach vollständiger Exzision eines gichtischen Tophus die Heilung vollkommen glatt vonstatten geht. Von Riedel erfahren wir, daß nach der Entfernung der Urate und der Gelenkskapsel aus dem an Podagra erkrankten Großzehengelenke in zwei Fällen die Wunden 5 bis 6 Wochen zur Heilung brauchten. Das spricht immerhin, nachdem ausdrücklich der sonst glatte Verlauf betont wird, für eine erheblich verlangsamte Heilung.

Vor einer ganz besonders schwierigen Entscheidung stehen wir aber, wenn wir Indikation und Prognose für eine Operation an einem Diabetiker stellen müssen. Es reicht die Besprechung dieses Themas fast ebensoweit zurück, wie die genaue klinische Erforschung der Zuckerruhr überhaupt. Seit dieser Zeit hat es nicht an Autoren gefehlt, welche im Diabetes die absolute Kontraindikation für jeden chirurgischen Eingriff sehen, aber auch nicht an solchen, welche unter gewissen Bedingungen und bei Beobachtung gewisser Vorsichtsmaßregeln Operationen für zulässig erachten.

In den letzten Jahren, seit der Diskussion über dieses Thema auf der Naturforscherversammlung in Karlsbad 1902, dürfte die Meinungsäußerung ihren Höhepunkt erreicht haben, so daß eine neuerliche Fixierung der Ansichten am Platze zu sein scheint.

Vor allem müssen wir die Fälle in zwei große Gruppen sondern. Es kann sich um eine Erkrankung handeln, welche erfahrungsgemäß im Verlaufe eines Diabetes mellitus, durch diesen bedingt und gewöhnlich gut charakterisiert, als sogenannte Komplikation aufgetreten ist, oder um ein Leiden, welches sich vom Diabetes ätiologisch unabhängig entwickelt hat.

Für jede Gruppe ist die Prognose und damit die Indikation für eine Operation anders zu entwickeln, wenn auch schließlich gemeinsame Regeln aufzustellen sind.

Als chirurgische Komplikationen des Diabetes werden gewöhnlich folgende Prozesse großenteils gangräneszierenden oder nekrotisierenden Charakters bezeichnet (ich sage absichtlich gewöhnlich, weil manche namhafte Chirurgen, so z. B. Israel, spezifisch chirurgische Erkrankungen der Diabetiker überhaupt negieren): Leichtere Hautaffektionen, wie Pruritus mit den Folgen mechanischer Irritationen, Balanitis mit Phimose, Vulvitis, reaktive Neubildungen am Genitale mit sekundärer Degeneration, schwerere Hautgangrän am Rumpfe, Furunkulose, Karbunkel, Phlegmonen an den oberen Extremitäten, Lungengangrän, Extremitätengangrän in ihren Formen als nicht entzündlicher und als nekrotisch-entzündlicher Brand, das Mal perforant; gut charakterisiert sind ferner die Cataracta und die Mastoiditis diabetica. Manche Autoren behaupten neuestens für gewisse Erkrankungen des weiblichen Genitales einen kausalen Zusammenhang mit dem Diabetes, so für Endometritis, Myome, septische Prozesse. Schließlich wird die Dupuytrensche Fingerkontraktur ange-

führt. Nur für den diabetischen Star stimmen die Meinungen über die Operation überein. Für fast alle anderen Erkrankungen finden wir derzeit in Literatur und Praxis zwei Schulen: Abstinenz und Aktivität.

Obenan und allen gemeinsam ist die Forderung, die Kranken unter ein antidiabetisches Regime zu bringen. Es darf aber, was ja die interne Klinik überhaupt verlangt, nicht die rücksichtslose Entzuckerung mit allen Mitteln angestrebt werden. Manche Autoren wollen den Effekt der diätetischen Behandlung abwarten, ehe sie operativ eingreifen — natürlich abgesehen von den Fällen mit vitaler Indikation —, andere lassen nur ihre Tätigkeit gleichzeitig von dem Regime unterstützen.

Ich möchte ganz kurz die Behandlung der einzelnen Komplikationen aufzählen.

Bei den leichteren Hautaffektionen sind die einen für die Applikation von milden Antiseptizis, Waschungen, Salbenbehandlung usf., andere befürworten die Eröffnung und Entfernung der Zerfallsherde wie bei sonstigen Patienten. Wir schreiten möglichst frühzeitig durch Verätzung, Eröffnung und energische Auskratzung ein, um das Entstehen neuer Furunkel zu verhüten. Die großen Nacken- und Gesichtskarbunkel werden wohl von allen operativ behandelt, manche exzidieren sie sofort. Diese und die sogenannten „kryptogenetischen“ Phlegmonen verlangen ausgiebige Inzisionen, doch kann man den letalen Ausgang nicht immer verhindern; zumeist gestatten sie auch keinen Aufschub zur Einleitung entsprechender Diät.

Besteht trockene, nicht entzündliche Gangrän mit Beginn an den Phalangen, so werden wir versuchen, durch Pulver- und Salbenverbände, Lagerung etc. den Brand trocken zu erhalten. Schreitet die Mortifikation fort, so muß die nekrotische Partie entfernt werden, und zwar nach genauer Untersuchung der zugänglichen Arterien in sicher gesundem Gewebe in freier Wahl der Höhe. Die Resultate sind nicht ungünstig.

Die Entscheidung zur sofortigen Amputation, und zwar nach dem Vorschlage mancher erfahrener Chirurgen gleich möglichst hoch am Oberschenkel, muß in den desperaten Fällen nekrotisierender Entzündung fallen, welche mit schwerer Phlegmone und septischen Erscheinungen einsetzen und wo wir keine Zeichen von Demarkation sehen. Es gelingt auch mit der Operation kaum, ein Drittel der Kranken am Leben zu erhalten.

Die Eingriffe müssen dabei nach den einfachsten Typen vorgenommen werden, die osteoplastischen Methoden komplizieren nur die Operation. Die ESMARCHsche Binde muß durch Fingerdruck auf die zentral erreichbaren Gefäße ersetzt werden, stärkere Antiseptika dürfen nicht ins Gewebe kommen.

Bei der Ostitis diabetica petrosa gilt jetzt wohl allgemein die sofortige Eröffnung für indiziert. In Fällen von schwerem Diabetes ist der letale Ausgang unvermeidlich.

Wir sehen, daß für die chirurgischen Komplikationen des Diabetes das aktive Vorgehen weitaus mehr Anhänger hat.

Wie aber sollen wir uns bei zufälligen anderen Erkrankungen diabetischer Individuen verhalten?

Auch in solchen Fällen wird von allen Autoren eine Indicatio vitalis zugestanden, viele bleiben aber dabei stehen.

Da aber alle zur operativen Behandlung geeigneten Krankheiten die Kombination mit Diabetes eingehen können und unter diesen viele sind, welche weder sofort, noch nach begründeter Voraussicht in absehbarer Zeit auch samt dem Diabetes eine Lebensgefahr herbeiführen, so müßte man allen diesen Leuten ein Einschreiten verweigern.

Denken Sie sich z. B. einen kräftigen Mann mit einem kleinen chronischen Pleuraempyem, der kaum fiebert. Oder eine jüngere Frau, welcher ein Prolapsus vaginae et vesicae, den sie nebst einem alten Dammriß hat, solche Beschwerden macht, daß sie an der Führung ihrer Hauswirtschaft gehindert ist. Beide haben einen Diabetes leichteren Grades.

Operationen wegen solcher Leiden an einem Diabetiker werden von manchen als Gefälligkeitsoperationen hingestellt und abgelehnt. Dies wird mit den großen Gefahren jedes einzelnen Aktes der Operation begründet.

In erster Linie steht neben der Einwirkung des psychischen Affekts die Narkose. Wir wissen, daß bei einem Diabetiker wie aus anderen Gründen, so auch nach einer Narkose, mit welchem Mittel immer, Koma eintreten kann, ohne fixe Beziehung zum Zuckergehalt des Harns, jedenfalls aber bei Azidose. Für das Koma wird ferner die gewöhnlich wesentlich veränderte Ernährung vor und unmittelbar nach der Operation, die Vorbereitungen durch Fasten, Dürsten, Laxantien, schließlich das längere Darniederliegen der Muskelarbeit verantwortlich gemacht, ein Moment, welchem mit Rücksicht auf die neuen COHNHEIMschen Hypothesen vielleicht größere Bedeutung beizumessen ist. Sodann wird die erschwerte Blutstillung während der Operation und spätere Nachblutungen angeführt, ebenso die gewöhnlich schlechte Wundheilung, die Tendenz zum gangränösen Zerfall der Wundränder.

Manche traurige Erfahrungen haben darum zur Forderung geführt, die Indikationen aufs äußerste einzuschränken, alle aufschiebbaren Operationen bis zur vollständigen Entzuckerung zu vertagen, der Narkose möglichst auszuweichen, die Patienten bis zur Alkaleszenz des Harns mit Natrium bicarbonicum zu überfüttern, um dem Ausbruche des Koma vorzubeugen. Eine absolute Kontraindikation ist in Azidose und Albuminurie sowie in entzündlichen Komplikationen des Diabetes zu sehen.

Ich kann hier nicht im einzelnen eine Kritik vorbringen und möchte nur mitteilen, daß wir in einer recht ansehnlichen Zahl von einschlägigen Operationen nur sehr wenig üble Zufälle erleben mußten. Es trat kein Koma im Anschluß an die Narkose ein, welche übrigens stets sehr vorsichtig und mit möglichst wenig Chloroform durchgeführt wurde. Die Blutung war im allgemeinen nicht stärker als bei normalen Individuen, eine besondere Nachblutung kam nie vor. Die Wundheilung war allerdings öfters gestört, teils dem entzündlich-eitrigen Charakter der akzidentellen Erkrankung, teils mangelhafter Handhabung der Asepsis entsprechend. Andrerseits haben wir auch tadellose prima intentio bei von Anfang an verunreinigten Wunden gesehen.

Es sei betont, daß bei keinem Patienten ein strenges, antidiabetisches Regime speziell zum Zwecke der Entzuckerung vor der Operation vorausgeschickt worden war.

Auch andere namhafte Chirurgen fassen die Indikationen weiter, es wird sogar von KAREWSKI in bestehender Diazeturie kein absolutes Hindernis erblickt.

Gegen die Ausdehnung des Gebietes der Lokalanästhesie möchte ich hervorheben, daß jede Spannungsvermehrung in den Geweben des Diabetikers vom Übel ist. Vielmehr ist der Ätherrausch häufiger in Verwendung zu nehmen.

Ich habe in Karlsbad 1902 als Grundlagen für die Indikationsstellung zu Operationen bei bestehendem Diabetes angeführt, daß

1. jeder als notwendig erkannte operative Eingriff ausgeführt werden darf;

2. die Diät zu überwachen ist, eine spezielle Vorbereitungskur wünschenswert, aber nicht Bedingung ist; somit der Zeitpunkt für die Operation ganz vom Befinden des Patienten abhängig gemacht werden soll;

3. Narkose, Operationsmethode und Wundbehandlung so einfach als möglich zu wählen sind.

Diesen Momenten möchte ich mit Rücksicht auf die seitherigen Mitteilungen, besonders die von KAUSCH, noch die besondere Berücksichtigung der Azidose, d. h. die Zufuhr von Alkalien hinzufügen.

Einige Worte gebühren noch einem eigenartigen Symptomenkomplex, der von französischen Autoren isoliert wurde, der Phosphaturie. Man hat seit langem darauf hingewiesen, daß sie sich in bezug auf chirurgische Komplikationen dem

Diabetes mellitus sehr ähnlich verhält. Es wurde dabei Mal perforant, Anthrax u. ä. beobachtet.

M. H.! Ich habe es versucht, Ihnen ein Übersichtsbild der innigen Beziehungen und Wechselwirkungen einzelner Erkrankungen zur operativen Chirurgie zu bieten. Ich glaube kaum, daß ich Ihnen Neues bringen konnte, wäre aber glücklich, wenn diese Darstellung dazu anregen würde, durch weitere Arbeit die vielen Lücken, die auf diesem Gebiete heute noch bestehen, auszufüllen.

Über die Therapie schwerer Verbrennungen.

Von **Dr. Stephan Weidenfeld**, Privatdozent für Dermatologie und Syphilis, Wien.

II.

Was folgt nun aus diesen Versuchen für die Klinik der Verbrennungen?

Da es sich nun bei den Verbrennungen meiner Meinung nach um die Bildung und die Wirkung einer giftigen Substanz handelt, so wird es natürlich in erster Linie von der Größe der verbrannten Hautoberfläche in erster Linie abhängen, wie viel von dieser giftigen Substanz erzeugt und resorbiert wird.

Neben der Ausdehnung spielt auch gewiß eine Rolle die Tiefe der Verbrennung. Aber da zur Resorption doch nur eine gewisse tiefe Schichte in Betracht kommen kann, so ist es klar, daß wohl über ein gewisses Maß die Tiefe der Verbrennung nicht mehr von Belang sein kann. In der Tat habe ich zwei Fälle gesehen, wo ungefähr $^1/_3$ der Körperoberfläche so tief verkohlt war, daß die Baucheingeweide nur durch das noch intakte Peritoneum zurückgehalten, durch die Risse und Sprünge der verkohlten Oberfläche, ebenso auch die Muskeln der Oberschenkel durchsahen, ohne daß dabei die Patienten früher starben, als sonst Patienten bei dergleichen Ausdehnungen oberflächlicherer Verbrennungen zu sterben pflegen.

Ohne nähere Angaben über die chemische Konstitution der in der verbrannten Haut befindlichen Gifte machen zu können, können wir trotzdem an der Hand dieser Versuche doch eine Reihe Abstraktionen ziehen und viele klinische Symptome unserem Verständnis näherrücken.

Vor allem wird es klar, warum ein dreifaches Ausmaß bei zweitgradiger Verbrennung erst hinreicht, um in derselben Zeit die Erscheinungen hervorzurufen, wie bei einer drittgradigen Verbrennung. Zugleich läßt sich auch approximativ die letale Dosis berechnen pro Kilogramm Körpergewicht.

Wenn Sie die Tabelle ins Auge fassen, so finden Sie, daß der Tod auch eintritt, wenn ein Achtel der Körperoberfläche verbrannt ist. Nimmt man nun an, daß in dieser Fläche die letale Dosis vorhanden ist, so ergibt sich pro Kilogramm Körpergewicht, die Hautoberfläche zu 15.000 *cm*² und das Körpergewicht zu 70 *kg* gerechnet, daß ungefähr 25—30 *cm*² drittgradig verbrannter Haut pro Kilogramm Körpergewicht hinreicht, den Tod des Individuums nach sich zu ziehen. Absolut letal wäre aber eine Dosis, die das Dreifache der angegebenen Menge enthält, also pro Kilogramm Körpergewicht 80 bis 90 *cm*². Auch bei kleineren Mengen kann ja der Tod eintreten, bei dieser Menge tritt er sicher ein.

Wie wird es sich nun bei Kindern verhalten? Nimmt man das Gewicht in den ersten Monaten seines Lebens mit 6 *kg* an, so würde sich nach derselben Rechnung für dasselbe als absolut letale Dosis 480—500 *cm* ergeben. Das Flächenausmaß der ganzen Haut um dieselbe Zeit beträgt ca. 4500 *cm*².

Bestimmt das Verhältnis der angenommenen verbrannten Haut das Ausmaß, das wir für das Kind als absolut tödlich hinstellten, zu der gesamten Hautoberfläche, so ergibt sich ungefähr das Verhältnis wie 1 : 7. Also es genügt ein Siebentel der gesamten Hautoberfläche bei drittgradiger Verbrennung, um mit Sicherheit den Tod des Kindes nach sich zu ziehen.

Für ein zweijähriges Kind, das ungefähr 11 *kg* wiegt, würde sich nach obiger Berechnung eine als **sicher letal** wirkende Verbrennung von 11×80 = 880 *cm*² **Hautoberfläche** darstellen. Bestimmt man hier das Verhältnis, so findet man, die Körperoberfläche 6000 *cm*² angenommen, ein solches von 1 : 6. Der sechste Teil der Körperoberfläche führt nach Verbrennung sicher den Tod eines solchen Kindes herbei.

Es entsprechen also im ersten Falle, wobei der siebente Teil, im zweiten Falle der achte Teil der gesamten Hautoberfläche verbrannt ist, jenen Fällen von Verbrennungen bei Erwachsenen, wo es sich um Verbrennungen der Hälfte der Hautoberfläche handelt.

Man sieht, daß die relativ kleinen Verbrennungen bei Kindern deswegen die gleichen schweren Folgezustände wie bei Erwachsenen haben, weil ihr Körpergewicht im Verhältnis zu ihrer Hautoberfläche ein fast dreimal geringeres ist als beim Erwachsenen, so daß also schon bei einem Dritteil jener Hautoberfläche, die sonst bei Erwachsenen mit Sicherheit den Tod nach sich zieht, genügt, um den letalen Ausgang herbeizuführen.

Daraus und aus keinem anderen Grunde erklärt sich das Furchtbare schon geringer Verbrennungen bei Kindern. In dem Momente, wie das Verhältnis zwischen Körperoberfläche und Körpergewicht sich dem der Erwachsenen nähert, werden auch somit alle Erscheinungen diesen der Erwachsenen gleich. Diese Verhältnisse treten schon vom 10.—12. Jahre ein. Tatsächlich verhalten sich alle von mir beobachteten Fälle dieser Altersklasse in gleicher Weise, wie jene der Altersklasse über 25 Jahre.

Wenn wir nun zur Therapie der schweren Verbrennungen übergehen, so wird es doch von vornherein nötig sein, uns wenn auch im allgemeinen die Frage vorzulegen, wie wirken die supponierten Gifte?

Betrachtet man den spontanen Ablauf einer schweren Verbrennung, so findet man, daß die oben geschilderten Symptome, Erbrechen, Koma, Tod, in ununterbrochener Reihe folgen, während das Fieber, die Pulsbeschleunigung, die Anurie objektive nachweisbare Veränderungen anzeigen.

Dabei wissen wir, daß, je geringer der Ausdehnungsgrad ist, in desto längeren Intervallen treten diese Erscheinungen auf, desto länger hält auch das Leben an.

Berechnet man das Mittel der Lebenszeit aus einer größeren Reihe von Fällen für bestimmte Ausdehnungsgrade, so erhält man folgende Tabelle:

Tabelle II.

			durchschnittlich
Bei Verbrennung der	ganzen	Hautoberfläche tritt der Tod nach . .	7 Stunden
" " "	halben	" " " " " . .	16 "
" " "	$^1/_3$	" " " " " . .	29 "
" " "	$^1/_4$	" " " " " . .	43 "
" " "	$^1/_5$	" " " " " . .	64 "
" " "	$^1/_6$	" " " " " . .	64 "
" " "	$^1/_7$	" " " " " . .	90 "

Dividiert man die Stundenangabe durch das Ausmaß der verbrannten Hautoberfläche, so erhält man

$$7:1 = 7,\ 13{\cdot}2:2 = 6{\cdot}6,\ 29{\cdot}3:3 = 9{\cdot}6,\ 43:4 = 10{\cdot}7,$$
$$64:5 = 12{\cdot}8,\ 64:6 = 10{\cdot}6,\ 90:7 = 12{\cdot}6.$$

Man erhält also Zahlen, die, soweit eben eine Berechnung möglich ist, ziemlich gut zueinander passen und fast gleich angenommen werden können. Diese Verhältniszahlen drücken aber aus, daß tatsächlich die Zeit bis zum Eintritt des Todes wieder auch einen Maßstab abgibt für die Menge der in einem bestimmten Verbrennungsbezirke wirklich resorbierten Gifte und sich genau so verhält, wie die verbrannte Area selbst zum supponierten Gifte.

Ist also zum Beispiel nur der achte Teil der Körperoberfläche verbrannt, so wird in ihm wirklich nur der achte Teil der Giftmenge vorhanden sein wie in einer total verbrannten Körperoberfläche und wird nach einer achtmal so langen Zeit

der Tod eintreten. Die mit der Abnahme der Verbrennungsfläche eintretende Abweichung in den Quotienten kann, wie mir scheint, sehr einfach erklärt werden.

Aus diesen Tatsachen folgt, daß die Gifte in derselben Zeit und von derselben Area in fast gleicher Menge resorbiert werden und daß die resorbierten Mengen im Körper zurückgehalten werden müssen. Die Gifte wirken also mit anderen Worten kumulativ, da, wenn sie immer wieder ausgeschieden würden, sich niemals jenes Verhältnis von Zeit und Ausdehnung ergeben könnte.

Es ist hier der Ort, noch einmal zu wiederholen, daß wir natürlich immer bei unseren Auseinandersetzungen jene Menge von Giften meinten, die resorbiert werden und ihre Wirkung entfalten. Es ist selbstverständlich, daß je tiefer eine Stelle verbrannt ist, absolut genommen eine um so größere Menge von Giften entfalten muß. Wir haben aber früher auseinandergesetzt, daß nur die dem intakten Gewebe aufliegenden Schichten in Betracht kommen können, weil diese allein dem resorbierenden Einflusse des Gewebes unterworfen sind. Aus den zuletzt angegebenen Verhältniszahlen kann man aber mit Recht annehmen, daß ein Teil der resorbierten Gifte doch ausgeschieden wird, und je länger das Leben anhält, in um so größerer Menge, wodurch sich auch der immer größer werdende Quotient leicht erklären läßt.

Resumieren wir die bisnun gewonnenen Resultate: Wir haben es bei der Verbrennung mit Giften zu tun, die in der verbrannten Haut entstehen und im Wasser löslich sind, die kumulativ wirken, Somnolenz, Erbrechen, Koma, Herzstillstand, Fieber, Anurie erzeugen. Die genannten Symptome deuten vor allem auf eine Wirkung im Sinne von Herzgiften hin.

Welche Maßnahmen können wir nun gegen diese Gifte treffen?

Vorerst wird es natürlich indiziert sein, den verderblichen Einfluß dieser Gifte auf das Herz zu begegnen. Alle jene Maßnahmen, die aus der allgemeinen Therapie gegen solche Gifte bekannt sind, müssen in gleicher Weise herangezogen werden: Alkohol, Äther-Kampferinjektionen bei drohendem Herzkollaps, Strophantus und Digitalis während der ganzen Dauer der bestehenden Gefahr. Wahrscheinlich würden auch diese Mittel genügen und in manchen Fällen reichen sie auch hin, den beabsichtigten Effekt zu erzielen, wenn nicht, wie oben auseinandergesetzt, mit der längeren Dauer der Verbrennung immer neue Gifte resorbiert und die früher resorbierten jedoch zurückgehalten werden. Hinzugefügt muß werden, daß alle herzschädigenden Mittel, wie Morphium, vermieden werden müssen, da ich oft eine absolut lebensverkürzende Einwirkung nach Einführung dieses konstatieren konnte, indem Fälle, die unter gewöhnlichen Umständen nach einer in der I. Tabelle angegebenen Zeit gestorben wären, früher starben. Bemerken möchte ich, daß man an der Hand dieser Tabelle objektiv imstande ist, alle Maßnahmen auf den wirklichen Erfolg zu prüfen, während alle anderen Angaben, die gewöhnlich pauschaliter alle Verbrennungen in Betracht ziehen, gar keinen Wert besitzen können. Dieser Kumulation der Gifte wirksam entgegen zu arbeiten, erscheint mir die von Tomasoli zuerst empfohlene und von späteren Autoren vielfach mit Erfolg erprobte Methode der Durchspülung der Blutes durch Infusion von physiologischer Kochsalzlösung die meiste Berechtigung auf Erfolg zu haben.

Auch ich habe in einer Reihe von Fällen von verschiedener Ausdehnung Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung vorgenommen und mich von der lebensverlängernden oder gar lebensrettenden Wirkung derselben überzeugen können, wie ich es schon in der Naturforscherversammlung in Karlsbad des näheren ausgeführt habe. Ich nahm die Infusion in der Weise vor, daß ich mittelst sterilisierten Irrigators, der ungefähr 1 *m* über dem Patienten aufgehängt war, durch einen Troikart an intakter Hautstelle auf einmal $1^1/_2$ *l* erwärmter physiologischer Kochsalzlösung transfundierte. Die Prozedur wiederholte ich dreimal des Tages, oftmals viermal, so daß der Patient 4—5 *l* Kochsalzlösung erhielt.

Auch bei Kindern infundierte ich dreimal täglich $^1/_2$ *l*. Die anfänglich entstehende Geschwulst verliert sich im Laufe der nächsten Stunde. Spiegler muß ich Unrecht geben, wenn er behauptet, daß die transfundierte Kochsalzmenge nicht resorbiert wird. Es ist klar, daß bei ausgedehnten Verbrennungen es an genügender Ausdehnung von geeigneten gesunden Hautstellen, an denen man Infusion applizieren kann, gebricht, so daß dieselbe Stelle oft aufgesucht werden muß. Leider wird wahrscheinlich das Gewebe infolge des Druckes der einströmenden Kochsalzlösungen schmerzhaft und die Patienten wehren sich gegen eine öftere Wiederholung der Infusion an derselben Stelle. Imponierend sind oft die momentanen Besserungen nach solchen Infusionen. Somnolente Patienten werden wieder frischer, munterer, geben klare Auskunft und interessieren sich für die Umgebung. Objektiv wird der Blutdruck größer; es tritt eine reichliche Urinausscheidung auf.

Es mag ja sein, daß dadurch die Kumulierung der Gifte behoben wird, aber die starken Reserven derselben in der verbrannten Haut paralysieren kontinuierlich diese Wirkung. Es folgt daraus, daß die Wirkung der Infusionen nur eine beschränkte sein kann.

Bei zweitgradiger Verbrennung oder bei Verbrennungen dritten Grades mit geringeren Ausdehnungen werden sie nach dieser Voraussetzung indiziert sein. In der Tat habe ich bei einer großen Reihe von Fällen das Leben erhalten können. Erfahrungsgemäß kann man die Behauptung aufstellen, daß alle Fälle, die unter $^1/_8$ ihrer Körperoberfläche verbrannt waren, mit dem Leben davon kamen.

Sehr naheliegend ist der Gedanke, die Resorption der Gifte überhaupt unmöglich zu machen, indem man sie am Orte des Entstehens selbst durch Maßnahmen zu entfernen sucht. Als Beispiel in der Natur dient die Abhebung der Epidermis bei zweitgradigen Verbrennungen. Man kann sich leicht vorstellen, daß durch Austrocknen des Schorfes die Resorptionsmöglichkeit behoben wird.

Es wäre der Gedanke wichtig und von Erfolg begleitet, wenn tatsächlich die Austrocknungsprozesse die ganze verschorfte Haut treffen würden. Die unter dem Schorfe zirkulierende Lymphe erhält jedoch die tiefsten Anteile des Schorfes immer feucht und jede Maßnahme muß an dieser Tatsache in Brüche gehen.

Ich entschloß mich deshalb zu einer anderen eingreifenden Methode. Ich versuchte, den ganzen Schorf zu entfernen. Es ist das ein Gedanke, der schon vor mir von einigen Autoren zum Ausdruck gebracht wurde.

Ich nehme die Operation in der Weise vor, daß ich mit einem Messer, wie es zur Thierschschen Transplantation benutzt wird, die verschorften Teile parallel zur Oberfläche abschnitt, und zwar bis zur Blutung. Zwar konnte ich mich überzeugen, daß nicht die ganze Masse der Verschorfung durch diese Manipulation entfernt wird, indem die Verschorfung mittelst Fasern noch tiefer ins Gewebe hineinragt, immerhin ist aber ein großer Teil oder vielleicht der größte Teil der verschorften Partie entfernt.

Es braucht nicht ausdrücklich hinzugefügt zu werden, daß alles unter aseptischen Kautelen geschieht.

Nach Entfernen des Schorfes wird mittelst eines trockenen Verbandes die Hautstelle geschützt. Der Verband bleibt drei bis vier Tage. Der trockene Verband hat auch den Vorteil, die starke Sekretion einerseits, andrerseits die restierenden Brandschorfe auszutrocknen.

Durch dieses Entfernen der Brandschorfe habe ich die Verbrennung in eine solche verwandelt, bei welcher ein geringeres Flächenausmaß von Haut verbrannt ist. Da zugleich die oben angegebenen Transfusionen bei geringen Verbrennungen jene wertvollen Resultate ergeben, so durfte man erwarten, daß

durch die Kombination (Entfernen der Schorfe und Infusionen) tatsächlich günstige Resultate zu erzielen sein werden.

Beobachtet man eine solche Verbrennung nach dieser Behandlung, so sieht man, daß die bestandenen Symptome plötzlich verschwinden. Die schon bestehende Somnolenz oder sogar das Erbrechen schwindet, die Anurie ist behoben und der Blutdruck steigt. Die Infusionen und die fortwährende Unterstützung der Herztätigkeit müssen eine Zeitlang fortgesetzt werden.

Es ist hier der Ort, die Frage zu erörtern, wie lange die Gefahr des Todes nach Verbrennung besteht?

Wenn man den natürlichen Ablauf des Krankheitbildes verfolgt, so sieht man, daß am dritten Tage der Schorf sich mit einem 1—2 *mm* breiten roten Streifen umgibt, die sogenannte Demarkationslinie. Es ist das der Beginn der Reaktion des Gewebes gegenüber dem Brandschorf.

Am fünften Tage jedoch erst beginnt der Schorf sich zu lockern und wird erst endgültig am 10.—14. Tage soweit locker, daß er leicht entfernt werden kann. Der Beginn der Ablösung kann also auf den 5.—6. Tag verlegt werden.

Ganz synchron mit dieser lokalen Reaktion verläuft auch das Fieber, das am 5. oder 6. Tage abzufallen beginnt, als Ausdruck der vollendeten Reaktion des Körpers gegen die Gifte.

Vergleicht man damit unsere Tabelle I, so findet man, daß noch bei einem Flächenausmaß von $^1/_{12}$ der Körperoberfläche der Tod eintreten kann, und zwar nach ungefähr fünf Tagen. Darüber hinaus waren bei Erwachsenen keine Todesfälle zu beobachten.

Es bedeutet dieser Fall die Grenze, bis zu welcher noch Gifte aus dem Verbrennungsherd resorbiert zu werden pflegen.

Aus all diesem ergibt sich, daß mit Ablauf des 5. oder 6. Tages die Gefahr als vorüber betrachtet werden kann. Es darf aber nicht außer acht gelassen werden, daß bei einer großen Verbrennungsoberfläche schon in den ersten Stunden jene geringste letale Giftmenge, wie sie einer $^1/_{12}$ Verbrennungsfläche entspricht, resorbiert werden kann und daß die Wirkung dieser Giftmenge erst am 5. Tag zur Geltung kommt. Es ist deswegen auch notwendig, daß so früh als möglich die Abtragung des Brandschorfes erfolgt. Bei kleineren Verbrennungen jedoch einer $^1/_6$—$^1/_8$ Oberfläche entsprechend genügt es freilich, auch erst die Abtragung mit dem Eintritt der Vergiftungssymptome, etwa bei Eintritt der Somnolenz oder Erbrechen vorzunehmen. Auch jetzt ist es nach meiner Erfahrung nicht zu spät, freilich, wie gesagt, nur bei kleinen Verbrennungsflächen.

Vom genannten Zeitpunkte an beginnt aber der Verbrennungsherd der Ausgangspunkt neuer Gefahren zu werden. Ich habe früher auseinandergesetzt, daß die Schorfe mit einem trockenen Verband bedeckt wurden, wobei sich der Schorf in eine fast pergamentartige Masse verwandelt. Unter dieser Decke kann es nun zu Sekretstauungen kommen, die sekundär infiziert werden können.

In der Tat haben wir noch am 6. Tage Phlegmonen eintreten gesehen, die die unmittelbare Ursache des Todes wurden.

Es ist deswegen notwendig, von Zeit zu Zeit zu kontrollieren, ob nicht an der einen oder anderen Stelle sich solche Sekretanhäufungen gebildet haben. Um diesen Gefahren zu begegnen, wurden erweichende Verbände auf die Brandschorfe appliziert. Es ist wichtig zu wissen, daß unter diesen die Sekretabsperrungen geringer sind, die Infektionsmöglichkeiten werden jedoch größer.

Erst wenn der Schorf vollständig abgestoßen ist und die Fläche rein granuliert, verlieren sich auch diese Gefahren und jetzt erst kann der Patient als endgültig gerettet angesehen werden.

Welche Resultate erreicht man nun?

Aus einer demnächst von mir und Dr. v. Zumbusch zur Veröffentlichung kommenden Zusammenstellung wird sich ergeben, daß alle Fälle, bei denen $^1/_2$—$^1/_4$ der Körperoberfläche verbrannt war, mit dem Leben davon kamen. Als Grenze für die Rettungsmöglichkeit möchte ich ein Drittel Verbrennungsfläche ansehen, ein Resultat, wie es durch gar keine anderen in Anwendung gebrachten Mittel bisnun erreicht wurde. Höhere Ausdehnungsgrade konnten nicht gerettet werden, jedoch wurde immer eine mitunter bedeutende Lebensverlängerung erzielt. Es ist nicht unwichtig, noch einmal hervorzuheben, daß alle Fälle, die diese Ausdehnungsfläche verbrannt hatten, immer zugrunde gingen und daß auch bei viel geringeren Verbrennungsflächen ein so ungeheurer Prozentsatz Mortalität besteht, daß die erhaltenen Resultate immerhin sehr zufriedenstellend sind.

Es übrigt noch zu bemerken, daß ich, gleich Neumann, keinen merklich günstigen Einfluß auf den Ablauf der Verbrennungen durch das Wasserbett konstatieren konnte.

Referate.

Max Joseph (Berlin): **Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Krurin.**

Joseph hat schon vor 5 Jahren („Dermatol. Zentralblatt", VIII, 7) für die Behandlung der Ulcera cruris das Krurin, ein Chinolin-Wismut-Rhodanat mit Amylum zu gleichen Teilen, empfohlen. Mit Berufung auf Sambergers, Lichtenbergers und Behrings Publikationen, die alle das Krurin in vielen Fällen mit Erfolg angewandt haben, und unter Anführung einiger Krankengeschichten, die von praktischen Ärzten in objektiver Weise verfaßt und zur Verfügung gestellt wurden, dabei gestützt auf neue reiche Erfahrung empfiehlt Joseph neuerdings das Krurin, das aber bei der Applikation in stärkerer Konzentration stärkere Schmerzen verursacht. Man soll daher nur allmählich vom Verhältnis von 5—10 auf 100 Amylum zu Krurin und Amylum aa. partes übergehen. Die Wirkung besteht in der raschen Zerstörung schlechter Granulationen, in der Anregung des Gewebes zu frischer, gesunder Granulation, in schneller, energischer Beförderung der Epidermisbildung und nach der klinischen Beobachtung wie nach einer beigegebenen systematischen Versuchsreihe Dr. Kochs (Aachen) in einer intensiven Hemmung, ja Aufhebung des Wachstums von pathogenen, virulenten Bakterien.

K. F.

Hans Dietlen (Greifswald): **Über Herzdilatation bei Diphtherie**

Die diphtherische Myokarditis setzt durchschnittlich in der 1. Hälfte der 2. Krankheitswoche ein. Sie führt nicht selten zu Dilatation des Herzens verschiedensten Grades. Diese Dilatation erreicht meist allmählich, nicht mit einem Schlage, ihre größte Ausdehnung; sie setzt in der Regel mit dem Auftreten der Myokarditis, also in der 2. Krankheitswoche ein, ausnahmsweise aber schon ehe Pulsveränderungen deutlich werden, und erreicht ihren Höhepunkt mit der stärksten Ausbildung der Myokarditis, etwa in der 3. Krankheitswoche. Sie ist meist begleitet von diffusem Spitzenstoß, sichtbarer Herzpulsation im 2.—4.—7. Raum, Unrein- oder Gespaltenwerden der Herztöne, Akzentuierung des 2. Pulmonaltones, sehr häufig auch von einem blasenden systolischen Geräusch verschiedener Intensität. Die Dilatation bildet sich in den meisten Fällen wieder zurück, meist schon in der 4. Krankheitswoche, durchschnittlich 8—14 Tage, nachdem sie ihren Höhepunkt erreicht hat. Die Rückbildung ist um diese Zeit nur selten schon eine vollständige (in 14 Fällen nur zweimal), meist nur eine teilweise von ungefähr der Hälfte der Ausdehnung. Wie weit die Dilatation später noch zurückgeht, entzieht sich dem Urteil, da die beobachteten Kinder zumeist zum großen Teil nicht wieder untersucht werden können. Es scheint aber nach den wenigen Beobachtungen, über die Dietlen verfügt, nicht ganz unwahrscheinlich, daß sich ein Teil der Dilatationen überhaupt nicht mehr ganz zurückbildet („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 15). Der Grad der im einzelnen Falle

bestehenden Pulsveränderungen ist kein Gradmesser für die Größe der Dilatation, da einerseits auch bei ganz leichten Pulserscheinungen beträchtliche Dilatation eintreten, andrerseits bei schwereren Pulsstörungen die Dilatation nur gering ausfallen kann. Über die absolute Größe der Dilatation gibt die Perkussion allein nicht immer sicheren Aufschluß; leichte Dilatationen können der Perkussion auch ganz entgehen. Das orthodiagraphische Verfahren stellt, wo sich die äußeren Bedingungen für seine Anwendung finden, ein wichtiges Hilfsmittel für die Erkennung und Beurteilung der myokarditischen Herzdilatation dar. Prognostisch wichtig ist, daß auch ganz hochgradige Dilatationen keineswegs unbedingt schlechte Aussichten bieten, sondern in Heilung übergehen können. Andrerseits gibt aber der Anblick dieser hochgradig erweiterten Herzen mit offenbar ganz dünn ausgezogener Muskulatur eine eindrucksvolle Vorstellung von der Lebensgefahr, der solche Patienten durch drohende Herzlähmung ausgesetzt sind. Einem dringenden Gebot der Vorsicht dürfte es entsprechen, Diphtheriekranke mit Herzdilatationen erst dann aufstehen zu lassen, wenn die Dilatation sich ganz oder wenigstens bis zu einer stabilen Grenze zurückgebildet hat. BRAUN.

VIVALDI und RODELLA (Padua): Die Austerninfektionen.

Die seit langer Zeit nach Austerngenuß beobachteten Erkrankungen, teils schwere Magendarmkatarrhe, teils unter dem Bilde eines Abdominaltyphus verlaufende Allgemeinerkrankungen, veranlaßten die beiden Autoren, eine methodische bakteriologische Untersuchung der in den Austern vorkommenden pathogenen Keime anzustellen („Hygien. Rundschau", 1905, Nr. 4). Es gelang ihnen auch, in mehreren Austernproben einen der Gruppe der „Kapselbazillen" angehörigen Keim zu isolieren; die im Tierversuche bewiesene große Pathogenität dieser Keime rechtfertigt die Annahme, daß dieselben auch beim Menschen eine schädliche Wirkung entfalten, wenn sie mit den genossenen Weichtieren in großer Menge in den Darm gelangen. Die Verff. weisen darauf hin, daß die unter dem Bilde eines Abdominaltyphus verlaufenden, schweren Allgemeininfektionen viele Analogien haben mit den in den letzten Jahren zahlreich beobachteten paratyphösen Erkrankungen, die gleichfalls durch Bakterien der Koligruppe veranlaßt sind und früher gleich den Austernvergiftungen als „Fleischvergiftung" angesehen wurden. Um der Gefahr der Austerninfektion zu begegnen, sei darauf zu dringen, daß die Zuchtparke der Austern von jeder Verunreinigung bewahrt bleiben und daß die Mollusken nur in frischestem Zustande zum Verkaufe gelangen. A.

DOR (Paris): Die Desinfektion der Hände.

Während RYDYGIER und viele andere den Standpunkt vertreten, daß eine desinfizierte Hand, falls sie zu transpirieren beginne, nach wenigen Minuten aufhöre, steril (im praktischen Sinne genommen) zu sein, da infolge des Schweißes die Keime aus der Tiefe an die Oberfläche steigen, behaupten REVERDIN und MASSOL, es gebe keine Infektion der Hände durch den Schweiß. Auch schwitzende Hände können so weit desinfiziert werden, daß der Schweiß keine Bakterien enthalte. DOR beweist auf Grund eigener Versuche, daß die Desinfektion schwitzender Hände viel zu lange Zeit (über eine Stunde) in Anspruch nehme, daher praktisch undurchführbar sei. Auch könne der Schweiß nicht als chemisch indifferent angesehen werden. Deshalb dürfen Chirurgen und Geburtshelfer keine schweißfeuchten Hände haben. J. ST.

I. F. POSCHARSKI (St. Petersburg): Drei Fälle von solitärer Niere beim Menschen.

1. Fall. Bei dem 21jährigen, an kruppöser Pneumonie zugrunde gegangenen Patienten fand man bei der Sektion die rechte Niere auf 2·5mal vergrößert. Die Kapsel ließ sich leicht abziehen, die Kortikalschicht war verdickt, geschwollen, die Medullarschicht zeigte keine scharfe Abgrenzung von der Kortikalschicht. Die Papillen der Pyramiden waren verstrichen, die Calices erweitert. Der Ureter bot keine Veränderungen dar und mündete an der normalen Stelle in die Harnblase. Links fand man auch nicht eine Spur von Niere und von Ureter. Desgleichen fehlte die linke A. renalis vollständig. — 2. Fall. Bei der Sektion der Leiche einer 43jährigen Multipara fand man die linke Niere um das 1·5fache vergrößert. An Stelle der rechten Niere fand man einen weichen, häutigen, flachen, bohnengroßen Körper. Die rechte A. renalis ließ mit Mühe eine feine Knopfsonde durch. — 3. Fall. Bei dem 38jährigen, an Lungentuberkulose zugrunde gegangenen Patienten war die linke Niere mehr als um das zweifache vergrößert. Die rechte Niere, der Ureter und die rechte A. renalis fehlten vollständig. In sämtlichen drei Fällen („Chirurgija", 1904, Nr. 87, Bd. 15) bestand zu Lebzeiten auch nicht eine Andeutung für irgend welche Abweichungen von der normalen Funktion der Harnorgane. L—y.

L'HARDY (Paris): Über den Einfluß der Furcht bei Todesfällen in Chloroformnarkose.

TOULOUSE hat bereits die Aufmerksamkeit auf die große Rolle, welche die Furcht bei der Narkose spielt, gelenkt. Es sind Fälle bekannt, wo vor der Anwendung des Chloroforms während der Vorbereitungen zur Operation der Tod eintrat. Der amerikanische Chirurg BONDINE schiebt viele Todesfälle während der Chloroformnarkose der „großen Furcht" der Patienten zu und sucht dadurch die in Amerika unbeliebte Chloroformnarkose zu rehabilitieren. Kinder, welche die Gefahren des Chloroforms nicht kennen, vertragen die Narkose im allgemeinen besser als Erwachsene. Auch die Ungefährlichkeit des Chloroforms bei kreißenden Frauen kann vielleicht darauf zurückgeführt werden, daß diese infolge der starken Schmerzen nur an die Befreiung von den Wehen, nicht aber an die Gefährlichkeit des Mittels denken. J. ST.

ALEXANDER (Berlin): Über Vioformanwendung bei Pemphigus.

Verf. gebraucht zumeist folgende Salbe („Ther. d. Gegenw.", 1905, Nr. 3):

Rp.	Vioformi	4·0—6·0
	Bismut. subnitr.	9·0
	Lanolini	70·0
	Ol. olivar. ad.	100·0
	Mf. Ungt.	

Ein Spezifikum gegen den Pemphigus gibt es bislang noch nicht; mit der Vioformwismutsalbe können wir aber den Körper gegen die ihm am meisten bei einer solchen Erkrankung drohende Gefahr der Entkräftung schützen. Nach Verf.s Beobachtungen in einem Falle ist es angebracht, bei schweren Fällen die Salbe etwas stärker zu nehmen, und zwar 6 : 100, oder bei Verwendung der Vioformwismutsalbe von 4 : 100 erst mit Vioformpuder leicht die Wundfläche zu betupfen, wodurch auch die Salbe besser auf den nässenden Stellen haften bleibt. Sollten die dünnen Borken, welche sich bilden, durch große Unruhe der Patienten leicht zerstört werden, so wäre zu raten, der Salbe eine steifere Konsistenz zu geben. Verf. hat sie dann eine Zeitlang in folgender Zusammensetzung verwendet:

Rp.	Vioformi	6·0
	Bismuti subnitr.	9·0
	Lanolini,	
	Vaselini	aa. ad. 100·0
	Mf. Ungt.	

Zur Deckung der Salbe sollte nie Watte, sondern nur Mull verwendet werden. Von Interesse ist es, daß ALEXANDER die Salbe mit sehr gutem und schnellem Erfolge auch bei großen, nicht zu tiefgehenden Dekubitalgeschwüren und bei Mal perforant einer diabetischen und einer tabischen Patientin angewendet hat, sowie bei gangräneszierenden und einfachen Brandwunden. L.

K. K. HAIN (St. Petersburg): Zur Frage der physikalisch-chemischen Eigenschaften des Harns der Neugebornen und der Toxizität desselben.

Verf. hat an gesunden neugebornen Kindern in den ersten 6 Tagen nach deren Geburt Untersuchungen ausgeführt, die folgendes ergeben haben (St. Petersburger Dissert.; „Wratschebnaja Gazetta",

1905, Nr. 12): Die Diurese der neugebornen Kinder, die am ersten Tage durchschnittlich 16·8 cm^3 beträgt, steigt am 6. Tage bis 205·8 cm^3. Auf die Diurese wirken die Quantität der genossenen Nahrung sowie auch verschiedene andere Momente. Das spezifische Gewicht des Harns ist Schwankungen unterworfen, jedenfalls erreicht aber dasselbe das Maximum (1·013) am zweiten, das Minimum (1·003) am 6. Tage. Die durchschnittlichen Chlornatriummengen sinken in den ersten Tagen von 2·734‰ bis 0·995‰, nehmen aber am 5. bis 6. Tage wieder zu. Eine permanente Wechselbeziehung zwischen dem Chlornatriumgehalt des Harns und der Herabsetzung des Gefrierpunktes desselben wird ebensowenig beobachtet wie eine Wechselbeziehung zwischen der Quantität und dem Gefrierpunkt des Harns. Desgleichen sind keine streng bestimmten Wechselbeziehungen zwischen dem spezifischen Gewicht des Harns und dem Gefrierpunkt desselben vorhanden. Um die Toxizität des Harns neugeborner Kinder zu prüfen, hat Verf. an Mäusen eine Reihe von Untersuchungen angestellt, und zwar in der Weise, daß er die Wirkung dieses Harns mit derjenigen des Harns erwachsener Personen verglich. Diese Untersuchungen ergaben, daß der Harn Neugeborner giftiger ist als derjenige Erwachsener. L—y.

VINCENT (Paris): **Tetanos et Quinine.**

In der Literatur sind eine Reihe von Fällen mitgeteilt, in welchen der Tetanus im Anschluß an Chinininjektionen auftrat; in diesen Fällen war der Verlauf der Erkrankung ein foudroyanter, mehrere Kranke starben bereits 18 oder 24 Stunden nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen. Eine genaue Untersuchung der einschlägigen Fälle zeigt, daß die Annahme einer zufälligen Kombination oder einer Tetanusinfektion eben durch die Chinininjektion auszuschließen ist, so daß Verf. auf die Vermutung verfiel, ob nicht die subkutane Einverleibung des Chinin die Entwicklung bereits im Körper vorhandener Tetanuskeime begünstige. Diese Frage versuchte er auf experimentellem Wege zu entscheiden („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 18, pag. 748), indem er Meerschweinchen subkutan eine Mischung einer ausgewerteten sterilen Chininlösung und einer geringen Menge sporenhaltiger, durch 3 Stunden auf 80° erhitzter Tetanuskultur injizierte, während Kontrolltiere dieselbe Kulturmenge ohne Chinin erhielten. Die Kontrolltiere blieben gesund, während die Versuchstiere an Tetanus erkrankten, bisweilen sogar ein sehr akut verlaufendes Krankheitsbild darboten. Der fördernde Einfluß der Chinininjektion auf die Tetanusinfektion zeigte sich auch bei getrennter Einspritzung der Tetanuskultur und der Chininlösung, falls der Zeitraum zwischen beiden Injektionen nicht zu groß war (bis zu 4 Tagen). Den Einfluß des Chinins erklärt Verf. dadurch, daß es einerseits bei subkutaner Injektion eine lokale Gewebsnekrose hervorruft und dadurch die Vermehrung der Tetanusbazillen an Ort und Stelle befördert, andrerseits eine Hypoleukozytose bewirkt und dadurch den Organismus zum Teile seiner Schutzkräfte beraubt. Verf. zieht aus seinen Versuchen für die Praxis die Schlußfolgerung, daß man in Fällen, in welchen die subkutanen Chinininjektionen vorgenommen werden müssen, weil bei den betreffenden Patienten Wunden bestehen, die möglicherweise mit Tetanusbazillen verunreinigt sind, vor der Chinininjektion präventiv eine Einspritzung von Tetanusheilserum vornehmen soll. Dr. S.

M. S. NASAROW (Archangelsk): **Zur Behandlung des Scharlachs.**

In Anbetracht der immer noch mangelhaften Therapie des Scharlachs, bei dem man vornehmlich exspektativ bzw. symptomatisch vorgeht, dürfte die Mitteilung des Autors („Wratschebnaja Gazetta", 1905, Nr. 32) ganz besonderes Interesse für sich in Anspruch nehmen. Verf. hat in 35 Fällen mit sich stets gleich bleibendem Erfolg folgende Behandlungsmethode angewandt. Sobald die Diagnose sichergestellt ist, verordnet NASAROW Ichthyol in Kapseln; Kindern, die Kapseln nicht schlucken können, gibt er das Ichthyol in Wasser, weil wegen des höchst widerlichen Geschmacks des Mittels nur selten unverhüllt genommen wird. Gelingt es nicht, Ichthyol in wässeriger Lösung dem Kinde beizubringen, so verordnet NASAROW Oleum terebinth. rectif. in Milch, was die Kinder lieber nehmen. Wenn auch das Oleum terebinth. nicht vertragen wird, so bleibt nichts anderes übrig, als dasselbe subkutan in Substanz einzuführen. Die Dosen sowie die Formeln, in denen Verf. die beiden Mittel verordnet, sind:

Rp. Ammonii sulfoichthyol. . . . . 30·0
Aq. destillat. . . . . 10·0
MDS. Täglich 35 Tropfen in Kapseln Kindern von 12—13 Jahren, 25 Tropfen Kindern im Alter von 8—10 Jahren, 15—20 Tropfen Kindern im Alter von 5—8 Jahren. Erwachsene erhalten 50—60 Tropfen täglich.

Einen schädlichen Einfluß des Mittels selbst auf den Organismus hat NASAROW niemals beobachtet; das einzige, worüber die Patienten eventuell klagen, ist das unangenehme Aufstoßen, welches angeblich nach Naphtha riecht. Oleum terebinth. rectif. verordnet NASAROW stets in Milch und empfiehlt, vor der Einnahme auch ein Glas Milch trinken zu lassen. Kinder im Alter von 3—5 Jahren erhalten zehn Tropfen, im Alter von 5—10 Jahren 12—15 Tropfen, Erwachsene 30 Tropfen dreimal täglich. Außer der Behandlung mit irgend einem der beiden genannten Mittel empfiehlt Verf. Milchdiät und wenn möglich zweimal täglich Wannenbäder. Sämtliche Fälle des Verf.s endeten mit vollständiger Genesung. Nur bei einem einzigen Kinde, welches mit hereditärer Syphilis behaftet war, kam es zu einer Entzündung der Niere, die spezifischer Natur gewesen sein dürfte. Eine Desquamation der Epidermis wurde bei keinem einzigen Patienten beobachtet. Der Krankheitsverlauf dauerte 5—10 Tage. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Über **Badekuren im Kindesalter** berichtet HEUBNER („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 18). An zwei skrofulösen Kindern hat sich während des Gebrauches von Solbädern gezeigt, daß während des Bädergebrauches die Stickstoffbilanz in einem die Ausscheidung befördernden Sinne beeinflußt wurde. Daraus darf auf eine Steigerung der Zersetzungsvorgänge im Körper geschlossen werden, was in den Versuchen allerdings nur für das Eiweiß nachgewiesen wurde. Es darf aus den Versuchen ferner der Schluß gezogen werden, daß das Solbad einmal die Verteilung des Blutes zwischen Haut und Innerem verändert, dann, daß dadurch eine Einwirkung auf die peripheren vasomotorischen und wohl auch sensiblen Nerven stattfindet. Es ist ein Wagnis, blasse, magere und appetitlose Kinder mit Solbädern zu behandeln. Kohlensäurehaltige Solbäder wirken wahrscheinlich ebenfalls stärker als einfache Solbäder. Den Nutzen derselben bei herzkranken Kindern sieht HEUBNER als eklatant an. Moor- und Schlammbäder sollten auch bei kranken Kindern mehr angewendet werden, z. B. bei Lähmungen und chronischem Rheumatismus. Für hautkranke Kinder kommen die Schwefelthermen in Betracht. Warme bis heiße Bäder sind von günstiger Wirkung bei spastischen Kinderlähmungen.

— **Das Collargol bei der eitrigen Hornhautentzündung** hat LAPERSONNE vielfach gebraucht („Presse méd.", 1905, Nr. 36). Die Wirkung der Collargolapplikation äußert sich unmittelbar in einer Verminderung der Schmerzen und der Lichtscheu. In wenigen Tagen reinigt sich das Geschwür, das Hypopyon nimmt ab und verschwindet, und die Heilung geht mit minimaler Narbenbildung vonstatten. Die Collargolapplikation — 2—3mal des Tages bis alle 2—3 Stunden 2 Tropfen einer 5%igen Lösung zu instillieren — wird bis zur völligen Heilung fortgesetzt und macht nicht nur die Spülungen mit Quecksilbercyanür 1 : 5000 und die eventuelle Anwendung kleiner Atropindosen entbehrlich, sie schließt auch die Anwendung des Galvanokauters und die Vornahme einer Inzision der vorderen Augenkammer bei reichlichem Hypopyon mit nachfolgender Collargolspülung aus. Auch ist die gleichzeitige Behandlung der Tränenwege, eventuell mit Spaltung, Katheterismus und Injektionen von Collargollösung 1 : 50 notwendig.

— Zur **Serumtherapie der fibrinösen Pneumonie** berichtet PÄSSLER („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 82): Das von RÖMER zur Behandlung des Ulcus corneae serpens angegebene bakterizide Antipneumokokkenserum hat PÄSSLER an 24 Fällen von fibrinöser Pneumonie angewandt, von denen 4 starben; geschadet hat das

Serum nie. Der Injektion folgte fast regelmäßig eine Besserung des Allgemeinbefindens, oft eine ausgesprochene Euphorie, auch dann, wenn keine objektive Besserung vorhanden war. 6—12 Stunden nach der Injektion trat eine meist beträchtliche Temperatursenkung ein. In der Mehrzahl der Fälle blieb eine Pneumonie auf die bei Beginn der Serumbehandlung ergriffenen Lungenlappen beschränkt. In 4 Fällen von Lungenödem waren wenige Stunden nach der Injektion Trachealrasseln, Sputum und sämtliche Rasselgeräusche geschwunden. Die Lösung der pneumonischen Infiltration bei den Serumfällen bot keinerlei Abweichung von der Norm. Bei einer Reihe schwerer Fälle mit hochgradiger Kreislaufschwäche erfuhr nach der Serumbehandlung die Zirkulation eine auffallende Besserung. Die euphorische, temperaturherabsetzende Wirkung, die Beschränkung des lokalpneumonischen Herdes, die Seltenheit von Komplikationen, das wider Erwarten unmittelbar nach der Seruminjektion einsetzende Schwinden der eminenten Lebensgefahr, ferner Heilung trotz nachgewiesener Pneumokokkämie sprechen entschieden für eine Heilwirkung des RÖMERschen Serums. Wegen seines hohen Preises dürfte das Serum nur bei schweren Fällen anzuwenden sein. Als Einzeldosis kämen 20 cm^3 Serum subkutan in Betracht, die eventuell wiederholt werden muß.

— Das **Neuronal**, ein Bromderivat, und zwar Bromdiäthylazetamid von der Formel

$$\begin{matrix} Br \\ C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix} > C - CONH_2$$

ein weißes, kristallinisches Pulver, das bei 66—67° C schmilzt, in Alkohol, Äther, Benzol und Öl leicht, in Wasser schwerer löslich und von bitterem Geschmack ist, haben RASCHKOW („Pharm. u. ther. Rundschau", 1905, Nr. 8) und BLEIBTREU („Münchener med. Wochenschrift", 1905, Nr. 15) zumeist in 1 *g*-Dosen bei allen Fällen essentieller Schlaflosigkeit mit Erfolg gebraucht. Lagen aber Zustände sehr starker Erregung, paralytischen, katatonen, mechanischen oder hysterischen Ursprunges vor, so versagte das Neuronal ebenso, wie in diesen Fällen die meisten Hypnotika mit Ausnahme vielleicht von Veronal und Paraldehyd versagen.

— Zur **Serumtherapie, speziell des Ulcus corneae serpens** berichtet PAUL („Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.", Bd. 43). Verf. injizierte den Patienten nur eine verhältnismäßig kleine Serummenge (Pneumokokkenserum) subkutan, gleichzeitig aber führte er subkonjunktivale Seruminjektionen und Einträufelungen auf das Ulkus selbst aus. Später gab er die subkonjunktivalen Injektionen auf, verabreichte aber viel größere subkutane Dosen. PAUL behandelte nach der ersten Methode 6 Patienten. Dieselben erhielten 3—4 cm^3 Pneumokokkenserum subkutan injiziert, gleichzeitig erhielten sie subkonjunktival $1^1/_2$ cm^3 und 1—2stündlich einen Tropfen Serum auf das Ulkus selbst geträufelt. Bei zwei Patienten heilte unter dieser Therapie das Ulkus glatt, bei den vier anderen versagte sie vollständig, drei Fälle mußten kauterisiert werden und im letzten erwies sich die SAEMISCHsche Spaltung unumgänglich. Weitere 4 Fälle behandelte PAUL nach der neueren Vorschrift. Auch diese Therapie hatte nicht die erwarteten Erfolge.

— Das **Isopral** hat KRESS („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 16) in 60 Fällen mehrfach verwendet. Als Hypnotikum ist es vor allem bei jenen Nervösen und Neurasthenikern indiziert, bei denen die Agrypnie in einer Erschwerung des Einschlafens bedingt ist, bei denen aber nach Überwindung dieser Schwierigkeit ein genügend langer Schlaf zu erwarten steht. Da die Wirkung des Isoprals sich schon nach wenigen Minuten geltend macht, ist es ratsam, dasselbe erst nehmen zu lassen, wenn der Patient im Bett zum Schlaf bereit liegt und weitere exogene Störungen beseitigt sind. Mit geringen Ausnahmen wurde mit 0·5 *g* Isopral guter Schlaf erreicht; mehr als 0·75 hat Verf. nie verordnen müssen. Der Schlaf war stets erquickend, unangenehme Neben- oder Nachwirkungen wurden nicht konstatiert.

— Über die **Ausräumung des vorderen Halsdreiecks bei Zungenkrebs** berichtet BUTLIN („British med. Journ.", 1905, Nr. 6). Verf. macht einen Schnitt vom Warzenfortsatz zum Sternoklavikulargelenk entlang dem vorderen Rande des Kopfnickers. Ein zweiter Schnitt beginnt an der Symphyse des Kinns und trifft den ersten am oberen Rande des Schildknorpels. Die beiden Hautlappen werden zurückgeschlagen. Dann beginnt man vom Sternum an die großen Gefäße frei zu präparieren, die gesamte Fett- und Drüsenmasse, die über den Gefäßen liegt, wird von unten nach oben abgelöst und im Zusammenhang entfernt; ebenso werden die Muskeln völlig freipräpariert, die Submaxillardrüse und der unterste Teil der Parotis werden mitentfernt. Die Operation dauert $1^1/_2$—$1^3/_4$ Stunden. Man achte auf genaueste Blutstillung und drainiere mit Gazestreifen und Drainröhren. Häufig muß die Vena jugularis, zuweilen auch ein Stück der Karotis externa entfernt werden. Verf. empfiehlt, die Operation zweizeitig zu machen. Von 1895 bis 1901 hat er sie 28mal ausgeführt. Die zweizeitige Operation ist ungefährlicher, der zweite Akt kann gewöhnlich am 9. Tage vorgenommen werden. Von den 24 Fällen welche die Operation überlebten, starben 4 an Drüsenrezidiven (ohne Mundrezidiv), 10 sind völlig geheilt geblieben.

— Das **Aristolöl** eignet sich nach DAXENBERGER („Wochenschrift f. Therap. u. Hyg. d. Auges", 1904, Nr. 10) für fast alle entzündlichen Lidaffektionen, so bei den verschiedensten Blepharitiden nach Entfernung der kranken Cilien, nach Reinigung von Schuppen und Krusten (am besten mit H_2O_2), ferner bei Verbrennungen der Lider und Bindehaut, speziell auch nach Anwendung des Thermo- oder Galvanokauters oder stärkerer Ätzmittel zur Stillung der Schmerzen. Bei gleichzeitig stärkerer Beteiligung der Bindehaut und Hornhaut oder bei alleiniger Affektion letzterer geht man besser, um eine gleichmäßige Verteilung zu erhalten, in geeigneten Fällen zu Instillationen mit Aristolöl über. Auch in einem Falle von Episkleritis wirkten öftere Aristoleinträufelungen auffallend günstig, namentlich auf die Schmerzen. Bei Epithel-Erosionen und oberflächlichen Hornhautgeschwüren traumatischer Natur konnte DAXENBERGER in einigen Fällen nach Aristoleinträufelungen und Schlußverband ein rasches Nachlassen des Schmerzes und relativ rasche Epithelialisierung der Hornhaut konstatieren. Als Mittel gegen Kalkverätzungen der Konjunktiva und Kornea sind Aristolölinstillationen nach gründlicher Reinigung gleichfalls angebracht und wirken sehr schmerzstillend. Es ist so möglich, ja wahrscheinlich, daß dadurch größere Verwachsungen und Trübungen verhütet werden können.

— Der **Dünndarmkatarrh** ist eine der am häufigsten vorkommenden krankhaften Störungen des Säuglingsalters. WEISS („Heilkunde", 1905, Nr. 7) hat früher zumeist Opium gegeben, und zwar entweder in der Form der Tinktur oder in Form des Pulv. Dover. Von dieser Medikation ist er im Laufe der Jahre allmählich abgekommen. Gegenwärtig ist er der Meinung, daß nebst der diätetischen Therapie ein Medikament in solchen Fällen ganz besonders Berechtigung hat und auch meist zum Ziele führt, das ist das Tannigen. Er verschreibt:

Rp. Tannigen . . . . 0·3
Paulin. Sorbil. . . . . 0·05
Mfpulv.

Von diesen Pulvern läßt er täglich vier Stück verabreichen.

— Aus Untersuchungen über **Bromokoll als Nervinum** von HUGO MAIER („Allg. med. Zentral-Ztg.", 1905, Nr. 15) geht hervor, daß Bromokoll die Strychninwirkung herabzusetzen imstande ist. Verf. operierte mit weißen Mäusen. Eine Abschwächung der Strychningiftwirkung in vitro findet nicht statt. Strychninlösung, die 24 Stunden mit Bromokoll geschüttelt wurde, entfaltete nach dem Filtrieren ihre volle Giftwirkung. Alle Tiere zeigten nach der Injektion der verhältnismäßig enormen Bromokolldosis große Schläfrigkeit.

— Die **Kalomelolsalbe** (Unguentum Heyden) ist zur Einreibungskur zu empfehlen in all den Fällen, in welchen es sich um eine milde Verordnung von Quecksilber in unauffälliger Form handelt und in welchen die Patienten vor grauer Salbe zurückschrecken. Sie empfiehlt sich zu milden Zwischenkuren im Sinne der FOURNIERschen und NEISSERschen intermittierenden Kuren. Sie empfiehlt sich für alle Personen mit empfindlicher Haut, bei allen denjenigen Formen von Hg-Idiosynkrasie, bei welchen eine Einreibung mit grauer Salbe nicht möglich ist. Sie ist ein sehr gutes Heilmittel zur Behandlung der Pediculi pubis. Innerlich in Tabletten zu 0·01 mit Opiumsalz ist das Kalomelol ebenfalls für schwache Zwischenkuren oder für Kuren, in welchen Einreibungen oder Einspritzungen nicht möglich sind, zu empfehlen. Lokal hat sich das Kalomelol mit

Amylum zu gleichen Teilen oder in der Form von 2%igen Kalomelolumschlägen bewährt. Der Kalomelol-Salizyl-Seifen-Trikoplast und der Kalomelol-Pflastermull sind wegen ihrer unauffälligen Farbe ein gutes Erweichungsmittel zur lokalen Behandlung luetischer Effloreszenzen und indurierter Drüsen.

— Das **Aristochin** hat DEUTSCH („Zentralbl. f. Kinderheilkunde", 1905, Nr. 3) bei 35 Pertussiserkrankungen verwendet. Er fand desto größeren Erfolg, je früher und in je größeren Dosen das Aristochin gereicht wird. Wenn die gewöhnliche Einzelgabe 0·05—0·1 bei Säuglingen und 0·3 bei größeren Kindern dreimal täglich nicht genügt, so verabreicht er 0·2—0·25 und 0·4—0·5 ebenfalls dreimal und hat nie die lästigen Symptome des Chininrausches beobachtet. Wenn man es im ersten Stadium der Krankheit reicht, ist der Krankheitsverlauf ein abgekürzter, die Anfälle selten und mild verlaufend. Eklatant waren die Erfolge bei 11 Kindern, in deren Umgebung typische Erkrankungen beobachtet wurden und man daher in der angenehmen Lage war, gleich in dem ersten Stadium das Mittel anzuwenden. Bei überaus gehäuften und heftigen Attacken kombiniert Verf. in den ersten Tagen der Behandlung das Aristochin mit Heroin oder Dionin. Bei früher Anwendung dieses Mittels entwickeln sich pulmonale Symptome äußerst selten, wenn doch, läßt Verf. Kreosotal anwenden.

Literarische Anzeigen.

Die Tuberkulose, ihre Ätiologie, Prophylaxis und Therapie. Von **Dr. J. Goldschmidt.** Leipzig 1904, F. C. W. Vogel.

GOLDSCHMIDTs Buch ist auf Grundlage einer reichen klinischen Erfahrung und eigener experimenteller Untersuchungen entstanden. Es trägt vorwiegend dem zum Schaden der Kranken so lange vernachlässigten Gebiete der Prophylaxe Rechnung, die durch Verbesserung der hygienischen und allgemein sanitären Verhältnisse, Versorgung reichlichen und guten Trinkwassers, Verbesserung der Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse etc. schon einen segensreichen, hemmenden Einfluß auf die Ausbreitung der Tuberkulose geäußert hat und sicherlich in vermehrtem Maße noch äußern wird. Ätiologie, Disposition, Immunität, individuelle und allgemeine Prophylaxe sowie die Therapie sind in lichtvoller Weise dargestellt, die wichtigsten Maßnahmen in übersichtlicher Form zusammengefaßt worden.

B.

Atlas und Grundriß der allgemeinen pathologischen Histologie. Von **Doz. Dr. Hermann Dürck.** Lehmanns medizinische Handatlanten. München, Bd. 22.

Der Zweck des Werkes ist offenbar didaktisch gedacht und wird in ausgezeichneter Weise erfüllt, sowohl was den Text betrifft, als auch mit Rücksicht auf die Auswahl und die Ausführung der Bilder. Der Text orientiert nicht nur sehr gut über die Befunde, sondern auch für die Bedürfnisse des Lernenden genügend über wichtige Auffassungen und ein wenig über die Entstehung der Erkenntnisse. Der im Titel versprochene Anhang über pathologisch-histologische Technik ist wohl einem eigenen Hefte vorbehalten worden. 80 vielfarbige Tafeln und 36 eingeschaltete Figuren veranschaulichen den Text sehr gut und zeigen ein weitgehendes Bestreben, mit den Mitteln der Reproduktion der Treue der Zeichnung nahezukommen.

I.

Anleitung zur Bestimmung der Refraktions- und Akkommodations-Anomalien des Auges. Für Rigorosanten und praktische Ärzte. Von **Dr. Maximilian Bondi,** em. I. Assistenten an der I. Universitäts-Augenklinik in Wien. 1904, Josef Šafář.

BONDI hat sich bei den Studenten durch dieses Büchlein ein wesentliches Verdienst erworben, indem durch dasselbe die ja so oft fehlerhaften Skripta außer Kurs gesetzt werden. Es ist lediglich für den Rigorosanten geschrieben und erhebt auch nur den Anspruch einer Hilfsbroschüre für den Einpauker. Als solche erfüllt sie ihren Zweck vollständig und leistet dem Rigorosanten, der alles in nuce gefaßt haben will, gute Dienste.

KÖNIGSTEIN.

Feuilleton.

Die Reform und der Ausbau der Arbeiterversicherung und die Wiener Ärztekammer.

(Schluß.)

Diese Einheitskassen — territorial eingerichtet, wobei auf die genügende Leistungsfähigkeit Rücksicht zu nehmen wäre — sollen aber in einem gewissen inneren Zusammenhang stehen. Die Mitglieder der Kassen hätten dadurch nicht nur den Vorteil, daß sie von den besser organisierten und daher leistungsfähigeren Kassen erhöhte Leistungen zu erwarten hätten, sondern noch den nicht zu unterschätzenden Vorteil, daß sie bei der Zusammengehörigkeit der einzelnen territorialen Kassen die Freizügigkeit im Krankheitsfalle erlangen würden, die ihnen heute fehlt, ein Umstand, der häufig genug mit schwerer Schädigung für den Kranken verbunden ist, da die Krankenkassen dem Kranken nur insolange Unterstützung zu gewähren verpflichtet sind, als er sich in ihrem Sprengel aufhält.

Ein weiterer großer Vorteil wäre darin zu finden, daß die Beiträge zu der Krankenversicherung gleichmäßigere sein könnten. Heute sehen wir, daß für dieselbe Versicherungsleistung von verschiedenen Kassen verschiedene Beiträge eingehoben werden, Beiträge, die oft um die Hälfte und mehr differieren.

Ein Ausgleich des Risikos bei vermehrter Leistungsfähigkeit und besserer Organisation wäre die Folge der Einheitskassen.

Die Einwände gegen die Einheitskassen sind nicht stichhaltig. Es spielt in dieser Frage, wie bei allen sozialpolitischen Fragen, leider mehr das politische als das soziale Moment eine Rolle.

Die Einheitskasse hätte die Basis für die anderen Versicherungszweige abzugeben. Eine organische, engere Verbindung der Krankenkassen mit den beiden anderen Versicherungsinstituten ist notwendig. Bei der im Reformprogramm vorhergesehenen Organisation haben die Krankenkassen manche Agenden der anderen Institute gewissermaßen im übertragenen Wirkungskreise zu versehen. Ein Interessenkonflikt zwischen den einzelnen Instituten, bedingt durch fiskalische Rücksichten, ein Konflikt, wie er heute schon vielfach zwischen Krankenkassen und den Unfallversicherungsinstituten besteht, ist unvermeidlich und wird auf Kosten und zum Schaden der Versicherten ausgeglichen werden. Alle diese Institute haben aber ein und dasselbe Interesse: Verhütung von Krankheiten, Unfällen, vorzeitiger Invalidität resp. rascheste Wiederherstellung der Erkrankten und Verletzten. Diese Institute hätten daher Hand in Hand zu gehen, einander zu ergänzen und auszuhelfen, nicht etwa zu bekämpfen. Die Krankenkassen, denen nach dem Entwurfe bei Feststellung der Unfallsfolgen und der Invalidität eine wichtige Aufgabe zufällt, werden oft genug geneigt sein, den anderen Instituten die Lasten zuzuschieben, die Unfalls- und Invalidenversicherungsinstitute werden als die höheren und mächtigeren Instanzen mit mehr Erfolg den Krankenkassen Lasten aufzuwälzen imstande sein, die sie eigentlich zu tragen hätten.

Besteht aber zwischen diesen Instituten keinerlei Interessenkonflikt, dann werden derartige unerquickliche, die Versicherten schädigende Streitigkeiten leichter zu vermeiden sein.

Da die Arbeiterversicherung ein finanzielles und soziales Interesse an der Verhütung von Krankheiten und Unfällen hat, müßte derselben ein Einfluß auf die Einführung von sanitären Maßregeln und von Schutzvorrichtungen in den Betrieben zustehen. Wenn auch das Programm diesbezüglich einige Ansätze aufweist, so genügen die vorhergesehenen Rechte durchaus nicht. Die Krankenkassen, als diejenigen Institute, welche mit dem erkrankten und verletzten Arbeiter am ehesten und meisten Kontakt haben, sollten auch das Recht haben, Betriebe zu inspizieren und Mißstände zur Anzeige der kompetenten Behörden zu bringen.

Das Institut der Gewerbe-Inspektoren wäre vor allem auszubauen.

Nach dem Gesetze vom 17. Juni 1883 besteht die Aufgabe der Gewerbe-Inspektoren vor allem in der Überwachung der gesetzlichen Vorschriften, betreffend:

1. die Vorkehrungen und Einrichtungen, welche die Gewerbe-Inhaber zum Schutze des Lebens und der Gesundheit der Arbeiter zu treffen verpflichtet sind;

2. die Verwendung von Arbeitern, die tägliche Arbeitszeit und die periodischen Arbeitsunterbrechungen;

3. die Führung von Arbeiterverzeichnissen und das Vorhandensein von Dienstordnungen, die Lohnzahlungen und Arbeiterausweise.

Alle diese Vorschriften dienen direkt der Wohlfahrt des Arbeiters und beeinflussen nicht nur die wirtschaftlichen, sondern fast noch in höherem Grade die sanitären Verhältnisse desselben. Die Arbeiterversicherungsinstitute haben an der Einhaltung und Überwachung dieser Vorschriften daher das größte Interesse.

Es wäre demnach nur natürlich und sachgemäß, wenn die bezeichneten Aufgaben auch von den interessierten Instituten erfüllt werden würden.

Das Institut der Gewerbe-Inspektoren könnte ohne viel Mühe der Arbeiterversicherung beigeordnet werden. Ein Ausbau dieser Institution wäre aber in erster Linie in der Richtung nötig, daß gehörig ausgebildete Organe der Krankenkassen sowie gehörig ausgebildete Ärzte als Sanitätsinspektoren diesem Dienste beigezogen werden.

Den Ärzten oblag bisher bei der Krankenversicherung eine wichtige, fast möchte man sagen die wichtigste Aufgabe.

Nicht nur fiel ihnen die Behandlung der erkrankten Versicherten zu, die seit Einführung der obligatorischen Versicherung von Jahr zu Jahr größere Ansprüche an die Ärzte stellte, sondern auch auf die Verwaltung der großen Geldmittel, über welche die Kassen verfügen, erstreckt sich der Einfluß der Ärzte. Tatsächlich haben die Ärzte das weiteste Verfügungsrecht über die aufgebrachten Gelder, es hängt zum allergrößten Teil von ihnen ab, ob diese Mittel, auf welche gewöhnlich einzig und allein der erkrankte Arbeiter angewiesen ist, entsprechend und gewissenhaft verwendet werden zum Nutzen des Einzelnen und der Gesamtheit. Neue, schwere Aufgaben stehen den Ärzten bevor. Auch bei der Feststellung der Unfälle und ihrer Folgen sowie bei Feststellung der Invalidität fällt ihnen die schwierigste Aufgabe zu, die zu lösen die größte Gewissenhaftigkeit und Sorgfalt nötig ist. Mehr noch als jetzt wird der Arzt die unbeteiligte Mittelperson sein zwischen dem einzelnen erkrankten oder invaliden Arbeiter und der Gesamtheit, mehr noch wie bisher wird er verpflichtet sein, Rechte und Pflichten aller dieser Faktoren unparteiisch und unvoreingenommen zu überprüfen und zu vertreten.

Es ist daher um so mehr nötig, daß die Ärzte eine von beiden Parteien unabhängige Stellung einnehmen im Interesse des einzelnen Versicherten als auch der Institute.

Als charakteristisch dafür, wie viele Kreise die Aufgabe der Ärzte bei der Arbeiterversicherung auffassen, möge folgende Tatsache dienen. In Deutschland bekämpfen die meisten Kassenverwaltungen sowie die Parteiorgane der Arbeiter die freie Ärztewahl bei den Krankenkassen, da ihnen die Abhängigkeit des Kassenarztes von den Kassenleitungen im Interesse der Krankenkassen, de facto aber der Kassenleitungen nötig erscheint, fordern aber energisch, daß bei der Unfallversicherung nicht die Vertrauensärzte der Unfallversicherungsanstalten, sondern ein jeder Arzt das Gutachten über die Unfallsfolgen abzugeben befugt sei. Mit anderen Worten: sie sind für freie Ärztewahl resp. für fix angestellte Ärzte, je nachdem es der tatsächliche oder scheinbare Vorteil ihrer Anhänger und ihrer selbst erfordert.

Die bisherige Tätigkeit der Ärzte bei den Krankenkassen war eine befriedigende. Seine Exzellenz der gewesene Ministerpräsident Dr. v. Koerber hat in der Interpellationsbeantwortung vom 8. April 1902 im hohen Abgeordnetenhaus folgendes gesagt:

„*Ich anerkenne rückhaltslos die Verdienste*, welche sich *der gesamte österreichische Ärztestand* durch die Mitwirkung bei der Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung erworben hat, um so mehr als sich diese Mitwirkung vermöge verschiedener Verhältnisse zum Teil zu einer *für die Ärzte opfervollen* gestaltet hat und dabei *Unzukömmlichkeiten* zutage getreten sind, *deren Beseitigung oder Milderung vom Ärztestand nicht mit Unrecht gefordert wird.*

Um so enttäuschter ist die Wiener Ärztekammer, daß zu der Beseitigung dieser zugestandenen „Unzukömmlichkeiten", welche „die Ärzte nicht mit Unrecht fordern", in dem Reformprogramm der hohen k. k. Regierung kaum ein Ansatz zu finden ist.

Die Ärztekammer muß es vielmehr mit Bedauern und größtem Nachdruck hervorheben, daß in den Erläuterungen zu dem Reformprogramm die tatsächlichen Verhältnisse der Ärzte bei den Krankenkassen unrichtig dargestellt werden und so Anlaß zu falschen Vorstellungen und Schlüssen gegeben wird. In den tabellarischen Übersichten über die bisherigen Ergebnisse bei den Krankenkassen erscheint überall die Rubrik „Kosten für Ärzte".

Tatsächlich gibt es aber in den Ausweisen der Krankenkassen eine derartige Rubrik überhaupt nicht, sondern nur eine Rubrik: Kosten für ärztliche Hilfe und Krankenkontrolle! Die Höhe der Kosten für Krankenkontrolle (Laienkontrolle!) läßt sich leider mangels genauer Nachweise nicht sicher eruieren, charakteristisch ist jedenfalls, daß z. B. bei der Wiener Bezirkskrankenkasse (1902) diese Kosten 23% der Gesamtausgaben für Ärzte und Kontrolle betrugen, demnach fast den vierten Teil der Summe, welche in den offiziellen Berichten und Nachweisen als Einnahme der Ärzte angeführt wird! Bedenkt man ferner, daß in diese Summe die Fahrkosten der Ärzte am flachen Lande einbezogen sind, daß ferner bei vielen Betriebskrankenkassen den Ärzten einerseits Aufgaben obliegen, welche mit der Krankenversicherung nichts gemein haben (z. B. Untersuchung von Bewerbern für den Bahndienst etc.), andrerseits bei den Betriebskrankenkassen vielfach die Familienmitglieder auf Arzt, gewöhnlich nicht auch auf Medikamente (die ja Geld kosten) versichert sind, muß man gestehen, daß aus all diesen Tabellen und Nachweisen die tatsächliche Bezahlung der Ärzte sich nicht berechnen läßt.

Noch weniger einwandfrei ist die Berechnung der voraussichtlichen Beitragserfordernisse für die Krankenversicherung. *Nur mit größter Sorge kann die Ärzteschaft in die Zukunft blicken, wenn sie sieht, wie die hohe k. k. Regierung sich die Bezahlung der Ärzte in Zukunft denkt. Diese Berechnungen werden ja den Krankenkassen maßgebend sein und den gelegensten und erwünschten Einwand gegen die Bestrebungen der Ärzte um Verbesserung ihrer Lage zur Hand geben.*

Die Regierung berechnet vor allem den Durchschnitt der letzten 5 Jahre und bringt für den jährlichen Aufwand pro Mitglied K 2·63 für den Arzt heraus. Schon diese Summe ist unrichtig, wie wir oben dargelegt haben. Noch unrichtiger erscheint diese Berechnung, wenn man bedenkt, daß 1902 schon K 3·01 für Arzt und Kontrolle verwendet wurden. Zusammen mit der Auslage für Medikamente macht das K 5·16 aus.

Die hohe Regierung gesteht die stetige Steigerung der Ärztekosten zu, nimmt eine höhere Morbilitätsziffer und noch andere nicht näher bezeichnete Momente mit zur Hilfe, um bei einer Unterstützung der Kranken in der Dauer von 52 Wochen K 5 für Arzt, Medikamente, Laienkontrolle etc. zu veranschlagen, während diese Kosten 1902, wo die weitaus überwiegende Zahl der Kassen nur 20 Wochen Unterstützung gewährte, schon K 5·16 betrugen. Für eine höhere Leistung berechnet die hohe k. k. Regierung eine geringere Bezahlung, eine Bezahlung, die um so geringer ausfallen muß, als die Ausgabe für Medikamente infolge der höheren Unterstützungsdauer jedenfalls steigen wird. Der 20%ige Zuschlag, den die Regierung zu diesen Kosten in Rechnung bringt, ist ja analog dem Kostenzuschlag zu den Nettoerfordernissen für Kranken- und Sterbegeld, für Verwaltungsauslagen und Reservefonds bestimmt.

Nimmt man ferner hinzu, daß eine Mehrleistung der Krankenkassenärzte durch die übertragenen Leistungen für die Unfall- und Invalidenversicherung bevorsteht, dann begreift man diese Berechnung der Regierung noch weniger.

Die hohe k. k. Regierung, welche die opfervolle Tätigkeit der Ärzte anerkannt hat, welche die tatsächlichen Mißstände zu beseitigen versprochen hat, weist den Krankenkassen und der eventuell intervenierenden Aufsichtsbehörde direkt den Weg, die Ärzte neuerdings und noch schwerer zu schädigen.



Ebenso wie in Deutschland die Reform des Krankenkassengesetzes für die Ärzte das Signal zum Kampfe und zur Selbsthilfe gegeben hat, wird, wie die Wiener Ärztekammer es mit Bedauern voraussieht, auch in Österreich die Durchführung dieser Reform im Sinne und Geiste des Regierungsprogrammes die Ärzte nötigen, ihre Interessen selbst zu wahren und den Weg der Selbsthilfe zu betreten. Daß durch einen derartigen Konflikt nicht nur die Ärzte schwer geschädigt werden, sondern auch die Krankenkassen nicht ohne Wunden davonkommen können, ist nach den in Deutschland gemachten Erfahrungen klar. Die Wiener Ärztekammer erwartet daher von einer hohen Regierung, daß die hier erörterten Mängel des Reformprogrammes in Erwägung gezogen werden und daß bei der tatsächlichen Durchführung des neuen Gesetzes die Interessen der Ärzteschaft mehr berücksichtigt werden, als in Aussicht genommen worden ist.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Sitzung vom 9. Juni 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse.")

E. Ranzi demonstriert aus der Klinik v. Eiselsberg 6 Fälle von subphrenischem Abszeß. Zwei derselben sind nach Perityphlitis, die übrigen nach Perforation eines Ulcus ventriculi entstanden; zweimal waren die Abszesse gashaltig. Außerdem wurden noch 2 Fälle operiert, 2 Fälle starben. Die Operation bestand in Inzision und Drainage unter Vermeidung einer Eröffnung der Pleura. Als Eitererreger fanden sich Bacterium coli, Streptokokken, Staphylokokken und Diplokokken.

J. Hochenegg hat 15 Fälle mit einem Todesfall operiert. Die Ursachen des subphrenischen Abszesses waren Ulcus ventriculi, Gallenblasenvereiterung und Perityphlitis, in 5 Fällen waren die Abszesse metastatischer Natur nach Otitis, Zahnextraktion und Anthrax. Es genügt, den Abszeß zu eröffnen und zu drainieren.

J. Schnitzler hat wegen subphrenischen Abszesses unter 10 Patienten nur einen verloren. Die metastatischen Formen sind manchmal Kombinationen von subphrenischem und perinephritischem Abszeß; letzterer kann von kleinen metastatischen Nierenabszessen ausgehen. Dieser Entstehungsmodus wurde experimentell erwiesen. Wenn man geringe Mengen von Staphylokokken Kaninchen injiziert, so erkranken sie nicht, wenn auch die Autopsie zeigt, daß in der Niere kleine metastatische Abszesse sitzen; wenn man aber dann eine solche Niere perkutan quetscht, so bildet sich ein perinephritischer Abszeß aus.

Krumpholz stellt aus der Abteilung Pal*s* eine 53jährige Frau vor, welche nach einem Selbstmordversuch durch Leuchtgaseinatmung bewußtlos aufgefunden und nach einer Stunde durch Digitoxininjektion sowie Sauerstoffeinatmung zum Bewußtsein gebracht wurde. Bald darauf traten amnestische Aphasie und zirkumskripte Hautgangrän am Abdomen und der Vorderfläche des rechten Oberschenkels auf. Die Sprachstörung ist bis auf geringes Silbenstolpern zurückgegangen, die gangränösen Hautpartien wurden abgetragen.

Wilh. Knöpfelmacher demonstriert drei Geschwister, 15, 6 und $2^1/_2$ Jahre alt, mit kongenitalem sporadischen Kretinismus. Dieselben sind im Wachstum zurückgeblieben, das erste Kind zeigt die Größe und die Entwicklung des Knochensystems eines 4jährigen, das zweite eines $2^1/_2$jährigen Kindes. Als weitere Symptome des Kretinismus sind noch zu bemerken: breite Nase, großer Kopf, aufgetriebene Lippen, offener Mund, struppiges Haar, trockene Haut, Schwachsinn, kurze Finger, aufgetriebenes Abdomen, plumper Körperbau. Das älteste Kind hat einen Kropf und myxödematöse Beschaffenheit der Haut, bei den beiden anderen ist die Schilddrüse nicht nachweisbar. Vortr. beabsichtigt, Schilddrüsenfütterung anzuwenden und dann kleine Thyreoideastücke unter die Haut zu transplantieren.

Leop. Freund stellt aus der Klinik Fingers einen durch Radiotherapie geheilten Fall von Rhinosklerom vor. Die Nase des Pat. war verdickt, hart infiltriert, der Naseneingang durch derbe Tumormassen verschlossen, ebensolche saßen am harten Gaumen und an der hinteren Rachenwand. In den Geschwulstmassen fanden sich Ducreuxsche Bazillen. Unter dem Einflusse von 23 Röntgenbestrahlungen sind die harten Infiltrate bis auf eine verdickte Partie an der linken Nasenseite verschwunden.

M. Heitler berichtet über seine Versuche, betreffend den Zusammenhang von Volumsveränderungen des Herzens und des Pulses. Vortr. hat bereits früher nachgewiesen, daß bei kleinem Pulse die Herzdämpfung groß und umgekehrt bei großem Pulse klein ist. Diese Beobachtungen wurden bei Fällen von Pulsarhythmien angestellt. Nun hat Vortr. gefunden, daß man das Herz und den Puls in ihrer Größe durch verschiedene Eingriffe beeinflussen kann. Perkutiert man die Leber, so wird der Puls groß und die Herzdämpfung kleiner, übt man auf die Leber oder auf die 2. oder 3. Rippe einen Druck aus, so wird der Puls kleiner und die Herzdämpfung in den einzelnen Durchmessern um 0·5—2·6 *cm* größer. Die Herzbefunde wurden radioskopisch kontrolliert.

K. Ewald bespricht eine in Vergessenheit geratene vorzügliche Methode zur Behandlung der Schenkelhalsfrakturen. Bei Anwendung der jetzt üblichen Behandlungsmethoden resultiert eine Verkürzung des kranken Beines, weil der Schenkelhals nach der Heilung einen spitzeren Winkel mit dem Femur einschließt (bis 90°) als an einem normalen Bein (zirka 128°). Wird das kranke Bein während der Konsolidierung in starker Abduktion gehalten, so heilt der Schenkelhals in einem stumpferen Winkel an als sonst, wodurch die Verkürzung ausbleibt. Vortr. gipst das kranke Bein in starker Abduktionsstellung ein und erreicht dieselbe respektive die entsprechende Schiefstellung des Beckens beim Herumgehen im Verbande durch eine Sohleneinlage von 5 *cm* Dicke unter dem gesunden Fuß. Bei Erwachsenen muß man die Extension anwenden. Die Methode ist schon vor vielen Jahren von Morisani angegeben worden.

Sitzung vom 16. Juni 1905.

H. Koschier stellt einen Mann vor, bei welchem er die Totalexstirpation des Larynx wegen Karzinoms vorgenommen hat, nachdem eine Woche vorher die Tracheotomie ausgeführt worden war. Die Wunde wurde tamponiert. Pat. trägt eine Kanüle und spricht mit ziemlich vernehmbarer Flüsterstimme.

Osk. Föderl demonstriert ein Messer zur Bildung Thierschscher Lappen. Dasselbe ist in einen Rahmen eingespannt, dessen hinterer Balken das Ausfahren nach oben oder unten beim Schneiden verhindert, während der vordere Balken die Haut vor dem Messer streckt. Mit dem Apparat gelingt es auch Ungeübten leicht, große Lappen abzupräparieren.

Ferner stellt derselbe einen Fall von kompletter intraperitonealer Blasenruptur vor. Pat. hat dieselbe durch einen Sturz aus dem Fenster akquiriert und gleichzeitig eine suprakondyläre Fraktur der rechten Tibia und einen mehrfachen Wirbelbruch erlitten. Die Blasenruptur verriet sich durch heftigen Harndrang, während durch den Katheter nur reines Blut entleert werden konnte. Als Erbrechen auftrat, wurde laparotomiert; es fand sich ein 8 *cm* langer, sagittal verlaufender kompletter Blasenriß von der Umschlagsstelle des Peritoneums nach rückwärts, der sich noch weiter nach abwärts in einen inkompletten fortsetzte. Im Becken fand sich eine große Menge von Harn. Der Blasenriß wurde bis auf eine zwecks Drainage offen gelassene Lücke genäht und das Peritoneum mit Kochsalzlösung ausgespült. Im Verlaufe der Heilung stellten sich Symptome von Darmstenose ein, welche schließlich zu Ileus führten und auf Abknickung des Darmes durch peritoneale Adhäsionen bezogen wurden. Diese Annahme ist bei der Operation bestätigt worden; nach Lösung der Adhäsionen erfolgte Heilung.

J. Weinlechner berichtet über einen von ihm operierten Fall von traumatischer Fistelbildung zwischen Blase und Mastdarm.

A. v. Eiselsberg empfiehlt die sofortige Vornahme der Operation, sobald einmal die Diagnose auf Blasenruptur gestellt ist. In einem von ihm erfolgreich operierten Falle hat er den Riß vollständig zugenäht und einen Verweilkatheter eingelegt.

O. Föderl erwidert, daß in seinem Fall das Offenlassen einer Lücke durch das gleichzeitige Vorhandensein einer inkompleten Ruptur geboten war.

E. Spiegler führt einen Mann mit Sklerodermie vor, welche den Teil der Haut des Halses und Gesichtes, welcher zwischen der oberen Grenze des Hemdkragens und dem Hute liegt, betrifft. Die harte Infiltration der Haut ist durch Stauung entstanden; sie kann auch auf Grund entzündlicher Veränderungen der Haut oder von Erythemen zustande kommen.

Ferner demonstriert Spiegler einen 81jährigen Mann mit Mykosis fungoides. Der ganze Körper des Patienten ist mit großen, hochroten, an den Beinen lividen, flachen Tumoren besetzt, welche zum ersten Male vor zwei Jahren aufgetreten sind.

L. Hofbauer: „Warum macht sich beim Eintritt eines Pneumothorax Kurzatmigkeit geltend?"

Sauerbruch hat gezeigt, daß die bis dahin gültige Theorie, nach welcher die Atemnot beim Pneumothorax als Folge der plötzlichen

Ausschaltung der einen Lunge anzusehen sei, nicht richtig ist. Wenn man nämlich beim Versuchstier den Bronchus, welcher zur kollabierten Lunge führt, nach Aufblähung der Lunge mit der Sperrpinzette abklemmt, so daß der Luftwechsel in dieser Lunge ausgeschaltet ist, so macht sich infolge dieser Operation keine Atemnot bemerkbar, resp. es schwindet sogar die vorher infolge des Pneumothorax entstandene Dyspnoe. SAUERBRUCH führte die Dyspnoe auf eine Kohlensäureüberladung des Blutes zurück, welche dadurch entstehe, daß der kollabierten Lunge viel mehr Blut zuströmt als der gesunden, weshalb letztere nur wenig Blut arterialisieren könne. Auch diese Theorie wurde von TRAUBE als unrichtig erwiesen. Vortr. führt die Atembeschwerden beim Pneumothorax auf ein bestehendes großes Manko an exspiratorischen Kräften nicht bloß auf der kranken, sondern auch auf der gesunden Seite zurück. Wenn Luft in den Pleuraraum eindringt, zieht sich die Lunge infolge der ihr inwohnenden Elastizität stark gegen den Hilus zurück. Das Mediastinum rückt in die gesunde Seite hinein, wodurch sich die Lunge der kranken Seite noch weiter retrahieren kann und der Raum für die gesunde Lunge verengt wird. Zugunsten dieser Theorie spricht der Umstand, daß die gesunde Lunge beim Pneumothorax im radiographischen Bilde kein helles Feld bietet, sondern gleichmäßige Verdichtung und Verdunklung zeigt. Weiter hat MURPHY gezeigt, daß die Dyspnoe Pneumothoraxkranker bei chirurgischen Operationen sofort schwindet, wenn mit einer Pinzette das nach der gesunden Seite hineingedrückte Mediastinum in der normalen Lage festgehalten wird.

Notizen.

Wien, 17. Juni 1905.

Johann Mikulicz v. Radecki †.
16. Mai 1850—14. Juni 1905.

Der üppigst grünenden Zweige einer am mächtigen Baume BILLROTH ist jäh geknickt worden. Geheimrat Dr. JOHANN MIKULICZ V. RADECKI, ordentlicher Professor der Chirurgie und Direktor der chirurgischen Klinik der Universität Breslau, ist in den Vormittagsstunden des 14. Juni einem schweren Magenleiden erlegen. Mit ihm starb einer der hervorragendsten Schüler BILLROTHS, einer der Meister der Chirurgie, die er theoretisch und praktisch bereicherte, ein allverehrter Lehrer und fruchtbarer Fachschriftsteller. In jungen Jahren, von der Höhe der Schaffenskraft, hat ihn der Tod abberufen aus einem Leben hingebungsvoller Arbeit, unermüdlichen Wirkens.

Am 16. Mai 1850 zu Czernowitz in der Bukowina geboren, 1875 an der Wiener Universität promoviert, wirkte V. MIKULICZ zunächst als Operateur, später — neben WÖLFLER — als Assistent an der Klinik BILLROTH, habilitierte sich 1880 als Privatdozent der Chirurgie an der Wiener Hochschule, wurde 1882 zum Ordinarius in Krakau ernannt, 1887 an die Universität Königsberg i. Pr., 1890 nach Breslau berufen, wo ihn der Tod ereilte. Seine überaus zahlreichen Arbeiten lassen sich in drei große Gruppen teilen. In die erste fallen neben den Arbeiten aus dem Gebiete der Chirurgie des Ösophagus, deren erste und hervorragendste „Über Gastroskopie und Ösophagoskopie" 1881 in diesen Blättern erschienen ist, und mehreren Beiträgen zur Chirurgie des Abdomens vor allem die Ergebnisse seiner wissenschaftlichen Studien über Anti- und Asepsis, die in den Artikeln „Die Beziehungen des Glyzerins zu Coccobacteria septica" (1878), „Die antiseptische Wundbehandlung und ihre Technik" (1879), „Zur Sprayfrage" (1880), „Über die Anwendung der Antiseptik bei Laparotomien", „Über die Verwendung des Jodoforms bei der Wundbehandlung" (1881), „Die Verwendung des Jodoforms in der Chirurgie" („Wiener Klinik", 1882), „Über einige Modifikationen des antiseptischen Verfahrens", „Erfahrungen über den Dauerverband und die Wundbehandlung ohne Drainage" (1888), „Über Versuche, die aseptische Wundbehandlung zu einer wirklich keimfreien Methode zu vervollkommnen" (1897) u. a. niedergelegt sind. — Die zweite Gruppe umfaßt die Arbeiten MIKULICZ' auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie, von welchen wir nur einzelne: „Über seitliche Verkrümmungen am Knie und deren Heilungsmethoden", „Eine neue osteoplastische Resektion am Fuße", „Beitr. zur plastischen Chirurgie der Nase", „Die unblutige Redression der angeborenen Hüftverrenkung", „Über ausgedehnte Resektionen an langen Röhrenknochen wegen maligner Geschwülste" hervorheben wollen. — Die dritte Gruppe endlich setzt sich aus größeren Einzelwerken über Stomatochirurgie zusammen, die V. MIKULICZ zumeist im Vereine mit Fachgenossen geschaffen; wir nennen hier den „Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle" (mit MICHELSON, 1892), „Die Krankheiten des Mundes" (mit KÜMMEL, 1898), ein Werk, das zuerst in englischer Sprache in „Twentieth Century Practice" (New-York, 1896) erschienen ist, endlich „Über symmetrische Erkrankung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen" (MIKULICZsche Krankheit) in den BILLROTH gewidmeten Beiträgen. Zahlreich sind die von V. MIKULICZ gelieferten Kapitel und Artikel in dem in Gemeinschaft mit V. BERGMANN und BRUNS herausgegebenen, nunmehr in zweiter Auflage vorliegenden „Handbuch der praktischen Chirurgie" und in den von ihm und NAUNYN redigierten „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie".

Ein würdiger Schüler BILLROTHS, hat der Verblichene das Gesamtgebiet der Chirurgie auch literarisch voll beherrscht. Sein Name ist fast auf jedem Blatte der Geschichte seiner Wissenschaft des letzten Vierteljahrhunderts zu finden; er wird genannt werden, wenn man die Besten nennt unter den deutschen Chirurgen. B.

(Universitätsnachrichten.) Die Greifswalder medizinische Fakultät hat für das kommende Studienjahr folgende Preisaufgabe gestellt: Die als Endotheliome beschriebenen Tumoren der Haut und der Speicheldrüsen sollen auf Grund eigener histologischer Untersuchungen kritisch auf ihre Abstammung vom Entoderm oder Ektoderm geprüft und in Gruppen zusammengestellt werden. — Der Direktor der medizinischen Klinik an der Universität Marburg, Geh. Med.-Rat EMIL MANNKOPFF, ist seiner akademischen Verpflichtungen entbunden worden. — Privatdozent Dr. M. BORCHARDT in Berlin ist zum Extraordinarius ernannt worden.

(Personalien.) Dem Geh. Regierungsrat und Professor Doktor phil. et med. et iur. civ. in Bonn EDUARD STRASBURGER ist von der Linnean Society in London die goldene Medaille verliehen worden. — Reg.-Arzt II. Kl. Dr. ALBERT LINBERGER ist in den Aktivstand der k. u. Landwehr übersetzt, St.-A. Dr. MICHAEL SCHWARZKOPF in den Ruhestand versetzt worden.

(Verein der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten.) In der am 5. Juni stattgehabten Monatsversammlung stellte Dr. HOFMANN eine Frau mit fieberhaft einsetzenden Hirndruckerscheinungen vor, bei der die Diagnose zwischen Tumor cerebelli und akuter Steigerung eines bisher geringfügigen Hydrocephalus schwankt. Dr. HUGO NEUMANN demonstrierte einen Patienten mit Tumor mediastini, Pleuritis dextra, Leber- und Milztumor, Aszites und Drüsenschwellungen, bei dem derzeit noch nicht entschieden werden kann, ob es sich um Tuberkulose der serösen Häute und tuberkulöse Mediastinaldrüsen oder um Neoplasma in mediastino und Leberzirrhose handelt. Dr. TAUBER zeigte eine durch Röntgenbestrahlung geheilte myelogene Leukämie und ein durch eine einzige Bestrahlung mit Radium geheiltes tuberkulöses Zungengeschwür. Dr. WINDNER brachte einige Fälle von paragenitalen Sklerosen. Dr. WOLMUTH demonstrierte einen Fall von Sklerose an der Portio und eine Patientin mit ulzerösen Gummata am Vorderarm. Dr. SACHS stellte einen Fall von Urticaria chronica und einen Mann mit Epididymitis in inguine vor. Schließlich demonstrierte Dr. OPPENHEIM einen Fall von Xeroderma pigmentosum, bei dem durch Finsenbestrahlung an einer kreuzergroßen Stelle am Rücken analoge Veränderungen erzeugt worden sind, ferner einen Fall von Sklerodermie, einen Fall von Atrophia cutis idiopathica und Präparate von Spirochaeta pallida, dem Erreger der Lues.

(XV. Internationaler medizinischer Kongreß.) Während dieses im Jahre 1906 zu Lissabon tagenden Kongresses wird die Hamburg-Amerika-Linie einen Teil ihrer großen Dampfer, wahrscheinlich den Postdampfer „Hamburg", den Kongreßteilnehmern für die Fahrt von Hamburg nach Lissabon zur Verfügung stellen. In der portugiesischen Hauptstadt soll der Dampfer als schwimmendes Hotel während der Dauer des Kongresses benutzt werden, da die Wohnungsverhältnisse gewisse Schwierigkeiten bieten. Nach Beendigung

des Kongresses wird das Schiff eine Fahrt nach Marokko und den Kanarischen Inseln ausführen.

(Der V. internationale Kongreß für Gynäkologie und Geburtshilfe) findet vom 11.—18. September 1905 in St. Petersburg statt. Zur Verhandlung kommen folgende Themata: 1. Das Accouchement forcé; 2. die chirurgische Behandlung der Fibromyome des Uterus; 3. die vaginalen Operationen in der Geburtshilfe und Gynäkologie; 4. chirurgische Interventionen bei den Rückwärtslagerungen des Uterus; 5. Chorionepitheliom. — Die diesjährige Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte findet am 27. und 28. Mai in Baden-Baden statt.

(63. Jahresbericht des St. Josef-Kinderspitales in Wien.) Aus diesem Berichte für das Jahr 1904 geht folgendes hervor: Am Ende des Jahres 1903 waren verblieben 47 Kinder, im Jahre 1904 wurden aufgenommen 1572, es standen daher in Behandlung 1619 Kinder. Hiervon wurden geheilt entlassen 1197, gebessert 152, ungeheilt 29, gestorben sind 167, verblieben 74. Das Sterblichkeitsprozent betrug im allgemeinen 10·31, 12 Kinder wurden im sterbenden Zustande überbracht. Im Ambulatorium wurden 18.290 Kinder behandelt, geimpft wurden 104; es standen somit im ganzen in Behandlung 20.013 Kinder. Die Diphtheriesterblichkeit betrug 7·76%, das Heilungsprozent der Intubierten 70·9.

(Die Praxis ausländischer Ärzte in der Schweiz.) Die Ausübung der ärztlichen Praxis ist in der Schweiz, ausgenommen die Kantone Glarus und Appenzell, an den Besitz eines eidgenössischen Diploms geknüpft. Im Kanton Graubünden, zumal in Davos und St. Moritz, sind deutsche Ärzte während der Saison auch ohne eidgenössisches Diplom zur Praxis zugelassen, in St. Gallen hat hingegen der große Rat die Zulassung ausländischer Ärzte abgelehnt. Ein Recht auf Zulassung besteht für fremde Ärzte auch in Graubünden nicht.

(Statistik.) Vom 4. bis inklusive 10. Juni 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 8185 Personen behandelt. Hiervon wurden 1873 entlassen, 243 sind gestorben (11·4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 72, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 50, Scharlach 64, Masern 523, Keuchhusten 100, Rotlauf 35, Wochenbettfieber 2, Röteln 58, Mumps 23, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 716 Personen gestorben (+ 74 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Radeberg bei Dresden der als Naturheilkünstler beim großen Publikum zu hohem Ansehen gelangte med. Dr. HEINRICH LAHMANN im 46. Lebensjahre; in Berlin der Geh. San.-Rat Dr. EDUARD CRONER, 68 Jahre alt; in Frankfurt a. M. Dr. EMIL KIRBERGER, ein tatkräftiger Verfechter der sozialen Hygiene, im Alter von 44 Jahren; in Charlottenburg San.-Rat Dr. JOSEF MÜHSAM, 53 Jahre alt; in Palermo der Privatdozent für Physiologie Dr. M. CONSIGLIO.

(Medikamentensubstitutionen.) In verschiedenen Apothekerzeitschriften wird auf den Übelstand hingewiesen, daß zahlreiche neuere Arzneipräparate, welche in der modernen Therapie festen Fuß gefaßt haben und tatsächlich als wesentliche Bereicherung unseres Arzneischatzes angesehen werden, vielfach durch weniger wirksame, bzw. weniger gut gereinigte Surrogate ersetzt werden. Die Originalpräparate gelangen in eigenen Originalpackungen unter wortgeschützten Bezeichnungen in den Handel und bieten dadurch eine gewisse Garantie für die Güte und Reinheit des Präparates. Die sogenannten Ersatzpräparate, welche als gleichwertig und billiger hingestellt werden, bieten dagegen nicht die geringste Garantie für die Identität und Reinheit. So führt die „Zeitschrift des Apothekervereines" Nr. 17/1905 sowie die „Pharmazeutische Post" Nr. 19/1905 zahlreiche Beispiele vielgebrauchter Arzneipräparate an, z. B. Aspirin, Aristol, Thiocol, Agurin, Protargol etc., deren sogenannte Ersatzpräparate sich vielfach als plumpe Fälschungen oder zumindest sehr minderwertige Nachahmungen darstellen, so daß der billigere Preis immer noch kein Äquivalent für ihre Minderwertigkeit darstellt. Zahlreiche andere vielgebrauchte Medikamente, wie Ichthyol, Pyramidon, Migränin, Stypticin etc. genießen gleichfalls den zweifelhaften Vorzug, auf diese Weise durch oft recht minderwertige Produkte „substituiert" zu werden — zum Schaden des Kranken, der den **Preis für das** Originalprodukt bezahlt, aber ein minderwertiges **Ersatzprodukt** erhält. Wie jeder gewissenhafte Apotheker die Pflicht hat, **genau** das abzugeben, was der Arzt verordnet, so sollte andrerseits **auch jeder** Arzt darauf bedacht sein, nur die betreffenden **Originalpräparate**, auf die allein sich die klinischen Beobachtungen beziehen, **und niemals** ihre zumindesten zweifelhaften Surrogate zu **verschreiben**. Die Originalpräparate bieten eine Garantie für die gewünschte **Wirkung**, die Ersatzpräparate aber nicht, das muß man sich stets **vor Augen** halten.

Patent-Bericht,

mitgeteilt vom Patentanwalt Dr. FRITZ FUCHS, diplomierter Chemiker, und Ingenieur ALFRED HAMBURGER, Wien, VII., Siebensterngasse 1. **Auskünfte in Patentangelegenheiten** werden Abonnenten dieses Blattes unentgeltlich **erteilt**. Gegen die Erteilung unten angeführter Patentanmeldungen kann binnen **zweier Monate** Einspruch erhoben werden. Auszüge aus den Patentbeschreibungen **werden** von dem angeführten Patentanwaltsbureau angefertigt.

Deutsches Reich.

Kl. 30a. Fa. HERMANN HAERTEL, Breslau. Operationsgestell für **Extremitäten** direkt auf dem Untersatz angeordnet.

Kl. 30h. WILH. ANHALT, G. m. b. H., Kolberg. Verfahren zur Herstellung homogener Massen aus Vegetabilien.

Kl. 30k. Drägerwerk HEINR. & BERNH. DRÄGER, Lübeck. **Sauerstoff-Narkose**apparat mit Atmungsbeutel.

Kl. 30h. Fa. E. MERCK, Darmstadt. Verfahren zur Darstellung **konzentrierter** Lösungen von Thiosinamin.

Kl. 30a. HEINRICH FROHNHÄUSER, Heidelberg. Luft- und Speiseröhrenzange mit pistolenartigem Handgriff und durch Daumendruck beweglicher Schließvorrichtung. Nr. 250.731.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

M. Munk, Die Schulkrankheiten. Brünn 1905, Karafiat & Sohn.

R. Rosemann, L. LANDOIS' Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 2. Hälfte. 11. Aufl. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg. — K 10·80.

O. Feis, Walderholungsstätten. Berlin 1905. — P. Coblentz.

J. Moeller u. H. Thoms, Real-Enzyklopädie der gesamten Pharmazie. Bd. 5. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg. — K 21·60.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der Pädiatrischen Sektion: Dienstag, den 20. Juni 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen. — II. Doz. Dr. KNOEPFELMACHER und Dr. LEHNDORFF: Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 25. Juni 1905. Nr. 26.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K: Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 3spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien.

Zwanzigjährige Dauerbeobachtung eines Falles von angeborener Syphilis.

(Paroxysmale Hämoglobinurie — Aortitis — Infantilismus — Tabes.)

Von **Dr. Karl Hochsinger.***)

M. H.! Es gehört wohl zu den Seltenheiten, daß man in der Lage ist, hereditärluetische Individuen von ihren ersten Lebenstagen angefangen bis über die Pubertätszeit hinaus in Evidenz zu führen und ihren Gesundheitszustand während der Dauer dieser Evidenzführung zu kontrollieren. Ein Fall, in dem dies, wenn auch in größeren Pausen, möglich war, ist der, den ich Ihnen hier vorstelle.

Der junge Mann, welchen Sie hier sehen, steht gegenwärtig im 20. Lebensjahre, stammt aus einer Arbeiterfamilie und ist Geschäftsdiener von Beruf. Er wird seit seiner vierten Lebenswoche in den Listen unserer Anstalt wegen hereditärer Lues geführt.

Der Patient ist von kleiner Statur, schwächlich, sehr nervös, zittert und schwankt bei jeder Aufregung. Er hat ein horizontales Kopfmaß von 53 *cm*, wobei zu bemerken ist, daß er schon mit $2^1/_2$ Jahren einen Kopfumfang von 50 *cm* hatte. Er ist 150 *cm* lang, also unternormal, was um so auffälliger erscheint, als seine Eltern von großer Statur und hochgewachsen sind. Das Genitale zeigt eine unternormale Entwicklung, die Schamgegend ist nur schwach behaart, die Testikel sind klein. Die Nasenbeine sind dicker als normal; zwischen dem knöchernen und knorpeligen Nasenrücken ist eine nach oben konkave Biegung. Der Nasenscheidewandknorpel ist auffallend dünn und biegsam. Für ehemalige Hereditärsyphilis charakteristische Veränderungen zeigt die Gesichtshaut namentlich in der Umgebung des Mundes. Von der Haut der Lippen in das Lippenrot hinein erstrecken sich narbige Fortsätze, welche die Lippensäume zu einer zackigen Linie gestalten. An den Mundwinkeln finden sich Narbenstreifen, welche radiär gegen das Gesicht hinziehen; die ganze Haut des Kinns, der Ober- und Unterlippe ist von linearen atrophischen Narben durchfurcht. Auch die Wangenhaut in der Umgebung der Mundwinkel zeigt lineare, vielfach verzweigte Narbenstreifen von vorwiegend radiärem Verlauf. Diese Narbenzüge sind Reste einer ausgedehnten rhagadiformen Infiltration der Lippensäume und der Gesichtshaut, welche dieser junge Mann, laut unserer protokollarischen Aufzeichnungen, in seinen ersten Lebenswochen dargeboten hatte.

Der normal behaarte Schädel des jungen Mannes ist asymmetrisch. Soweit man durch die Palpation eruieren kann, ist die Kopfknochensubstanz sehr dicht und hart. Die linke hintere Scheitelgegend ist abgeflacht, die Gesichtsmittellinie sinistrokonvex (Rhombocephalie) Die Hinterhauptschuppe ist stark vorgebaucht, die Ohrmuscheln sind difform. Es besteht beiderseitige leichte Ptosis mit korrigierender permanenter Runzelung der Stirne; die Gesichtszüge sind im ganzen schlaff und schläfrig, die rechte Nasolabialfalte ist etwas minder ausgeprägt als die linke. Intelligenz ist gut, Rechnen gut, Geruch beiderseits normal. Augenbewegungen frei. Bei extremer Rechtslinkswendung tritt etwas Nystagmus auf. Linke Pupille übermittelweit, die rechte mittelweit. Die Pupillen sind ungleich groß, längsoval, stark entrundet, Lichtreaktion fehlt. Die Pupillen sind starr auf Licht, Konvergenz, Orbikulariskontraktion und Schmerz. Auch besteht für Syphilis hereditaria charakteristische Chorioiditis.

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung vom 19. Mai 1905 der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Die Sehschärfe ist auf dem rechten Auge sehr bedeutend herabgesetzt. Sehnerv beiderseits schmutzig gelbrot, dabei scharf begrenzt. Netzhautgefäße von normaler Beschaffenheit. Der Farbensinn ist besonders rechts deutlich geschwächt. Andeutung von Rotgrünblindheit (Augenbefund von DR. M. SACHS).

Motorischer und sensibler Trigeminus und Hypoglossus sind frei. Der rechte Fazialis ist leicht paretisch.

An den oberen Extremitäten besteht keine Störung der motorischen und sensiblen Funktion, tiefe Reflexe sind daselbst nicht auslösbar. Die Sensibilität ist am Rumpfe normal. Bauchhautreflex beiderseits sehr lebhaft.

Die unteren Extremitäten kräftig, ohne Ataxie bei Einzelbewegungen. Romberg schwach positiv.

Der Kranke klagt über täglich mehrmals plötzlich und ganz unvermittelt auftretende, heftige, blitzartig einschießende, lanzinierende Schmerzen in den Ober- und Unterschenkeln, welche zur Zeit ihres Auftretens jede Bewegung unmöglich machen. Die Sensibilität ist auch in der Tiefe normal.

Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind beiderseits aufgehoben.

Im ruhigen Zustande ist an dem Gange nichts Abnormes zu bemerken. Bei stärkerer Erregung jedoch schlottern die Beine beim Gehen und der Patient schwankt im ganzen. Der junge Mann leidet an habitueller Obstipation und einer Erschwerung der Harnentleerung, welche nur einmal in 24 Stunden unter Anstrengung erfolgt. Incontinentia paradoxa besteht jedoch nicht. Sonst normaler Harnbefund.

Das Gebiß ist im allgemeinen gut, die Zähne sind klein, nur am rechten oberen mittleren Schneidezahn besteht Andeutung einer Einkerbung am freien Rande (HUTCHINSONsche Difformität). Die Zähne selbst sind sehr dünn und kurz. Auffallend ist eine Verdickung sämtlicher Interphalangealgelenke, welche aber nicht schmerzhaft sind. Nach Angabe des Patienten hat sich die Difformität der Fingergelenke allmählich in den letzten zwei Jahren schmerzlos herausgebildet. Die großen Extremitätengelenke zeigen keine Anomalie. Auch die langen Röhrenknochen sind weder verdickt noch druckempfindlich. Die Wirbelsäule zeigt eine leichte, von ehemaliger Rachitis herrührende Kyphoskoliose.

Die Lungen und Bauchorgane zeigen normale Verhältnisse. Einen abnormen Befund bietet die Untersuchung des Zirkulationsapparates. Die Herzdämpfung ist vergrößert. Dieselbe beginnt oben an der dritten Rippe, reicht nach rechts bis zur Mitte des Brustbeins, nach links bis zur Mamillarlinie. Der Spitzenstoß befindet sich im 5. Interkostalraum in der Mamillarlinie, ist verbreitert und hebend. Am Manubrium sterni und über dem Ostium und Anfangsteile der Aorta ist ein dumpfer systolischer Ton zu hören, an welchen sich ein kurzes Geräusch anschließt, der diastolische Ton ist von klingender Beschaffenheit. Die Radialpulse sind ziemlich voll und gespannt, Tonometerzahl 140. Die Brachialarterien sind von einer für das Alter dieses Patienten abnormen Härte und Starrheit. Zweifellos besteht hier Sklerose der Aorta und Hypertrophie des linken Ventrikels.

Aus der Vorgeschichte des vorliegenden Falles sind folgende interessante Momente hervorzuheben:

Der Knabe, dessen Vater sich 4 Jahre vor der Eheschließung luetisch infizierte, ist das vierte luetische Kind aus der betreffenden Ehe. Über eine Infektion der uns wohlbekannten Mutter ist nichts zu eruieren gewesen. Dieser Ehe entsprossen im Jahre 1882 Zwillinge, welche nach 2 Tagen verstarben; im Jahre 1884 ein Knabe, welcher mit spezifischem Exanthem zur Welt kam und nach 6 Monaten starb; im Jahre 1885 wieder ein Knabe, welcher gleichfalls luetisch war und in der 6. Lebenswoche starb, und endlich unser gegenwärtiger Patient, der nun 20 Jahre lang in meiner Beobachtung steht. Er erkrankte in seiner 4. Lebenswoche an schwerer Nasen- und Hautsyphilis mit weit ausgebreiteten diffusen Infiltrationen der Fußsohlen-, Handteller- und Gesichtshaut. Gleichzeitig kam es um die Nasen- und Mundöffnungen herum zu Rhagaden- und Krustenbildungen und dann zu Ulzerationsvorgängen, während an der Haut der unteren Extremitäten rupiaforme Effloreszenzen auftraten. Der Knabe wurde 6 Wochen lang mit Protojoduret und Sublimatbädern behandelt. Die Krusten fielen ab und die Infiltrate begannen sich aufzusaugen.

Weiter aber wurde die Behandlung in der Säuglingsperiode nicht geführt, der Knabe entschwand unserer Beobachtung und kam erst im Alter von 4 Jahren wieder zur Vorstellung in meine Abteilung. Wir fanden damals ein schlecht genährtes, bleiches, fahles, sehr zartes Kind, $12^{1}/_{2}$ *kg* schwer, mit mangelhafter Kopfbehaarung, vollständigem Fehlen der Augenbrauen und sehr dünn gesäeten Zilien, kleiner Nase und Narben um die Nasenöffnungen und Mundwinkel herum. Die Ursache, warum das Kind zu uns gebracht wurde, war aber das Vorhandensein von paroxysmaler Hämoglobinurie. Vor 6 Wochen soll der erste diesbezügliche Anfall stattgefunden haben, wobei das Kind zunächst über Kältegefühl klagte, stundenlang zitterte und mehrere Stunden lang erhöhte Temperatur zeigte. Die Anfälle wiederholten sich mehrmals wöchentlich, erschienen gewöhnlich um die Mittagszeit und dauerten 4—6 Stunden. Die Untersuchung der inneren Organe ergab damals eine sehr bedeutende Vergrößerung der Leber, deren rechter Lappen bis in die quere Nabellinie reichte und stumpf war, während die Leberoberfläche durch eine besondere Härte und durch verschiedene fühlbare Protuberanzen ausgezeichnet erschien. Der Rand des linken Leberlappens verlor sich zwischen der 10. und 11. Rippe, außerhalb der linken Mamillarlinie, während die obere Lebergrenze an der 5. Rippe festzustellen war. Auch die Milz war bedeutend vergrößert, drei Querfinger über den Rippenbogen hervorragend und von außergewöhnlicher Härte. Sonst waren noch Zeichen abgelaufener Rachitis an dem Knaben festzustellen. In der anfallsfreien Zeit war der Harn von durchaus normaler Beschaffenheit. Während der Hämoglobinurieanfälle bot derselbe die charakteristischen Zeichen dieses Leidens. Er besaß die typische, portweinähnliche Färbung, war von saurer Reaktion und zeigte die eigentümlichen Koagulationsverhältnisse des Albumins bei Hitzeanwendung, welche der Hämoglobinurie entsprechen. Auch die spektroskopische Untersuchung zeigte alle Charaktere der Hämoglobinurie. Die Hämoglobinurieanfälle dauerten gewöhnlich einen halben Tag. Es wurde neuerdings eine innere Behandlung mit Protojoduret in Angriff genommen. Die Anfälle wurden unter der spezifischen Therapie immer seltener und kurzdauernder und verschwanden unter kontinuierlichem Gebrauch von 0·03 Protojoduret pro die im März 1890. Es konnte nicht mit Sicherheit für jeden einzelnen Anfall eine bestimmte auslösende Ursache nachgewiesen werden. Der größte Teil der Anfälle erfolgte zur Winterszeit, nämlich zwischen den Monaten September und März. In diesem Monate verschwanden die Anfälle vollkommen. Dabei war die Leber kaum mehr vergrößert und die Milz ganz normal. Das Kind wurde dann aus der Behandlung entlassen.

Zwischen seinem 5. und 10. Lebensjahre bekamen wir den Patienten nur selten zu Gesicht, da die Familie in einen anderen Ort verzogen war. Am 9. November 1895 wurde der damals 10jährige, mäßig entwickelte Knabe in das St. Josef-Kinderspital in Wien aufgenommen, und zwar wegen einer Erkrankung des Nervensystems. Die diesbezüglichen Daten verdanke ich der großen Liebenswürdigkeit des Herrn Primararztes Dr. HEIM, aus welchen hervorgeht, daß etwa 3 Wochen vor der damaligen Spitalsaufnahme schwankender Gang, öfteres unmotiviertes Hinfallen, namentlich beim Turnen, und Schielen bemerkt wurde. Dabei klagte Patient über andauernd heftige Kopfschmerzen und war schon wochenlang sehr nervös, reizbar, weinerlich und lichtscheu. Die objektive Untersuchung ergab damals eine Veränderung in der Stellung beider oberen Augenlider, indem das rechte obere Augenlid tiefer stand als das linke. Gleichzeitig bestand ein auffallender Strabismus divergens. Die Sensibilität war überall erhalten. Lähmungen anderer Gesichtsnerven konnten nicht festgestellt werden. Der Gang war taumelnd, ähnlich dem eines Trunkenen, doch wurde das Taumeln nur dann bemerkt, wenn der Knabe mit offenen Augen ging. Verschloß man ihm die Augen, so trat diese Erscheinung nicht auf. Es wurde daher angenommen, daß es sich nicht um eine Koordinationsstörung, sondern bloß um Taumeln infolge von Doppelbildern handelte.

Die genaue Augenuntersuchung ergab: Auf beiden Augen Hornhaut klar, Kammer normal tief, die dioptrischen Medien voll-



ständig durchsichtig. Fundus sehr leicht und gut sichtbar. Papille scharf begrenzt, von schmutzigweißer Farbe, kleine physiologische Exkavation. Die Gefäße auf der Papille, namentlich die Arterien, etwas verengt, sonst keine Veränderung darbietend, weder in bezug auf Verlauf und Verteilung, noch auf Pulsation. Rechterseits beim Blicken geradeaus eine leichte Abduktionsstellung des Bulbus; bei maximaler Adduktion kann der mediale Hornhautrand nicht über die vertikale Halbierungslinie der Lidspalte gebracht werden. Abduktion erfolgt in normaler Weise. Gekreuzte Doppelbilder ohne jedes Hilfsmittel leicht hervorzurufen. Linkerseits normale Verhältnisse. Die augenärztliche Diagnose lautete: Paralysis partialis luet. nervi oculomot. oc. dextr.

Der Knabe erhielt drei Eßlöffel einer 5%igen Jodkalilösung täglich. Nach zirka dreiwöchentlicher Jodbehandlung war der Zustand schon sehr bedeutend gebessert. Nach 5 Wochen wurde Patient fast gänzlich geheilt entlassen. Die Augenmuskellähmung war fast ganz zurückgegangen, der Gang zwar noch etwas unsicher, aber nicht mehr so taumelnd wie bei der Aufnahme. Die Kopfschmerzen, an welchen Patient in hohem Maße gelitten hatte, waren gänzlich geschwunden. Am 12. Dezember 1895 wurde der Knabe auf Wunsch der Eltern aus dem Spital entlassen.

Zwei Jahre später — 1897 —, in seinem 13. Lebensjahre, sahen wir den Knaben wieder.

Er wurde uns von seinen Eltern wegen Enuresis überbracht, und zwar mit der Angabe, daß die unfreiwilligen Harnabgänge sich niemals bei Nacht, sondern ausschließlich nur bei Tag ereigneten, und zwar insbesondere während geistiger Arbeit, also während des Schulunterrichtes oder zu Hause, wenn der Knabe mit seinen Aufgaben beschäftigt war. Gegen dieses Leiden erwies sich jede Behandlung nutzlos. Es verschwand allmählich ganz von selbst innerhalb dreier Jahre.

Aber noch eine andere, sehr interessante Erscheinung fand sich an dem damals 13jährigen Knaben, welche sich auf den Zirkulationsapparat bezog. Wir fanden eine Hypertrophie des linken Herzens und ein systolisches Geräusch über dem Manubrium sterni, welches auch noch im Jugulum gehört wurde und auch rechts vom Brustbeinrande im zweiten und dritten Zwischenrippenraume sehr deutlich war. Dabei trug der zweite Aortenton einen starken Akzent, welcher intensiver war als der des zweiten Pulmonalarterientones. Überdies zeigten die Arm- und Radialarterien eine für dieses Alter ungewöhnliche Härte und Starrheit. Zweifellos handelte es sich um eine spezifische Erkrankung des Anfangsteiles der Aorta und einzelner peripherer Arterien. Der Knabe wurde nun ein halbes Jahr lang mit Jodnatrium behandelt, das Geräusch wurde leiser und die Arterien wurden weicher.

Auch fand sich beiderseitige Ptosis und leichte rechtsseitige Fazialisparese, welche therapeutisch unbeeinflußt blieb.

Nun folgt wieder eine längere Pause in der Beobachtung dieses Patienten.

Er kam uns erst wieder in seinem 17. Lebensjahre (am 20. September 1902) zu Gesicht. Damals machte sich ein auffallender Infantilismus bemerkbar, während bis zum 13. Lebensjahre wesentliche Erscheinungen einer mangelhaften Körperentwicklung nicht erkenntlich waren. Der Infantilismus dokumentierte sich, abgesehen von dem abnorm geringem Längsmaß, durch das Fehlen der Pubes und durch auffallend kleine Testikel. Sonst fanden wir noch die charakteristischen Narben im Gesicht, submaxillare Drüsenschwellungen und eine ganz unregelmäßige Anreibung der Augenwimpern. Wie so häufig bei ehemals hereditärluetischen Individuen zeigten sich die Wimpern ganz unregelmäßig in Büscheln von ungleicher Länge und Dichte angeordnet. Überdies war die rechte Nasolabialfurche flacher als die linke. Es bestand eine leichte Fazialisparese.

Neu war reflektorische Pupillenstarre und Fehlen der Pa-Reflexe. Dabei war der Knabe sehr nervös, ungeheuer leicht erregbar, zeigte leichtes Schwanken bei geschlossenen Augen. Am Herzen fand sich damals, sowie jetzt, ein schwaches systolisches Geräusch über dem Ostium der Aorta und dem Manubrium sterni. Der Patient erhielt damals neuerlich Joduatrium durch 6 Monate und stellte sich von Zeit zu Zeit wieder vor.

Überblickt man den Lebenslauf dieses kongenitalluetischen Individuums, so ist zunächst klar, daß die erblich übertragene Lues demselben in mehrfacher Hinsicht übel mitgespielt hat, wobei nicht übersehen werden darf, daß die ersten Luesmanifestationen desselben trotz ihrer ganz besonderen Schwere keiner ordentlichen und genügenden Behandlung ausgesetzt waren. Ich betone dies deshalb, weil bei einer großen Reihe von Fällen meiner Beobachtung, welche von den ersten Lebenstagen bis zur Pubertätszeit in Evidenz gehalten wurden, dabei aber bei ihrer ersten Luesmanifestation energisch und längere Zeit hindurch behandelt werden konnten, derartige schwere Allgemeinschädigungen nicht zu konstatieren waren. Im großen und ganzen halte ich den Satz für richtig, daß das Schicksal der lebend geborenen und lebensfähigen kongenitalluetischen Individuen wesentlich von der Behandlung der Lues während der Säuglingsperiode abhängt.

Ein kurzes Resümee der Krankheitsskizze besagt, daß dieses kongenitalluetische Individuum im 5. Lebensjahre mit Lebersyphilis und paroxysmaler Hämoglobinurie, im 10. Lebensjahre mit einer partiellen Okulomotorius-Lähmung und Erscheinungen von Hirnsyphilis, im 12. Lebensjahre mit Enuresis, Aortenaffektion und neurasthenischen Beschwerden, im 17. Lebensjahre mit den ersten Erscheinungen der Tabes und dem Bilde des Infantilismus heredolueticus zur Ansicht kam.

Einige Worte über die als Infantilismus heredosyphiliticus benannte Entwicklungsstörung.

Fournier d. Ä. hat mit besonderem Nachdrucke auf das Vorkommen von allgemeiner Wachstumshemmung in Verbindung mit einer Retardation der geschlechtlichen Entwicklung bei hereditärsyphilitischen Individuen hingewiesen und diese Beobachtung ist seither wiederholt bestätigt worden. Bei unserem Patienten beginnt diese Anomalie sich jetzt, da derselbe 20 Jahre alt geworden ist, zu verwischen.

Ich muß sagen, daß auffallende Wachstumshemmung nach meinen Erfahrungen bei hereditärluetischen Individuen immer erst in den späteren Jahren der Kindheit manifest wird. Wenn man von den luetischen Frühgeburten absieht, welche natürlich nicht voll entwickelt das Licht der Welt erblicken und daher auch in der Säuglingsperiode, wenn sie am Leben erhalten bleiben, keine normale Entwicklung zeigen, ist bei kongenitalsyphilitischen Individuen, wenn sie im ersten Lebensjahre richtig behandelt werden und während desselben am Leben bleiben, eine Veränderung der Wachstumsenergie im Sinne eines Zurückbleibens im Längenwachstum im großen und ganzen nicht zu bemerken. Ganz im Gegenteil wissen wir, daß das Syphilisgift, wenn einmal die in der Fötal- und der ersten Extrauterinperiode entstandene Wachstumsanomalie des endochondralen und periostalen Knochenwachstums überwunden ist, was in der Regel nur wenige Monate beansprucht, ein Übermaß an Knochenapposition eintritt, welches besonders am Schädel durch rasches Größerwerden des Schädelumfangs bemerkbar wird. Während der ersten 4—5 Lebensjahre ist, wie meine langjährigen und vielfachen Beobachtungen zeigen, eine Retardation des Skelettwachstums keineswegs festzustellen.

Hier ist allerdings nicht zu übersehen, daß es so sichere Anhaltspunkte für die Diagnose einer generellen Entwicklungsstörung, wie die Retardation der Geschlechtsentwicklung im späteren Kindesalter, in den früheren Altersperioden nicht gibt.

Auch bei seiner Aufnahme in das St. Josef-Kinderspital, als der hier vorgestellte Patient 10 Jahre alt war, konnte keine allgemeine Entwicklungsstörung an demselben festgestellt werden. Im Status heißt es damals: „Mäßig gut entwickeltes Kind von rachitischem Knochenbau."

Erst gegen das Pubertätsalter hin machen sich manchmal Unterschiede der Norm gegenüber geltend. Bei dieser Sachlage ist es nicht ganz leicht, sich eine Vorstellung über die Art der Beeinflussung des Knochenwachstums und der allge-

meinen Körperentwicklung durch das erblich übertragene Luesvirus zu machen.

Vielleicht darf man annehmen, daß während der beiden intensivsten Wachstumsperioden des Individuums, während der Fötalperiode und während der Periode der Pubertätsentwicklung, die durch das erblich überkommene Syphilisvirus verursachten Schädigungen am deutlichsten manifest werden, weil die Differenz zwischen dem, was von der geschädigten Zelle geleistet werden kann und was geleistet werden soll, gerade in diesen Lebensperioden am leichtesten erkennbar ist. Man kann sich vorstellen, daß, wenn die ersten durch das angeborene Syphiliskontagium gesetzten Schädigungen überwunden sind, eine weitere Allgemeinstörung insolange nicht zur Geltung kommt, bis durch einen neuerlichen intensiven Entwicklungs- und Wachstumsreiz, wie er durch die Pubertätsentwicklung geliefert ist, ein Wiederaufflackern der im Körper ruhenden Syphilistoxine hervorgerufen wird. Demgemäß ist in der späteren Kindheit die verlangsamte sexuelle Entwicklung bei den betreffenden Fällen das hervorstechendste und frühzeitigste Symptom der gestörten somatischen Entwicklung, während die geistige Evolution, wenn nicht wirklich luetische oder metasyphilitische Affektionen des Zentralnervensystems eintreten, ungestört bleibt.

Hier möchte ich noch darauf aufmerksam machen, daß dieser luetische Infantilismus nach meinen Erfahrungen nur bei Kindern beobachtet wird, welche in ihren ersten Lebenswochen an schwerer, angeborener Frühsyphilis gelitten hatten, oder bei solchen, deren Frühsyphilis nicht erkannt wurde und unbehandelt blieb.

Ob nicht eine während der Pubertätsperiode oder in einer noch früheren Lebenszeit entstandene generelle Erkrankung des Gefäßsystems bezüglich des Zustandekommens der Wachstumshemmung eine Rolle spielt, wäre sehr in Erwägung zu ziehen. Wenigstens zeigt der hier vorgestellte Fall und ein seinerzeit von Prof. Mraček in der Wiener dermatologischen Gesellschaft demonstrierter diesen Infantilismus in Verbindung mit einer allgemeinen Gefäßerkrankung.

Interessant ist es, daß bei diesem jungen Manne das Schädelwachstum in den ersten Lebensjahren ein sehr intensives war, daß derselbe bereits zu zwei Jahren einen Schädelumfang von 50 *cm* hatte, welcher sich vom 3. bis zum 20. Lebensjahre nur um 3 *cm* vergrößerte.

Im Röntgenbilde der Hände dieses jungen Mannes ist noch eine andere, das Knochenwachstum betreffende interessante Erscheinung wahrzunehmen, welche unschwer mit dem halbinfantilen Habitus desselben in Zusammenhang zu bringen ist. Der Patient zeigt noch knorpelige Epiphysenfugen an den kurzen Röhrenknochen, und zwar an den distalen Phalangen deutlicher als an den proximalen. Durchschnittlich sollen diese Fugen um das 17. Lebensjahr herum verknöchert sein. An den langen Röhrenknochen gehört ein derartiger Befund im 20. Lebensjahre wohl noch zur Norm, an den kurzen hingegen weist ein derartiger Befund auf eine Verzögerung des Knochenwachstums hin. Man darf annehmen, daß die hier vorliegende mangelhafte Fugenverknöcherung an den kurzen Röhrenknochen mit der allgemeinen, durch die hereditäre Syphilis angeregten Wachstumshemmung in Verbindung steht.

Infantilismus bei einem juvenilen, wahrscheinlich hereditärsyphilitischen Tabiker hat auch M. Bloch beobachtet. Hier handelte es sich um einen 17 Jahre alten Knaben mit Pupillenstarre, aufgehobenen Pa-Reflexen und Herzkrisen.

Sehr interessant bei diesem Falle sind die Veränderungen an den Fingergelenken. Sämtliche kleinen Gelenke an Fingern und Zehen sind gleichmäßig aufgetrieben. Die Knochen selbst sind nicht schmerzhaft. Die radiologische Untersuchung[1]) zeigt an den Knochen keine Strukturveränderungen, auch keine Auftreibung. Vielmehr erkennt man, daß die sicht- und fühlbare Verdickung auf einer Schwellung der Weichteile beruht. Es handelt sich hier nicht um eine Phalangitis, sondern um eine chronische Erkrankung der Synovialmembranen, eine Arthromeningitis hypertrophicans syphilitica. Interessant ist nur, daß dieselben in unserem Falle ausschließlich an den Gelenken der kurzen Röhrenknochen aufgetreten ist.

Nun einige Worte über die paroxysmale Hämoglobinurie.

Ich habe bis heute im Kindesalter 4 Fälle dieses Leidens beobachtet. Es betraf je ein Kind des 2., 3., 4. und 5. Lebensjahres. Diese 4 Kinder waren alle hereditärluetisch und wurden alle von diesem Übel in der kürzesten Zeit durch merkurielle Therapie befreit. Fast alle in der Literatur niedergelegten Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie bei Kindern beziehen sich auf hereditärsyphilitische Individuen. So bestand auch bei zwei mit paroxysmaler Hämoglobinurie behafteten Geschwistern, deren Krankengeschichte Trumpp in München jüngst veröffentlicht hat, angeborene Lues.

In einem Falle, welchen Kassowitz behandelte und auch mir zu demonstrieren die Güte hatte, handelte es sich um eine im Säuglingsalter durch Infektion seitens einer syphilitischen Amme akquirierte Lues. Welcher Art die Beziehung der Lues zur paroxysmalen Hämoglobinurie zu denken ist, läßt sich schwer sagen. Von den gewöhnlichen parasyphilitischen Affektionen unterscheidet sie sich vielleicht durch den prompten Erfolg der Quecksilberbehandlung, wenigstens in allen Fällen dieses Leidens im Kindesalter.

Wir kommen nun zur Besprechung der Gefäßveränderungen, welche bei diesem jungen Manne zu finden sind bzw. waren.

Als der Patient 13 Jahre alt war, fanden wir bei demselben, wie schon erwähnt, Hypertrophie des linken Herzens, ein lautes, systolisches Geräusch über dem Anfangsteil der Aorta und einen klingenden, wesentlich akzentuierten zweiten Aortenton. Außerdem zeigten die Brachialarterie sowie auch die Radiales eine für dieses Alter ungewöhnliche Starrheit. Akute Infektionskrankheiten, welche sonst zu Herzaffektionen im Kindesalter führen, waren nicht vorausgegangen. Zweifellos bestand eine Aortitis und Arteriosklerose syphilitischer Natur, gegen welche wir sofort eine Jodbehandlung einleiteten. Dieselbe war insofern von Erfolg begleitet, als das Geräusch innerhalb eines halben Jahres wesentlich an Intensität abnahm und die Starrheit der Pulsadern beträchtlich zurückging. Gegenwärtig ist noch der erste Aortenton von einem leichten Geräusch begleitet, während der zweite rein, aber verstärkt ist. Auch besteht Hypertrophie des linken Herzens und nachweisbare Sklerose der Armarterien.

Hier möchte ich bemerken, daß in den Listen meiner Luesbeobachtungen 5 hereditärsyphilitische Kinder verzeichnet sind, welche zwischen dem 7. und 10. Lebensjahre ohne sonst nachweisbare Ursachen von Herzaffektionen ergriffen wurden. Dreimal handelte es sich um Aortenklappenaffektionen mit Arteriosklerose im 9. und 10. Lebensjahre, zweimal mußte die Diagnose auf Veränderung an der Mitralklappe gestellt werden, ohne daß palpable Veränderungen an den peripheren Blutgefäßen erkennbar waren.

Die Feststellung der Tatsache, daß bei diesem hereditärsyphilitischen Individuum schon im 13. Lebensjahre eine Aortenaffektion vorhanden war, kann den Übergang bilden zur Besprechung der äußerst interessanten Verhältnisse, welche das Zentralnervensystem desselben darbietet. Denn es ist eine bekannte Sache, daß gerade jene Luetiker, bei welchen sich in relativ jungen Jahren arteriosklerotische Veränderungen entwickeln, zu organischen Veränderungen des Zentralnervensystems prädisponiert sind, und zwar sowohl zu wirklich syphilitischen als auch zu para- und metasyphilitischen.

[1]) Aufnahme durch Dr. Kienböck.

Der gegenwärtige Befund bei diesem Patienten, welcher in neurologischer Hinsicht von Herrn Kollegen ARTUR SCHÜLLER und in okulistischer Beziehung von Herrn Kollegen MORITZ SACHS, denen ich für ihre Mühewaltung besonderen Dank schuldig bin, kontrolliert wurde, zwingt mit Rücksicht auf das Vorhandensein von Pupillenstarre, ROMBERGschem und WESTPHALschem Symptom und mit Rücksicht auf das Bestehen von lanzinierenden Schmerzen in den Beinen und Blasenstörungen zur Diagnose: Tabes dorsalis.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Nervensystem, welche durch die angeborene Syphilis zuwege gebracht werden, müssen genau so wie bei der erworbenen Syphilis in echtsyphilitische und in nichtspezifische para- und metasyphilitische Erkrankungen getrennt werden.

Eigentümlich sind der angeborenen Lues schwere parasyphilitische Hemmungsbildungen des Zentralnervensystems, welche bei der erworbenen Lues selbstverständlich nie in Frage kommen. Sonst können bei der hereditären Syphilis alle möglichen Veränderungen an den Gefäßen, den Hirn- und Rückenmarkshäuten und der Nervensubstanz auftreten, welche auch bei der erworbenen Lues am Zentralnervensystem beobachtet werden. Noch viel häufiger als bei der erworbenen Lues sind zahlreiche, entfernt voneinander gelegene Partien des Nervensystems gleichzeitig erkrankt und finden sich verschiedene anatomische Prozesse gleichzeitig an einem und demselben Zentralnervensystem des Kindes vor. Auch einfache Sklerosen und postsyphilitische Degenerationen werden durch die angeborene Syphilis angeregt. Zu den letzteren zählt in erster Linie die juvenile Tabes, von welcher ich glaube, daß sie immer auf hereditärer oder frühzeitig erworbener Lues beruht.

DYDYŃSKI hat im Jahre 1900 auf Grund eines eigenen und von 6 in der Literatur niedergelegten Fällen von kindlicher bzw. juveniler Tabes einige Eigentümlichkeiten derselben aufgefunden. Das erste Symptom waren, wie auch in unserem Falle stets Blasenstörungen. Ataxie fehlt, wie auch in unserem Falle, zunächst ganz, in anderen Fällen kam sie erst nach längerer Dauer hinzu. In allen Fällen war Syphilis des Vaters und meist auch mehrfacher Abortus bei der Mutter vorangegangen. Auf Grund dieser Tatsache und des Umstandes, daß bei hereditärsyphilitischen Individuen tabische Erkrankungen auch noch im Alter von 20 bis 30 Jahren beschrieben worden sind, gibt dieser Autor sogar der Anschauung Raum, daß jene Fälle von Tabes bei älteren Individuen, bei denen akquirierte Lues in der Anamnese nicht gefunden werden kann, vielleicht auf hereditäre Syphilis zurückzuführen sind. Bei hereditärsyphilitischen Kindern wurde Tabes von PRASCH, REMAK, STRÜMPELL, MENDEL, BLOCH, DYDYŃSKI, O. MARBURG u. a. gesehen, bei Erwachsenen von GOWERS, FOURNIER, ADLER, RAYMOND, HOMEN, NONNE u. a. Letzterer berichtete in seinem 1902 erschienenen Werke „Syphilis und Nervensystem" über einen 32jährigen Mann, der als Kind im Altonaer Krankenhause an schwerer hereditärer Syphilis behandelt war und im 30. Lebensjahre an lanzinierenden Schmerzen in den Beinen und Symptomen von Ataxie erkrankte. Dabei bestand ARGYLL-ROBERTSONsches Symptom, die tiefen Reflexe fehlten. Auch fand sich statische und lokomotorische Ataxie u. dgl. O. MARBURG hat im Jahre 1903 eine auf ein Viertelhundert sich belaufende Serie von juvenilen Tabesfällen aus der Literatur zusammengestellt und in fünf Sechstel derselben Lues in der Anamnese nachweisen können.

Wenn auch gegen die bisher publizierten Fälle von Tabes bei hereditärer Syphilis geltend gemacht wurde, daß noch keine anatomischen Bestätigungen über das Vorkommen der als Tabes dorsalis benannten Systemerkrankung des Rückenmarks im Kindesalter vorliegen und zugegeben werden muß, daß eine spezifisch syphilitische Meningitis spinalis oder Hinterstrangserkrankung große Ähnlichkeit mit dem Bilde der reinen Tabes bewerkstelligen kann, so bleiben doch noch genug Fälle übrig, bei welchen, wie in unserem Falle, das klinische Verhalten eine andere Auslegung als die einer echten systematischen Tabes nicht gestattet.

Auch wurde in 3 Fällen (KUHNER, CROHN und v. HALBAN) der tabische Symptomenkomplex bei jugendlichen Individuen gefunden, bei welchen nicht hereditäre, sondern in früher Kindheit erworbene Lues vorlag.

Interessant ist, daß in einem dieser drei Fälle von juveniler Tabes nach akquirierter Syphilis, welcher von v. HALBAN beschrieben wurde, im 5. Lebensjahre Hämoglobinurie bestand. Hier handelte es sich um ein 23 Jahre altes Mädchen, welches in seinem 5. Lebensmonat von der Amme mit Syphilis infiziert wurde. Zur Zeit der Hämoglobinurie-Anfälle wurde das Kind, welches Dr. E. KRAUS in Wien behandelte, sowohl von KASSOWITZ als auch von mir wiederholt gesehen.

Dieser Fall spricht klar für die ätiologische Beziehung der Lues zur paroxysmalen Hämoglobinurie und Tabes im Kindesalter.

Die Incontinentia urinae ist in sehr vielen Fällen von kindlicher Tabes, welche bisher publiziert wurden, das erste Symptom des Leidens gewesen. Es ist von Interesse, dies zu wissen. Die Enuresis, besonders wenn sie erst im späteren Kindesalter als Enuresis diurna auftritt, ist eben nicht immer eine rein funktionelle Neurose, sondern manchmal Initialsymptom einer organischen Spinalaffektion. Auch der von KAUFMANN im Jahre 1902 in der Gesellschaft für innere Medizin in Wien demonstrierte Fall von Tabes bei einem 10jährigen, der Anamnese nach luesfreien Knaben begann mit Harninkontinenz, welche allerdings als nächtliche Enuresis auftrat. Beweisender sind noch jene Fälle, bei denen, wie in unserem, die Inkontinenz bei Tag vorlag und in der Nacht verschwand.

Unser Fall bietet rücksichtlich der Blasenstörungen deswegen ein besonderes Interesse, weil im 12. Lebensjahre periodische Harninkontinenz auftrat, welche später in das Gegenteil, in eine Erschwerung der Harnentleerung, umschlug.

GUMPERTZ deduzierte aus der von DYDYŃSKI hervorgehobenen Tatsache, daß in den Fällen von sogenannter Kindertabes Sensibilitätsstörungen und Ataxie häufig gar nicht vorkommen oder doch nur angedeutet sind, daß diese nicht als systematische Tabes, sondern als echte Hirn- und Rückenmarks-Syphilis zu betrachten wären. GUMPERTZ selbst hat einen Fall von spinaler Affektion bei einem jugendlichen Individuum mit hereditärsyphilitischer Ätiologie beschrieben, bei welchem Harninkontinenz, einseitiges Fehlen des Kniereflexes, Pupillenstarre und beginnender Sehnervenschwund vorlagen, doch meint er, daß hier spinale Manifestationen einer echten syphilitischen, nicht einer metasyphilitischen Rückenmarkserkrankung vorliegen.

Die Frage, ob es sich in diesen juvenilen Fällen um echte Tabes oder um eine Tabessymptome vortäuschende wirkliche Syphilis des Zentralnervensystems handelt, läßt sich allerdings mit absoluter Sicherheit nach der einen oder anderen Richtung hin nicht entscheiden, und dies um so weniger, als bisher kein einziger Obduktionsfall von Tabes bei hereditärer Lues vorliegt.

Der von GUMPERTZ veröffentlichte Fall gehört möglicherweise in die Kategorie der von KALISCHER beschriebenen Fälle von infantiler Pseudotabes heredosyphilitica, einer Bezeichnung, welche für Fälle von echter spinaler Lues mit tabesähnlichem Symptomenkomplex verwendet wird.

Einige Worte über die Augenmuskellähmung bei unserem Falle. Es wird selbstverständlich einige Schwierigkeiten bereiten, die Differentialdiagnose zu stellen, ob die im 11. Lebensjahre des Patienten eingetretene Augenmuskellähmung auf echter Hirnsyphilis oder auf Tabes beruhte. Bei beiden Affektionen können eine Zeitlang isolierte Ophthalmoplegien vorliegen; bei beiden treten besonders Ptosis und Pupillenstörungen isoliert auf; bei beiden wird häufig Lähmung der äußeren Okulomotoriuszweige beobachtet.

Fournier d. Ä. hat die Angabe gemacht, daß bei Tabes die Augenmuskellähmung nur eine teilweise ist und daß sich die Ophthalmoplegia exterior häufig mit dem Argyll-Robertsonschen Phänomen verbindet, daß des ferneren die tabischen Augenmuskellähmungen flüchtiger Natur sind und zu Rezidiven neigen. All dies kann aber auch bei auf echter Syphilis beruhenden Augenmuskellähmungen vorkommen. Nach Nonne hat nur die Tatsache, daß das Argyll-Robertsonsche Phänomen bei der Tabes sehr häufig (nach Uhthoff in 60 bis 90% der Fälle), bei Hirnsyphilis viel seltener ist, eine größere Bedeutung.

Wenn wir uns vergegenwärtigen, daß bei unserem Patienten bereits im 11. Lebensjahre Augenmuskellähmung, gleichzeitig mit anderen zerebralen Symptomen bestand, daß die äußere Augenmuskellähmung unter Jodbehandlung bis auf leichte Ptosis ganz zurückging, daß des ferneren etwas Ptosis und eine leichte Parese des rechten Gesichtsnerven noch immer bestehen, so ist es wahrscheinlich, daß die im 11. Lebensjahr entstandene passagere Augenmuskellähmung auf Hirnlues zu beziehen war und daß erst später die systematische Erkrankung aufgetreten ist, welche gegenwärtig vorliegt. Vielleicht kann gerade die Enuresis, welche im 12. Lebensjahre entstand und welche die Eigentümlichkeit zeigte, immer nur bei Tag, insbesondere bei der Arbeit, sich einzustellen, als ein Anfangssymptom der Tabes gedeutet werden.

Nach alledem glaube ich wohl, daß dieser Fall geeignet ist, die Möglichkeit einer dauernden schweren toxischen Beeinflussung des Gesamtorganismus durch das erblich übertragene Syphilisgift zu demonstrieren und die Lehre von dem ätiologischen Zusammenhang zwischen der Tabes und Lues zu festigen. Die gesundheitlichen Schicksale dieses Patienten, bei welchem eine Evidenzführung von Geburt an durch zwei Dezennien möglich war und sowohl die angeborene Frühsyphilis als auch die Rezidiven und postsyphilitischen Erscheinungen von einem und demselben Arzte beobachtet wurden und nicht erst, wie in vielen Fällen, nur vage Vermutungen über den Bestand von angeborener Syphilis angestellt zu werden brauchten, sind geeignet, die Existenzberechtigung der para- und metasyphilitischen Symptomengruppen auch für die angeborene Lues zu beweisen. Als solche wären in diesem Falle zu betrachten: die paroxysmale Hämoglobinurie, die Arteriosklerose, der Infantilismus und die Tabes dorsalis.

Über die Entstehung der Malaria.

Von **Dr. Benno Müller**, Hamburg.

In dem großen Rahmen des Bildes der Tropen spielen neben den vielen uns überraschenden Bildern auch die Erkrankungen des Menschen, der in den Tropen lebt, eine große Rolle, und in den verschiedensten Farben, Nuancen und Schattierungen geben sie ein Bild von großer Variabilität und Verschiedenheit der einzelnen Formen. Eine der wichtigsten Erkrankungen der Tropen ist die Malaria, und dieselbe stellt nicht nur einen wichtigen Faktor dar für den in den Tropen Lebenden, sondern ist auch für den, der fern von jenem Wunderlande weilt, von großer Bedeutung. So ist auch für den Arzt in unserem Vaterlande die Kenntnis der Malaria von großer Bedeutung, denn bei unseren jetzigen weiten Beziehungen unseres Handels und unserer Flotte zu den fernen Ländern unserer Erde kommt auch zu uns gar oft ein Kranker, der von Malaria behaftet und heimgesucht ist, und vor allem hat der Arzt bei uns oft die älteren Krankheitsfälle noch zu behandeln, Fälle, die bei Leuten auftraten, die eine Zeit ihres Lebens in den Tropen verbrachten und mit der Krankheit vor kurz oder lang heimkehrten; der Arzt in großen Städten hat zudem oft Gelegenheit, einen frischen Fall von Malaria zu behandeln. In den letzten Jahren hat auch gerade die Malariaforschung große Fortschritte gemacht, und man hat vermocht, interessante Entdeckungen festzustellen, und somit die Ätiologie der Malaria zu lichten. Die Kenntnis dieser Krankheit ist ja bereits sehr weit in der Geschichte der Medizin zurückzuverfolgen und man hat auch schon vor längerer Zeit die therapeutischen Maßnahmen zu erfolgreicher Behandlung der Malariakranken kennen gelernt, so daß man jetzt das Chinin als ein Spezifikum auffaßt und unter die kleine Zahl der ganz sicher wirkenden Heilmittel rechnet, indem man dem Chinin zur Malaria dieselben therapeutischen Beziehungen zuerkennt, wie man sie dem Jodkali zur Lues allgemein einräumt.

Im Jahre 1881 fand Laveran im Blute der Menschen ein Lebewesen, welches er als den Erreger der Malaria angab, und er hat damit die Ätiologie der Malaria festgestellt; aus diesem Funde hat sich dann eine bedeutungsreiche und wichtige Forschung begründet. Der Wert der Entdeckung wird auch unter anderem dadurch gekennzeichnet, daß man im Jahre 1902 dem Entdecker der Malariaplasmodien den Nobelpreis zuerkannte. Die Malariaplasmodien gehören unter die Protozoën und werden in der Gruppe der Hämosporidien mit anderen ähnlichen Lebewesen zusammengefaßt. Es sind einzellige Gebilde, welche einen kernartigen Hauptteil vor allem sichtbar werden lassen, der mit mehr oder weniger Protoplasma umgeben ist. Die Malariaerreger leben im Blute des Menschen und dringen in die roten Blutkörperchen ein, indem sie dieselben in dem Fortschreiten ihres eigenen Wachstums zerstören, bis sie schließlich die befallenen Blutkörperchen ganz ausfüllen. Als der Rest derselben erscheint in ihnen das Blutpigment, das sich bei dem Teilungsvorgange der Plasmodien zu dicken, schwärzlichen Klumpen zusammenballt, die in die Blutbahn gelangen. So gehen nach und nach die Erythrozyten zugrunde. Diese in die Blutbahn gelangten Pigmentklumpen gelangen in die Endothelzellen der Milz- und Leberkapillaren, in denen das Pigment zur Ablagerung kommt. In besonderen, aber sehr seltenen Fällen kann man bei der Blutuntersuchung diese Pigmentklumpen in dem Präparate finden und muß dieselben richtig zu deuten wissen, weil man sonst leicht Mißverständnisse herbeiführen kann. Immerhin sind sie nur in wenigen Fällen gefunden worden.

Wenn man die Malariaparasiten im hängenden Tropfen untersucht, so erscheinen sie bei 1000facher Vergrößerung als blasse Flecken in den roten Blutkörperchen, die älteren Formen sind durch die braunen Pigmentkörperchen zu unterscheiden. Allerdings wird der Nichtforscher das Blut besser mit den Färbemethoden untersuchen und es erscheinen dann die Malariaparasiten ganz anders. Ich werde später darüber berichten.

Man unterscheidet drei Arten der Malariaplasmodien, nämlich den Erreger des Quartan-, Tertian- und des Tropikafiebers. Es finden sich diese 3 Arten alle in den Tropen, während die ersten beiden nur bei uns vorkommen und die Erreger des Tropikafiebers bei uns fehlen. Bei der Quartana tritt der Fieberanfall jeden 4., bei der Tertiana jeden 3. Tag auf und bei der Tropika zieht sich der Fieberanfall über 2 Tage hin und es zeigt die Fiebertemperatur inmitten ihres Verlaufes eine Remission (Koch). Es tritt das Fieber bei dem Kranken ein, sobald die Plasmodien sich zu vermehren beginnen. Bei den an Quartana oder Tertiana Kranken tritt während des Anfanges der Vermehrung das Frostgefühl auf, und bei den Tropikakranken findet man zu dieser Zeit Mattigkeit, Schwindelgefühl und heftige Kopfschmerzen. Kurz nach diesen Symptomen kann man im Blute der Kranken die ersten Jugendformen der Parasiten finden. Diese jungen Gebilde haben bei allen drei Arten der Malaria dieselbe Form, man erkennt sie im Präparat als Ringe mit kleinen Knöpfchen, welche auf den Erythrozyten sitzen. Es sind aber in Wirklichkeit Zellen mit Kern und Protoplasma, welche in das Blutkörperchen eingedrungen sind. Bis zu diesem Punkte sind die Parasiten gleich, nun aber hat jede Form eine andere weitere Entwicklung durchzumachen, und man unterscheidet sie nach den Arten der Krankheit.

Die Parasiten der Quartana und Tertiana entwickeln sich in dem Blute des Menschen an allen Stellen gleich, man kann also bei Entnahme eines Tropfen Blutes aus dem Ohrläppchen oder der Fingerspitze die Parasiten finden, während dies bei der Tropika nicht der Fall ist.

Bei der Quartana entwickeln sich die Parasiten in der Zeit zwischen zwei Anfällen von dem Ring mit dem Pigmentklümpchen in verschiedenen Zwischenstufen bis zu dem Stadium, wo es sich in neue kleine Jugendformen teilt. Der Ring wird zunächst zu einem schmalen, dann zu einem breiteren Bande, welches mit Pigmentkörnchen versehen über das Blutkörper-



Fig. 1. Malariaplasmodien bei Quartana.

chen hinzieht. In Figur 1 sieht man bei A den Ring im Blutkörperchen, bei B die Streifenform. Das Blutkörperchen ist jetzt noch nicht verändert, es hat noch seine normale Größe und färbt sich normal. Diese bandartige Form des Parasiten bei völlig normal färbbarem Blutkörperchen ist ein sicheres Zeichen der Quartana. An den folgenden beiden Tagen wächst nun das bandförmige Plasmodium weiter, bis es das rote Blutkörperchen ganz anfüllt, was in C der Figur 1 angedeutet ist. Nachdem das Plasmodium diese Größe erreicht hat, beginnt es sich zu teilen, es schnüren sich eine Anzahl junger Plasmodien, zirka 8—12, ab, das Pigment wird zu einem Klumpen im Zentrum oder am Rande der jungen Plasmodien, und nun platzt das Blutkörperchen, und die jungen Plasmodien gelangen als selbständige Parasiten in die Blutbahn und suchen sich jedes ein Blutkörperchen für das eigene weitere Leben. An D und E sieht man diese Vorgänge abgebildet. Mit dem Lebensanfang der jungen Plasmodien beginnt ein neuer Fieberanfall des Kranken.

A B C D

Fig. 2. Malariaplasmodien der Tertiana.

Die Entwicklung der Tertianaformen geht folgendermaßen vor sich: Aus den Ringen der Jugendformen entstehen im Laufe der 48stündigen Entwicklung amöbenartige Lebewesen, die mit Pseudopodien versehen sind und stetig an Größe und unregelmäßiger Form zunehmen. Aus dem Ringe A in Figur 2 wird zunächst ein Gebilde in B, dasselbe vergrößert sich bis zu einer Form wie in C. Diese mit Pseudopodien versehenen Gebilde in dem daneben vergrößerten Blutkörperchen, welches sich nicht mehr normal mit Methylenblau färbt, sondern eine blaßgrüne Farbe annimmt, sind typisch für die Tertiana. In D sind die jungen Plasmodien fertig, sie entstehen genau wie die der Quartana, nur sind sie viel zahlreicher, es sind stets 18—24 junge Plasmodien, welche nun jedes sich ein Blutkörperchen zur weiteren Entwicklung suchen. Die Teilung des Plasmodiums entspricht dem Fieber resp. Frostanfalle des Kranken.

Die Plasmodien der Tropikaform sind in ihren Jugendformen kleine Ringe, nur sehr selten im peripheren Blutkreislaufe zu finden, und die kurz vor dem neuen Fieberanfalle sich bildenden Vermehrungsformen sind gar nicht in der Peripherie des Organismus zu finden, sondern man hat sie in Milz, Gehirnkapillaren, Knochenmark etc. zu suchen. Bei der Tropika ist nicht ein markanter Fieberanfall zu finden, es fehlt das Frühstadium vollkommen, und es zeigt sich an Stelle des Frostes bei dem im Beginne des Fieberanstieges befindlichen Kranken ein dumpfer Kopfschmerz und große Mattigkeit. Man findet zu dieser Zeit sehr häufig keine Plasmodien im Blute, und man kann schwer eine sichere Diagnose stellen. Wenn man nun jetzt hie und da einen kleinen Ring im Blute findet, so kann man noch immer nicht genau entscheiden, ob es nicht Tertiana ist, da bei derselben auch gelegentlich sehr kleine Ringe vorkommen, erst eine große Anzahl kleiner oder mittelgroßer feiner Ringe, welche $^1/_6$—$^1/_8$ der Größe der Erythrozyten ausmachen, während die der Tertiana $^1/_3$—$^1/_4$ so groß sind, können die Diagnose der Tropika einigermaßen sicherstellen. Erst ganz sicher kann man die Diagnose der Tropika stellen, wenn man die Dauerformen des Tropikaplasmodium, die sich in dem Zwischenwirt, Anopheles, weiter entwickeln,



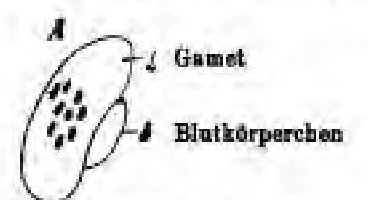
Fig. 3. Malariaplasmodien der Tropika.

nachweist. Die Dauerform der Tropika findet sich im peripheren Blute und hat die Gestalt eines Halbmondes, der in Fig. 4 in A dargestellt ist. B stellt in Figur 3 die Jugendformen der Tropika dar, wie sie sich im Knochenmark, Milz etc. finden, in der Mitte des Pigmentklumpen, C, D, E und F sind die Ringformen in verschiedenen Größenentwicklungen.

Es ist bei der Entstehung der Malaria jenes kleine Insekt, der Anopheles, eine kleine Mücke, von wesentlicher Bedeutung, da sie als Zwischenwirt der Plasmodien dient und somit eng mit dem Leben der Malariaerreger verknüpft ist. Diese Anopheles saugen dem Menschen einen Tropfen Blut beim Stich aus, den sie zur Entwicklung ihrer Eier nötig haben, und zwar kommen dabei nur die weiblichen Mücken in Betracht, und infizieren sich selbst dabei von dem malariakranken Menschen mit den im Blute befindlichen Plasmodien; dieselben machen nun im Körper der Anophelesmücke eine Verwandlung durch und werden dann wieder von dem Anopheles auf andere Menschen durch den Stich übertragen.

Die Malariaplasmodien aller drei Arten bilden sich im Blute des Menschen zu sogenannten Dauerformen, bei Quartana und Tertiana zu Sphären, bei der Tropika zu Halbmonden, die man Gameten nennt. Sie entstehen ebenso wie die sich weiter durch Teilung vermehrenden Plasmodien aus den Ringen und wachsen genau so wie diese in den Blutkörperchen heran, indem sie dasselbe aufzehren. In Figur 4 sind diese Gameten abgebildet, bei A mit Blutkörperchen und bei A' ohne Blut-

körperchen. Wenn nun ein Anopheles einen Malariakranken sticht, so saugt er das Blut mit diesen Plasmodien in sich auf, und diese Gameten gelangen in den Magen des Anopheles, woselbst auch die Halbmonde Sphärenform erhalten. Es gibt männliche und weibliche Gameten; die ersteren heißen Mikrogametozyten, weil sie die Zellen repräsentieren, die später die kleineren Gebilde für den Befruchtungsvorgang, die Mikrogameten, liefern. Dieser Mikrogametozyt erzeugt, sobald eine Außentemperatur von nicht unter 18° C herrscht, Spermatozoen, die Mikrogameten, welche aus dem Mikrogametozyt heraustreten, meist 5—6, und sich auf die weiblichen Gameten, die Makrogameten heißen, werfen, wobei je ein Spermatozoon einen Makrogamet befruchet. Dieser Vorgang spielt sich im Magen des Anopheles ab, aber nur bei wenigstens 18° C Lufttemperatur. Aus den Weibchen bilden sich nach der Befruchtung Würmchen, welche die Magenwand durchbohren und an der Außenfläche der Magenwand sich zu Zysten formen. Es bilden



Halbmond mit Pigmentkörnchen und einem von ihm okkupierten Blutkörperchen, dessen Rest eben noch zu sehen ist.



Halbmond, Gamet ohne Blutkörperchen.

Fig. 4. Gameten.

sich nun in diesen Zysten Tochterzysten und in diesen wieder entstehen eigenartige Gebilde, welche die Form von Sicheln haben und deshalb Sichelkeime genannt werden. Nun platzen die Zysten, die Sichelkeime werden frei und gelangen in den Säftestrom, welcher die Sichelkeime in die Speicheldrüse und Giftdrüse des Anopheles transportiert. Diese Entwicklung der Gameten zu Sichelkeimen dauert 10 Tage und geht im Sommer bei 25° C vor sich. Ist die Temperatur niedriger, so dauert es bis zu 18 Tagen, es geht allerdings der Prozeß nicht vor sich, wenn eine Temperatur unter 18° C herrscht. Wenn nun ein Anopheles mit diesen Sichelkeimen in der Giftdrüse einen Menschen sticht, so gelangen diese Sichelkeime in das Blut desselben und formen sich nun in einer Zeit von zirka 10 Tagen zu den typischen Malariaplasmodien um, und nach Verlauf dieser Zeit bricht die Malaria aus.

Es ist nun noch von Interesse, etwas näheres von dem Anopheles zu erörtern, da das Erkennen desselben immerhin von Bedeutung ist. Der Anopheles unterscheidet sich von den anderen Mücken, den hauptsächlich in Betracht kommenden ähnlichen Arten Culex und Aedes, dadurch, daß er bei seinem Aufenthalt an der Zimmerdecke sich senkrecht von der Zimmerdeckenfläche herabhängen läßt, während die anderen ähnlichen Mückenarten so an der Decke hängen, daß ihr Leib parallel der Fläche hängt. Ferner kann man das Anophelesweibchen, denn nur das Weibchen kommt, wie oben erwähnt, in Betracht, von den Culex und anderen Mücken daran unterscheiden, daß die Taster am Kopfe des Anopheles mit dem Stechrüssel gleich lang sind, während bei den anderen Mückenarten diese Organe meist sehr verschieden lang sind. Weiter erkennt man die Anopheles noch an einer besonderen Zeichnung der Flügel, denn sie haben auf den Flügeln eine ganz charakteristische Fleckenbildung, welche allen anderen Mücken, die hier in Betracht kommen, fehlt. Die Eier des Anopheles, welche von dem Weibchen ebenso wie auch von den anderen Mückenarten in stehende Wässer gelegt werden, sind von denen anderer Mücken ebenfalls scharf zu unterscheiden, denn sie liegen in bestimmter, immer gleich bleibender Zeichnung auf dem Wasser, teils in Reihen nebeneinander, teils in Sternform.

Die Larven des Anopheles haben entgegen den anderen Mückenlarven ein sehr kurzes Atmungsrohr und werden infolgedessen gezwungen, sich so an der Oberfläche des Wassers zu halten, daß ihr Körper parallel der Wasseroberfläche liegt, während die anderen Mückenlarven ein langes Atmungsrohr besitzen und sich alle rechtwinklig zur Wasseroberfläche stellen, wenn sie Luft atmen. Auf diese Weise kann man sehr genau die Anopheleslarven unterscheiden, und es hat dies besondere Gründe, da man in manchen Fällen gezwungen sein kann, diese Larven zu vernichten.

(Schluß folgt.)

Referate.

W. Liermann (Dessau): Behandlung der Knochenbrüche.

Verf. empfiehlt bei der Behandlung der Frakturen in Übereinstimmung mit anderen Autoren an Stelle der Methode, das gebrochene Glied bis zur Konsolidierung in starre fixierende Verbände zu legen, möglichst von vornherein die mobilisierende Methode, also möglichst früh Massage und passive Bewegungen. Bezüglich der Frakturen der oberen Extremität gestaltet sich diese Behandlung folgendermaßen („Deutsche medizinische Wochenschrift“, 1904, Nr. 43 und 44): 1. Redression der verschobenen Fragmente, die nur in seltenen Fällen die Anwendung der Narkose erfordert. 2. Baldigste Fixation und Immobilisierung des verletzten Gliedes durch einen Modellverband aus Pappe (beim ersten eventuell auch zweiten Verband werden die Pappschienen zweckentsprechend mit einer Stärkebinde fixiert, späterhin genügt eine Trikot- oder Mullbinde). 3. Nach mehrtägiger Immobilisierung des verletzten Gliedes durch den ersten Verband an jedem zweiten oder dritten Tage wiederholtes Abnehmen des Verbandes zur Mobilisierung der der Frakturstelle benachbarten Gelenke und zur Massage des Gliedes. 4. Nach eingetretener Konsolidation ist die völlige Funktionsfähigkeit des Gliedes durch lauwarme Seifenbäder, Massage und zweckentsprechende Bewegungsübungen herbeizuführen. Bei den Frakturen der unteren Extremität hängt die Durchführbarkeit einer mobilisierenden Massagebehandlung wesentlich von der Handlichkeit und Leichtigkeit der Auswechslung eines Schienenapparates ab. Verf. hat früher für diesen Zweck eine Schraubenextensionsschiene angegeben, welche auswechselbar sowie für rechts und links verstellbar ist, sowie auch beim Umhergehen Bewegungen im Knie- und Fußgelenk zuläßt. Übrigens läßt auch die althergebrachte Verbandtechnik, selbst bei Bettruhe, eine mobilisierende Massagebehandlung, wenn auch in beschränktem Maße, zu. Man kann dann in der ersten Zeit während der Bettruhe diese passive Mobilisierung anwenden und später einen Gehverband anlegen. Es können bei diesem Vorgehen bei den Frakturen der unteren Extremität anatomisch wie funktionell gute Resultate erzielt werden. Bei Unterschenkelbrüchen fixiert Verf. das gebrochene Bein in den ersten Tagen nach der Verletzung bis zur Anlegung des ambulanten Gipsverbandes durch eine Modellschiene aus Pappe, die sich aus einer äußeren und einer inneren Halbschiene zusammensetzt und Fuß, Unterschenkel, nach Bedürfnis auch das Knie wie ein Stiefel umfaßt. Eine solche Schiene ist für den einzelnen Fall leicht herstellbar und läßt eine Massage bis zur Anregung des ambulanten Gipsverbandes zu. Die Fußgelenkbewegungen ermöglicht Verf. nach Erstarren des Gipses dadurch, daß er in der Fußgelenkbeuge den Verband bogenförmig ausschneidet. Auch bei Knöchelbrüchen ist dies zulässig, da ein exakt angelegter Verband die Malleolen sicher umschließt. Möglichst bald muß der Verletzte selber die Herstellung der normalen Funktion durch aktive Übungen unterstützen. L.

Weljaminoff (Moskau): Hysterie in der Chirurgie.

Bei hysterischen Individuen treten nicht selten Symptome auf, die in vielfacher Beziehung an verschiedene innere Erkrankungen erinnern. So werden z. B. hysterische Kontraktionen des Ösophagus oder Pylorus beobachtet, die nicht selten die Veranlassung zu überflüssigen Operationen abgeben. Es kommen auch Verengerungen des Dünndarms vor, die einen Tumor vortäuschen, aber ohne jegliche Behandlung vorübergehen. Bei der Stellung der Diagnose ist im Auge zu behalten, daß sämtliche hysterischen Erscheinungen sich durch ihre außerordentliche Veränderlichkeit auszeichnen, wobei die

Intensität derselben mit der Psyche des Patienten, bei Frauen mit dem Auftreten der Periode in Zusammenhang steht. Eine andere Gruppe wenig bekannter hysterischer Erkrankungen stellen die sogenannten „seins hystériques" dar, die schon im 17. Jahrhundert bekannt waren und besonders gut von GILLES DE LA TOURETTE beschrieben worden sind. WELJAMINOFF hat innerhalb seiner 20jährigen praktischen Tätigkeit 63 Fälle dieser eigentümlichen Erkrankung beobachtet („Wratschebnaja Gazetta", 1905, Nr. 28). Sie besteht in Anschwellung einiger Lobuli der Brustdrüse, die karzinomatöse Neubildungen vortäuscht. Die Grenzen der Schwellung sind sehr undeutlich ausgesprochen. Es werden zahlreiche einzelne Knoten von verschiedener Größe beobachtet. Die Haut ist oberhalb der Geschwulst außerordentlich empfindlich. Bisweilen sind nagende Schmerzen in der Geschwulst vorhanden. WELJAMINOFF hat vier klinische Modalitäten dieser seltenen Affektionen beobachtet. Zum ersten Typus gehören junge, gut genährte Mädchen von lebhaftem leidenschaftlichen Temperament, meistenteils Südländerinnen. Die Geschwulst verschwindet gewöhnlich bei diesen Mädchen nach der ersten Schwangerschaft und kommt dann nicht mehr wieder. Zum zweiten Typus gehören sehr nervöse Mädchen im Alter von 25—30 Jahren, die durch ihr wunderliches Benehmen auffallen und im alltäglichen Leben als psychopathisch gelten. Zum dritten Typus gehören Frauen im BALZACschen Lebensalter, d. h. die früh Witwen geworden sind oder impotente Männer haben. Zum vierten Typus gehören hysterische alte Frauen, die in medizinischen Büchern viel über das Karzinom der Brustdrüse gelesen haben. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß die Geschwulst aus ödematösem Stroma der Brustdrüse und einer Ansammlung von Epithelzellen in deren Kanälchen besteht. In chronischen Fällen kann die Geschwulst sich in ein diffuses Fibrom verwandeln. L—y.

HEIM (Erlangen): **Der Reinlichkeitszustand künstlicher und natürlicher Mineralwässer.**

Der schwankende Keimgehalt in den natürlichen Selterswässern ist nicht nur von der Natur des verwendeten Wassers, sondern auch von der Behandlung der Mischgefäße und Flaschen abhängig. Die ursprünglich hineingelangten Keime werden durch die Kohlensäure und den gleichzeitig herrschenden hohen Druck geschädigt. Die natürlichen Mineralwässer enthalten durchschnittlich doppelt soviel Keime als die künstlichen; eine auffallende Keimarmut — selbst Keimfreiheit in manchen Proben — zeigt das Levicowasser, das wahrscheinlich bakterienwidrige Eigenschaften besitzt. Da das Quellwasser selbst keimfrei sein muß, kann die Verschmutzung der natürlichen Mineralwässer nur von der Quellenfassung, von mangelhafter Reinlichkeit bei der Füllung oder von unreinen Flaschen und Verschlüssen herrühren („Hygien. Rundschau", 1905, Nr. 4). Schließlich weist Verf. mit Recht auf den ganz ungerechtfertigt hohen Preis der natürlichen Mineralwässer hin, was namentlich im Interesse der Einschränkung des Alkoholgenusses sehr zu bedauern ist. A.

BELOT (Paris): **La radiothérapie dans les affections cutanées.**

BELOT gibt („Annales de Dermatologie et Syphiligraphie", IV, Nr. 7) unter Beigabe einer umfassenden Literaturangabe eine ganze Reihe von Hautaffektionen an, die er mit Röntgenstrahlen im Laboratorium von BROCQ behandelt hat. Seine kurz wiederholten Resultate sind folgende: Die Mycosis fungoides: Diese Krankheit, schon von WALKER, BROKE, SCHOLTZ, HYDE, MARSH, CURIER behandelt, empfiehlt der Autor nach seinen Erfahrungen sehr warm für die Röntgenbehandlung; er hat 2 Fälle behandelt: einen im mykotischen Stadium, mit zahlreichen nicht ulzerierten Tumoren, und einen zweiten im erythematösen, ekzematösen Stadium. Beide Fälle wurden bedeutend gebessert; die ekzematösen Plaques schwanden, das lästige Jucken hörte auf, die Tumoren bildeten sich nach mehreren Sitzungen völlig zurück. Bei der Applikation der Strahlen wechselte der Autor täglich die bestrahlten Stellen, ging bei den Tumoren nie über 9—10 H hinaus, für die ekzematösen Stellen genügten 7 H, in Pausen innerhalb 15—20 Tagen appliziert. Im ganzen genügten für die größeren Tumoren 40—45 H, für die kleineren 20—25 H, für die ekzematösen Stellen eine zweimalige Dosis von 6—7 H. BELOT erzeugte dabei nie oberflächliche Nekrosen wie SCHOLTZ, sondern nur Erythem. Bezüglich der Rezidiven hat Autor die Fälle nicht lange genug beobachtet. Für die Sarkome empfiehlt der Autor die Radiotherapie nur in operablen Fällen. Bei Karzinomen und Epitheliomen erhielt BELOT ebenfalls die günstigsten Resultate; er empfiehlt, die Sitzungen in 14tägigen Intervallen mit der jeweiligen Dosis von 10—12 H vorzunehmen. In der 4. Sitzung geht er auf 5—6 H herab und vermindert die Dosis mit dem Rückgang der Erscheinungen; der Autor empfiehlt aber dringend, der Bestrahlung die Exkochleation der oberflächlichen Tumormassen vorauszuschicken, da dadurch die Behandlung bedeutend abgekürzt wird mit gleichzeitig bestem kosmetischen Erfolg. BELOT gibt in diesem Kapitel eine einschlägige Übersicht über die histologischen Untersuchungen bestrahlter Tumoren und kommt zu dem Schluß, daß die Röntgenstrahlen eine elektive Wirkung auf die Krebszellen haben, welche sich in rascher Degeneration und Auflösung derselben zeigt. Eine Paget disease heilte der Autor völlig, während er bei der Bestrahlung eines Naevus vasculosus im Gesicht nicht mit den gewohnten schwachen Reaktionen auskam; eine durch eine sehr starke Dosis schließlich erzeugte tiefere Ulzeration heilte mit Narbenbildung aus. Günstig beeinflußte Verf. noch mit Röntgenstrahlen Verrucae, Xeroderma pigmentosum und Rhinophym. K. F.

GEORG KÜHNEMANN (Berlin): **Neuere klinische Erfahrungen über Ruhr.**

Verf. hat gelegentlich einer ausgedehnten Ruhrepidemie, bei der Behandlung von 135 zum Teil sehr schweren Ruhrfällen, den Wert der verschiedenen Behandlungsmethoden eingehend geprüft. Folgende Behandlungsmethode hat sich ihm als zweckmäßig bewährt („Deutsche Med.-Ztg.", 1904, Nr. 36): In den ersten beiden Krankheitstagen erhalten die Patienten täglich dreimal einen Eßlöffel Rizinusöl. In der Regel nehmen hiernach die vorher schon ausgesprochen ruhrartigen Stühle an Zahl beträchtlich zu. Falls eine unüberwindliche Abneigung gegen Rizinusöl besteht, muß letzteres entweder in Kapseln, bzw. als Emulsion gereicht oder Kalomel 0·2 *g* dreimal täglich oder Rhabarber gegeben werden. Nunmehr wird eine 12—24stündige Pause gemacht, dann beginnt die styptische Therapie; dieselbe verfolgt einen doppelten Zweck, nämlich die Ruhigstellung des von Kotmengen vollkommen gesäuberten Darmtraktus sowie eine Einschränkung der Eiweißverluste des Körpers. Am zweckmäßigsten erweist sich für die weitere Behandlung das Tannigen (dreimal täglich 1 *g*) als ein mildes, adstringierendes Mittel, welches den Magen nicht belästigt, Appetit und Nahrungsaufnahme nicht beeinträchtigt. Von der Verwendung der Opiate ist Abstand zu nehmen. Die Opiumtinktur bewährt sich, wo es darauf ankommt, die Heftigkeit der Durchfälle unbedingt zu bekämpfen. Von sonstigen Mitteln werden noch genannt das Bismut. subnitricum 3—4mal täglich 1 *g* und die Mucilago Salep als vortreffliches einhüllendes, reizmilderndes und zugleich nährendes Mittel. In den schweren Fällen mit Sinken der Herzkraft muß als vortrefflich wirkendes Mittel die subkutane Kochsalzinfusion angewendet werden. Treten schwere Magenerscheinungen hinzu, so gibt man die zugeführte flüssige Nahrung (Haferschleim, Milch) in gekühltem Zustande, vereinzelt auch Eispillen. Als gutes Mittel gegen hartnäckiges Erbrechen bewährt sich die Jod-Jodkalilösung (Tinct. jodi 0·3, Kal. jodat. 5·0, Aq. dest. 120·0, dreimal täglich 1 Eßlöffel). Von sonstigen therapeutischen Maßnahmen seien noch erwähnt: Anwendung von Kokainstuhlzäpfchen gegen Tenesmus und subkutane Morphiuminjektionen bei heftigen Koliken und unstillbarem Singultus. Bei jedem Ruhrkranken ist auf dauernde Warmhaltung des Leibes ein besonderer Wert zu legen. Eine Applikation von Eis auf das Abdomen, etwa bei stärkeren Schmerzen in der linken Unterbauchgegend oder anderer Lokalisation, ist zu widerraten. Dagegen ist die Anwendung von Wärmeflaschen bei großer Körperschwäche und kühlen Extremitäten oft notwendig. Als Indikation für Darmeingießungen hat das Auftreten rein blutiger Stühle infolge von Arrosion der Gefäßwandungen zu gelten. In diesen Fällen wird der etwa 300 cm^3 betragenden Flüssigkeit Plumb. acet. 0·1 oder Liqu. ferri sesquichlorati 2·0—3·0 *g* hinzugesetzt. Am besten wird reine Suppendiät vertragen; unübertroffen ist vor allem

die milde Wirkung des Gerstenschleimes. Wird Milch vertragen, was nicht immer der Fall ist, so ist sie als eines der wichtigsten diätetischen Hilfsmittel bei der Ruhrbehandlung zu empfehlen. Man gebe sie aufgekocht, etwas erwärmt und stets nur in kleineren Quantitäten von 50—10 g halb- bis einstündlich. In der ersten Krankheitswoche beschränke man sich nun auf die genannte Diät und lasse erst in der zweiten Woche einige Änderungen eintreten. Nun kommen Milchsago, eventuell mit Eiweiß oder Tapioca in Suppe oder Bouillon, dünner Milchreis, ein weich gekochtes Ei, ungesüßter Kakao oder Racahout in Betracht, auch dürfen den Suppen, der Fleischbrühe, der Milch dem Kakao Zusätze von Somatose, Peptonpäparaten gemacht werden, jedoch immer nur teelöffelweise zu einer Portion und auf nicht zu lange Zeit. Als Getränk empfiehlt sich das Eiweißwasser (das Weiße eines Hühnereies in 200 g abgekochten frischen Wassers mit wenig Zucker gelöst). Diese flüssige Kost ist beizubehalten, bis die Stühle andauernd fäkulent geworden und mindestens 8 Tage lang normale Stühle entleert worden sind. G.

K. J. KARAKASCHEFF (Leipzig): **Über das Verhalten der LANGERHANSschen Inseln des Pankreas bei Diabetes mellitus.**

In sämtlichen von KARAKASCHEFF untersuchten Diabetesfällen waren die LANGERHANSschen Inseln zum größten Teil normal, in gewissen Fällen sogar stark gewuchert. Sie können zweifellos in einer Anzahl von Fällen zum Teil erkrankt sein, ohne daß Diabetes die notwendige Folge davon zu sein braucht. Die Wucherung der Inseln, ebenso wie die Auflösung in einzelne isolierte Teile läßt sich nur so deuten, daß daraus eine Neubildung von Drüsenazini hervorgeht, die man wohl als vikariierend auffassen kann. Jene Umwandlung der Inseln und Bildung von Azini geschieht überall da, wo aus irgend einer Ursache Drüsenparenchym zerstört wird, und ist ganz im Einklang mit dem Verhalten der Inseln bei der Entwicklung der Drüse. Daß die Inseln allein als Übergangsgebilde oder als in ihrer Entwicklung noch nicht ausgebildete Bestandteile des Pankreas eine spezifische Beziehung zum Kohlehydratstoffwechsel haben sollen, ist sehr unwahrscheinlich. Vielmehr ist es wahrscheinlicher, daß das ganze Drüsenparenchym in Beziehung zum Diabetes steht, indem man glaubt, daß bei Schädigungen allgemeiner Art sowohl die Drüsenazini als die Inseln zugleich betroffen werden können, daß die Inseln aber im allgemeinen gerade als die widerstandsfähigeren Teile zu betrachten sind. Die Drüsenazini gehen entweder zugrunde oder sie werden in rein funktioneller Beziehung beeinträchtigt; die LANGERHANSschen Inseln dagegen leisten größeren Widerstand und können dann neue Drüsenazini bilden, die aber ihrerseits ebenfalls der Degeneration verfallen können, so daß sie zur Wiederherstellung der Drüse nicht ausreichen („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 82, H. 1 u. 2). Demzufolge kann der Diabetes in allen Fällen ausbleiben, in welchen die Schädlichkeit mehr oder allein die Drüsenazini betrifft, z. B. bei Unterbindung des Ductus pancreaticus, während die Inseln mehr oder weniger verschont bleiben und weiterhin durch Proliferation imstande sind, ganz normales Drüsenparenchym zu produzieren. B.

CARLO RAVASINI und **UGO HIRSCH** (Triest): **Das Jothion, ein neues Jodpräparat zur perkutanen Applikation.**

Verff. gebrauchten folgende Salbe („Arch. f. Derm. u. Syph.", 1905, Bd. 74): Jothion 1 T., Vaselin-Lanolin aa. 2 T. Diese Salbe hat nur in einem Falle Dermatitis hervorgerufen. In mehr als 50 Fällen trat Dermatitis nicht auf. Selbst bei mehr als 10tägiger Applikation blieb die Haut unversehrt. Leichtes, kurzdauerndes Brennen wurde von den Patienten nur bei Applikation auf das Skrotum angegeben. Eigentlicher Jodismus wurde nie beobachtet. RAVASINI und HIRSCH haben im Harn und Speichel eines jeden Patienten, den sie mit Jothion und Jothionsalbe behandelt haben, Jod nachweisen können, und zwar bekamen sie sogar positive Reaktion in Fällen wo sie das Mittel in fast minimaler Menge auf ganz beschränkte Stellen der Haut auftrugen. Diese Reaktion begann schon drei Stunden nach der Applikation der Salbe und war schon nach 24 Stunden vorüber. In den Fällen, wo man die Salbe in größerer Menge auf den Vorderarm auftrug und den Arm mit hydrophiler Gaze und Billrothbattist bedeckte und einige Tage so verbunden ließ, konnte man noch am vierten Tage Jod in den Sekreten nachweisen. In therapeutischer Beziehung haben Verff. folgende Erfahrung gemacht: Bei Lymphadenitis inguinalis nach Ulcus durum wurde immer Zurückgehen der Schwellung beobachtet, u. zw. nach 5—6tägiger Applikation, allerdings bei gleichzeitiger Behandlung mit Kalomelinjektionen. Verff. behandelten ferner 10 Patienten mit Epididymitis gonorrhoica, indem sie einmal täglich die Salbe auf den Hodensack auftrugen, die Partie mit hydrophiler Gaze, Watte und Billrothbattist bedeckten und den Verband nach HORAND ausführten. Sie wählten dazu die Fälle, die wenig oder gar nicht schmerzhaft waren. Die Nebenhodenentzündung verschwand in auffallend kurzer Zeit vollständig. In einem Falle mit Verhärtung des Samenstranges ging auch diese zurück. Die Behandlungsdauer betrug 4—11 Tage. Ein Fall, der vorher ohne Erfolg mit Jodoformsalbe an dem Skrotum behandelt worden war, heilte vollständig nach 11tägigem Jothionsalbegebrauch. Die Salbe wurde schließlich auch in einem Falle von Hodentuberkulose angewendet, doch ohne nennenswerte Besserung; wohl aber war Gelegenheit geboten, sie mit ausgezeichnetem Resultate bei exulzerierten Gummata anzuwenden. Auf Grund dieser Erfahrungen halten Verff. sich berechtigt, zu sagen, daß wir im Jothion ein ausgezeichnetes Mittel besitzen, um Jod auf bequeme Weise perkutan in den Organismus einzuführen. G.

EWALD (Frankfurt am Main): **Desinfektionsversuche mit Alkoholdämpfen.**

Bestätigung der von anderen Untersuchern behaupteten Wirksamkeit von Alkoholdämpfen als Desinfektionsmittel. Dämpfe von 50—90%igen Alkoholmischungen sind imstande, die gewöhnlichen pathogenen Keime schon in einer Minute abzutöten, solche aus 30%, 40% und absolutem Alkohol nach 2—3 Minuten. Milzbrandsporen werden durch 50—80% Alkoholdämpfe nach 6 Minuten vernichtet. Inwiefern sich die Anwendung von Alkoholdämpfen zur Wohnungsdesinfektion eignet, bedarf noch weiterer Untersuchungen. („Hygienische Rundschau", 1905, Nr. 2.) A.

METSCHNIKOFF et **ROUX** (Paris): **Etudes expérimentales sur la syphilis. 3. Mitteilung.**

Ihren beiden vorhergehenden, an dieser Stelle bereits referierten, bedeutsamen Mitteilungen über experimentelle Übertragung der Syphilis auf Affen fügen die Verff. eine Reihe weiterer Untersuchungen an („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 18, pag. 657). So fanden sie, daß das Syphilisvirus das Berkefeldfilter, das z. B. das invisible Virus der Peripneumonie durchläßt, nicht passiert. Aber nicht nur die Filtration, auch andere Eingriffe berauben das Syphilisvirus seiner Virulenz, so z. B. Erwärmung auf 50° während einer Stunde; Glyzerin übt diese Wirkung nicht aus. Impfungen mit einem auf die angegebene Weise seiner Virulenz beraubten Syphilisvirus verleihen einem Organismus keinen Schutz gegen Infektionen mit virulentem Gift. Versuche an Makaken zeigten ferner, daß ein Syphilisvakzin, welches soweit abgeschwächt ist, daß es auch nicht die mindeste Lokalaffektion zu erzeugen vermag, auch nicht imstande ist, eine Syphilisimmunität hervorzurufen. Die Versuche ergeben aber die Möglichkeit, daß es durch Passage des Syphilisvirus durch bestimmte Affengattungen gelingen könnte, eine derartige Abschwächung derselben zu erzielen, daß man ein Vakzin gewinnen könnte. Auch für die Darstellung eines Heilserums gegen Syphilis, also für die Serotherapie, könnten möglicherweise die Versuche an Affen den richtigen Weg weisen, doch sind zur Lösung aller dieser Fragen noch weitere eingehende Untersuchungen notwendig. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **spezifischen Therapie der Febris recurrens** berichtet GABRITSCHEWSKY („Zeitschr. f. klin. Med.", Bd. 56, H. 1 u. 2). Verf. hatte gefunden, daß im Blutserum nach einem Rekurrensanfall Substanzen, welche die Rekurrensspirillen zu agglutinieren und zu töten



vermögen, vorhanden sind und versuchte es mit Serum von Hunden und Pferden, welchen wiederholt 0·5—2·0 cm^3 spirillenhaltiges Blut intravenös injiziert worden war, Rekurrenskranke zu behandeln. Währen der ersten Apyrexie wurde 2—3mal jeden 2. bis 3. Tag je 20·0 cm^3 spezifisches Serum injiziert; die Zahl der ohne Relaps gebliebenen war bei den Injizierten viel größer als bei den nicht spezifisch behandelten. Später wurde versucht, bei einem Zebu und bei einem Maulesel ein spezifisches Serum zu erhalten; die Behandlung mit dem Mauleselserum hatte einen ähnlichen Erfolg wie die mit dem Pferdeserum in der früheren Epidemie. Versuche, Rekurrenskranke mit dem eigenen Blut, welches während des ersten Anfalles entnommen, dann defibriniert und auf 58° C zur Abtötung der Spirochäten erwärmt worden war, zu immunisieren, hatten ein negatives Resultat.

— Heftige **Gichtanfälle** kann man nach den Erfahrungen von NEUMANN („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 13) durch die stark giftigen verschiedenen Kolchikumpräparate manchmal rasch unterdrücken, jedoch nie ohne Störung des Allgemeinbefindens, nie ohne schlechte Einwirkung auf das Herz und insbesondere auf die Nieren bei Sklerotikern. Die Erfolge des Verf.s mit Citarin waren aber in 24 Fällen zum Teil geradezu verblüffend, nur in einem negativ, sonst in allen sehr befriedigend. Alle Kranken betonten das allgemeine Wohlgefühl, mit welchem der Heilungsvorgang verknüpft war. Von den Patienten litten zwei gichtkranke Arteriosklerotiker an mäßiger Albuminurie, welche während der Citarinmedikation deutlich abnahm.

— Die **Behandlung der tuberkulösen Epididymitis** erörtert STRANDGAARD („Hospitalstidende", 1905, Nr. 1 u. 2). Er meint, daß zukünftig die Kastration in allen Fällen, in welchen die Tuberkulose nur die Epididymis angegriffen hat, geächtet werden muß; die Epididymektomie gibt dann nämlich ebensogute Garantie für Radikalheilung als die Kastration und wirkt speziell bei doppelseitigem Leiden weniger mutilierend, indem der Patient seine Potentia coeundi und seinen Habitus virilis behält. Wenn man während der Operation zweifelt, ob der Hoden gesund ist oder nicht, ist es berechtigt, Epididymektomie zu machen, den Patienten weiter zu beobachten und eventuell später die Kastration vorzunehmen. Eine explorative Spaltung des Hodens widerrät Verf. Es gilt, den kranken Nebenhoden in toto zu entfernen. Als speziell wichtig betrachtet er das Fixieren des zentralen Endes des Vas deferens an der oberen Wundecke.

— Das vielfach erprobte **Veronal** hat auch JACOBÄUS benutzt. Er berichtet darüber u. a. folgendes („Therap. Monatsh.", 1904, Nr. 12): Ich gebrauchte das Veronal in einer Reihe von Fällen, teils im Hospitale, teils in der Praxis, bei Insomnie unter verschiedenen Krankheitszuständen, wie bei Neuropathen, Patienten mit Herzleiden, Leberaffektionen und anderen chronischen Krankheiten. Ich habe das Mittel bei akuten Infektionen oder bei unruhiger Geisteskrankheit nicht gebraucht. Übrigens lautet mein Urteil günstig. In sehr vielen Fällen bekommt man nach Veronal einen langen und tiefen Schlaf und die Patienten befinden sich nach dem Erwachen sehr wohl. Bei bedeutendem Husten und sehr intensiven Schmerzen wirkt es ebensowenig wie andere Schlafmittel, dagegen scheint es, als ob die einschläfernde Wirkung des Mittels sich geltend machen kann, selbst wenn der Patient einigen Husten oder unangenehme Sensationen hat, die dazu beitragen, den Schlaf zurückzuhalten. Ganz sicher wirkt das Mittel nicht; in mehreren Fällen, namentlich bei älteren Arteriosklerotikern, hat es fehlgeschlagen. Ich muß jedoch hierbei bemerken, daß die von mir angewendete Dosis nur 0·5 g oder höchstens 0·75 g betrug. Es ist wahrscheinlich, daß das Veronal seine Stelle in der Therapie bewahren wird.

— Die **Wirkung des Atropins auf den Darm** bespricht RIEDEL („Russky Wratsch", 1905, Nr. 12) auf Grund von Tierversuchen. Sowohl starke als auch schwache Atropinlösungen steigern und regulieren auch gleichzeitig die Bewegungen des isolierten Darms. Schwache Atropinlösungen steigern hauptsächlich die Tätigkeit der Längsmuskulatur des Darms, mittlere und starke Lösungen auch die Funktion der Ringmuskulatur. Sehr starke Atropinlösungen rufen einen allgemeinen Krampf oder tetanischen Zustand des isolierten Darms hervor. Die Erregbarkeit des Muskelgewebes des isolierten Darms wird durch Atropin erhöht. Auf Grund dieser Beobachtungen ist anzunehmen, daß das Atropin die motorischen Ganglien des Darms erregt, vor allem eine aktive Tätigkeit der Längsmuskelfasern, sodann auch eine solche der Ringmuskelfasern hervorruft und überhaupt die Erregbarkeit der Darmmuskulatur steigert. Das einem lebenden Tiere intravenös applizierte Atropin bewirkt stets eine gesteigerte Peristaltik am vollen Darm, während es den leeren Darm unbeeinflußt läßt. Die Erregbarkeit der Darmmuskulatur wird beim lebenden Tiere durch das Atropin gesteigert. Große, in die Blutbahn eingeführte Atropindosen haben stets eine Anämie des Darmes zur Folge. Ist der Tod des atropinisierten Tieres eingetreten, so werden stets energische Darmbewegungen noch im Laufe von 20—40 Minuten wahrgenommen. Faßt man die Versuchsergebnisse am lebenden und am überlebenden Darm zusammen, so resultiert, daß die Wirkung des Atropins auf dieses Organ vornehmlich in einer Erregung seines motorischen Nervenapparates (des AUERBACHschen Plexus) und in einer Steigerung der Erregbarkeit der Muskulatur selbst besteht, wobei im Anfang hauptsächlich die Längsmuskulatur (Pendelbewegung), sodann aber auch die Ringmuskulatur zur Tätigkeit angeregt wird.

— Ein **Salizylpräparat zur intravenösen und intramuskulären Darreichung** ist das Attritin (MENDEL, „Therap. Monatsh.", 1905, 4). Dasselbe besteht aus einer Lösung von

Natrium salicylicum	17·5
Coffeinum	2·5
Aqua destillata ad	100·0

Die Lösung wird in Ampullen von je $2^1/_4$ cm^3 Inhalt geliefert. Die Ampullen werden nach der Füllung und nachdem sie zugeschmolzen sind, durch Erhitzen während 10 Minuten im strömenden Dampf sterilisiert, wodurch ein unzersetztes und absolut steriles Medikament garantiert wird. Besonders empfehlenswert ist das Präparat bei Lumbago, Ischias, akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, speziell bei den Gelenkrheumatismen, welche mit polyartikulären, flüchtigen Schwellungen bald dieses, bald jenes Gelenk befallen, aber auch bei allen Fällen von monartikulärem Rheumatismus, welche durch die interne Salizyltherapie so oft völlig unbeeinflußt bleiben, ebenso bei Arthritis deformans, Pleuritis rheumatica sicca und exsudativa. Die Dosis für einen Erwachsenen ist eine 2 g-Spritze in Intervallen von 12 Stunden bis 3 Tagen.

— Die **Pilulae probilinae** bestehen nach Angabe von BAUERMEISTER („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 5) aus einer Kombination von Salizylsäure mit ölsauren Salzen, welcher teils zur milden Anregung des Darmes, teils zur besseren Bekömmlichkeit entsprechende Mengen von Phenolphtaleïn resp. Menthol zugesetzt sind, lauter chemische Verbindungen, die für Krankheiten des Gallensystems bereits mit den besten Erfolgen angewandt worden sind. Von diesen übrigens schwer herzustellenden, aber leicht zu nehmenden Pillen nehme man morgens nüchtern und abends vor dem Schlafengehen je 3—4 Pillen mit $^1/_3$—$^1/_2$ l recht warm und langsam zu trinkenden Wassers. Dazu kommt anfänglich noch das Auflegen einer heißen Gummiwärmflasche für ein bis zwei Stunden.

— Zur **perkutanen Salizylsäureapplikation** eignet sich nach den Erfahrungen von REICHMANN („Heilkunde", 1905, Nr. 2) vor allem das Mesotan. Dasselbe wird von der normalen Haut bei einfacher Aufpinselung sehr gut resorbiert und übt eine deutliche Wirkung auf rheumatische Leiden aus. Verf. sah Fälle von akutem Gelenkrheumatismus bei ausschließlichem Gebrauche des Mesotans recht günstig verlaufen. Die Schmerzen lassen bei lokaler Behandlung der erkrankten Stellen bald nach; leider wird die Anwendung des Mesotans öfters durch unliebsame Hautreizung gestört. Häufiger Wechsel der behandelten Stellen ist zur Verhinderung der Hautreizung empfehlenswert, doch gelingt deren Verhütung durchaus nicht immer. Salizylsäurenachweis im Urin ist schon 30—35 Minuten nach der Aufpinselung möglich und nach einigen Stunden sehr deutlich.

— Einen Beitrag zur **Buttermilchernährung** und deren Indikationen erbringt RENSBURG („Jahrb. f. Kinderheilk.", Bd. 59). Die käufliche Buttermilch hat eine höhere Azidität, weil sie von den Händlern mit sauer gewordener Magermilch versetzt wird. Den üblichen Zusatz von gewöhnlichen Mehlen zur Buttermilch vertrugen viele Kinder schlecht; dieser Übelstand ist durch Verwendung eines

dextrinisierten Kindermehles zu beseitigen. In der Buttermilch ist das Eiweiß in der leichtest verdaulichen Form enthalten. Indikationen für die Anwendung sind: 1. Große Empfindlichkeit gegen Eiweiß, wenn jede andere Darreichungsform der Milch versagt hat; 2. Empfindlichkeit gegen Fett und 3. gegen Mehl, so daß Fettmilch und LIEBIG-KELLERsche Malzsuppe ebenfalls nicht verdaut werden. Um Erfolge zu erzielen, darf man sich aber an keine starre Methode der Buttermilchbereitung binden, sondern muß die Mischungsverhältnisse jedem einzelnen Fall anpassen. Man kann die Buttermilch sowohl ohne Mehl als auch mit geringen oder größeren Mengen dextrinisierten Mehls mengen und nach Bedarf Rahm zusetzen.

Literarische Anzeigen.

Diagnose und Behandlung der venerischen Erkrankungen. Von **Prof. Dr. Maximilian v. Zeissl.** 3. Auflage. Berlin und Wien 1905, Urban & Schwarzenberg.

Im November 1902 erschien die 2. Auflage der Behandlung des Harnröhrentrippers und seiner Komplikationen, die so rasche Verbreitung fand, daß eine neue Ausgabe derselben notwendig wurde. Bei der beträchtlichen Anzahl von kleineren und größeren Lehrbüchern, die während derselben Zeit in Deutschland und Österreich erschienen, ist dies gewiß der beste Beweis für die besondere Schätzung, welche ZEISSLs vortreffliche Darstellungen auf dem Gebiete der venerischen Erkrankungen gefunden haben. Als großer Vorzug muß hervorgehoben werden, daß dem Arzte hier nicht eine nutzlose Sammlung von Rezeptformeln geboten wird, sondern daß er in gründlichster und präziser Form mit der Diagnose der venerischen Affektionen nach den neuesten Forschungsergebnissen vertraut wird. Die Darstellung der Behandlung stützt sich ebenso wie in ZEISSLs vortrefflichem Lehrbuche auf die langjährigen, vielfach auch von H. v. ZEISSL gemachten Erfahrungen und wird von einer Reihe guter Abbildungen unterstützt. Es ist als großer Fortschritt zu begrüßen, daß der Autor in die neue Auflage auch die Diagnose und Behandlung des venerischen Geschwüres sowie der Syphilis, wenn auch nur in knappster Form, aufgenommen hat. Bei einer 4. Auflage wäre eine ausführlichere Besprechung des venerischen Bubo wünschenswert. POLL.

Handbuch der Urologie. Herausgegeben von Prof. **A. v. Frisch** und **Doz. Dr. Otto Zuckerkandl.** 2. Bd. Mit 108 Abbildungen im Texte und 1 Tafel in Farbendruck. Wien 1905, Alfred Hölder.

Den Inhalt des vorliegenden Bandes bilden die Abschnitte: Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Nieren und Harnleiter von Dr. PAUL WAGNER; Medizinische Klinik der Krankheiten der Niere und des Nierenbeckens von Prof. MANNABERG; Die Erkrankungen der Harnblase von O. ZUCKERKANDL und Die nervösen Erkrankungen der Harnröhre und der Blase von Prof. v. FRANKL-HOCHWART. Die Bearbeitung dieser Gebiete verteilt sich auf den breiten Raum von 866 Seiten. Schon dem Umfange nach verbürgen die Abschnitte eine ungemein ausführliche und gründliche Darstellung. Dies gilt insbesondere von den chirurgischen Krankheiten der Niere. MANNABERG behandelt die medizinische Klinik der Erkrankungen der Niere und des Nierenbeckens und liefert hier eine den anerkanntesten Darstellungen des Gegenstandes ebenbürtige Arbeit, in der neben vielen anderen die chronische Nephritis und die Urämie eine höchst anschauliche und gediegene Schilderung erfahren. Wohl den gelungensten Abschnitt des Bandes bildet ZUCKERKANDLs Monographie über die Krankheiten der Harnblase, in welcher durch die Fülle der anatomischen und histologischen Details, welche in zahlreichen, sehr gelungenen Abbildungen veranschaulicht werden, geradezu ein Muster origineller und durch reiche selbständige Arbeit geförderter Forschung niedergelegt ist. Bei der Schilderung der Steinoperationen wäre eine minder spärliche Beigabe von Abbildungen willkommen gewesen. Eine gründliche Darstellung der nervösen Affektionen der Harnröhre und Blase auf Grund reicher eigener Experimentalforschung und klinischer Erfahrung bietet FRANKL-HOCHWART und bringt nach der therapeutischen Seite des Themas manche wissenswerte Neuerungen bei. — Der 2. Band des Handbuches, der im leider etwas ungleichmäßig bedachten illustrativen Teile sehr Gediegenes leistet, reiht sich würdig dem ersten Bande an. F. K.

Feuilleton.

„Für Nervenkranke."

Die Errichtung öffentlicher Nervenanstalten für unbemittelte bzw. wenig bemittelte Neurastheniker ist ein unabweisbares Bedürfnis.
ZIEHEN.

Man ist im Publikum gewohnt, funktionell Nervenkranke, als deren Typus der Neurastheniker erscheint, zu belächeln. Wer häufig Neurastheniker in seiner Sprechstunde sieht, dem ist die erste Klage solcher Patienten nur zu geläufig: „Man hält mich für einen eingebildet Kranken." Der arme Teufel, der Tag und Nacht von Unlustgefühlen, nur zu oft von Angst- und Zwangsvorstellungen gequält wird, dem keine Lebensfreude über die Schattenseiten menschlichen Daseins hinweghilft, der arbeiten möchte, es aber nicht kann, der genießen will, Genuß aber nicht findet, er hat nicht einmal den Trost, als krank betrachtet zu werden und dort Rücksicht und Bedauern zu begegnen, wo er ihrer in erhöhtem Maße bedarf, in seiner Familie. Auch mancher Arzt — vielleicht wird er bezeichnender ärztlicher Handwerker genannt —, dem der stets klagende, sich unaufhörlich wiederholende, nie zufriedene Neurastheniker bald lästig wird, ist geneigt, den Bedauernswerten abzuschütteln, und nur selten bereit, ihm jene allerdings große Summe von Geduld, Hingebung und Aufmerksamkeit zu schenken, welche gerade der Nervenkranke besonders nötig hat. Daß auch hier der Wohlhabende und Reiche unvergleichlich besser daran ist als sein mittelloser Leidensgenosse, ist einleuchtend und — wenn auch nur zum Teil — entschuldbar. Die entsetzliche Kombination von Krankheit und Armut tritt — etwa mit Ausnahme des vermögenslosen Phthisikers — nirgend so erschreckend zutage wie beim mittellosen Neurastheniker. Wo dem Wohlhabenden die Segnungen eines Urlaubes, einer Reise, des Aufenthaltes im Gebirge, an der See, in einem Sanatorium als ebenso viele Hoffnungssterne winken, dem Armen sind sie versagt. Dem Arzt, der ihm dringend rät, seinen Beruf, der mit eine Quelle täglicher und stündlicher Schädigungen des Nervensystems darstellt, aufzugeben oder wenigstens für Wochen zu sistieren, der ihm vorschlägt, fern von seiner Familie, in deren Schoße sich so oft Ursachen für Aufregungen finden, für einige Zeit zu leben, muß er tränenden Auges erwidern, er besitze die Mittel hierzu nicht, er könne dem schädlichen Milieu, in dem er sich befinde, nicht entfliehen, weil ihm die hierzu nötige Summe fehle.

Vor wenigen Tagen ist in seinem mit den Kunstschätzen der ganzen Welt überreich geschmückten Palaste in einem der südlichen Bezirke Wiens ein Millionär gestorben, der von frühester Jugend an die Fußfessel schwerer Neurasthenie zu tragen verdammt war. Der reiche arme Mann konnte seines Reichtums, seines üppigen, sorglosen, jede seiner Launen befriedigenden Lebens nicht froh werden. Daß er es zu ertragen vermochte, verdankte er der Fürsorge seiner zahlreichen ärztlichen Berater, der Möglichkeit fast steter Veränderung seiner Lebensweise, seines Aufenthaltes, seiner Beschäftigung und Liebhaberei, verdankte er zuletzt denn doch seinen Millionen. Wenn an der Wahrheit des Sprichwortes „Geld allein macht nicht glücklich" auch nicht gerüttelt werden soll, für den funktionell Nervenkranken bedeutet das Geld sicherlich weit mehr als für den Gesunden. Setzt es ihn doch in die Lage, allen Indikationen voll zu entsprechen, welche durch sein Leiden bedingt werden, den Anordnungen der Ärzte blindlings Folge zu leisten, ohne seine Bequemlichkeit, sein „Standard of life" aufgeben zu müssen.

Dies scheint dem nervenkranken Millionär voll zum Bewußtsein gelangt zu sein. In jenen Stunden, da er schwer gelitten, der Vielbeneidete, hat er erkannt, welche Wohltäter Unabhängigkeit und Reichtum dem Kranken sind, und wohl derer gedacht, die, krank gleich ihm, der Mittel entbehren, Linderung und Besserung ihrer Leiden sich zu verschaffen. Solche Gedanken waren es, die ihm jene Be-

stimmung seines Testamentes diktierten, welche die Riesensumme von 20 Millionen Kronen der Errichtung und Erhaltung von Heilanstalten für mittellose Nervenkranke bestimmt. Es ist nicht schwer, im großen Stile Wohltaten zu üben, wenn man über ein fürstliches Vermögen verfügt; als ungleich schwieriger aber muß es bezeichnet werden, diese Wohltaten jenen in richtiger Weise zuzuwenden, die ihrer dringend bedürfen, bleibende Institutionen zu schaffen, die bisher gefehlt, eine klaffende Lücke auszufüllen in der Betätigung der Nächstenliebe. Wen wird es wundernehmen, daß Nathaniel Rothschild derjenigen gedacht, deren Leiden er aus eigener, lebenslanger Erfahrung kannte und für welche im Rahmen der staatlichen Fürsorge kein Raum ist?

In absehbarer Zeit werden mitten im Waldesgrün, an herrlichen Seen, im lieblichen Hügelland Heilstätten für Nervenkranke erstehen, wie sie — dank der Initiative weitausblickender Ärzte und Wohltäter — für Freiluftbehandlung von Phthisikern zahlreich in deutschen Landen, spärlich in Österreich-Ungarn, errichtet wurden. Was Natur und ärztliche Kunst in harmonischem Zusammenwirken vermögen, es wird den Neurasthenikern unter den Enterbten zum Heile in Anwendung gebracht werden. Die Ergebnisse emsigster Forschung und reicher Erfahrung auf dem großen Gebiete der physikalischen Therapie werden auch dem Unbemittelten geboten werden; der erprobten Wirkung kunstgerechter Anwendung von Luft und Licht, Sonne und Wärme, Wasser und Elektrizität, Bewegung und Ruhe im Vereine mit entsprechender diätetischer Behandlung und methodischer Beschäftigung, nicht zuletzt der vollständigen Veränderung der Lebensweise und des Milieus, wird sich ein großes Feld eröffnen, auf welchem die Saat der milden Hand des Millionärs reiche Frucht tragen wird.

Derjenigen, welche berufen sind, den letzten Willen des Stifters zu verwirklichen, harrt eine dankbare, aber verantwortungsreiche Pflicht. An ihnen wird es sein, der humanitären Schöpfung im Sinne des Testators, also im Sinne der Menschenliebe und der Wissenschaft die richtige Gestalt zu geben und gleichmäßig werden sie sich zu hüten haben vor Engherzigkeit und übel angebrachter Sparsamkeit wie vor Übertreibung. Die richtige Mitte zu finden für die zu schaffenden Heilstätten sowohl in bezug auf Größe und Einrichtung, wie bezüglich der Anwendung und Vereinigung der einzelnen Behandlungsmethoden, wird nicht minder ihre Sache sein, wie die entsprechende Auswahl der Kranken. Es steht zu erwarten, daß sie hierbei den törichten Übertreibungen der sogenannten „Naturheilkunde" aus dem Wege gehen und nur dasjenige den Kranken bieten werden, was Forschung und Erfahrung gezeitigt und approbiert haben. Nur so, denken wir, werden sie im Sinne des Stifters zum besten der mittellosen Nervenkranken wirken. B.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

VIII.

KAUSCH (Breslau): **Die schwere Magenektasie ohne Stenose.**

Da Verf. bis jetzt niemals einen schweren Fall ohne Hindernis am Pylorus gesehen hatte, schien es ihm von Bedeutung zu sein, daraufhin Untersuchungen anzustellen, deren Ergebnis ihm nun bestätigte, daß die schwere Magenektasie nur auf Grundlage eines Hindernisses, nie auf Atonie oder Spasmus der Muskulatur basiert. Atonie und Spasmus haben höchstens leichte, vorübergehende Störungen und Ektasien bewirkt.

MADELUNG (Straßburg): **Über postoperativen Vorfall von Baucheingeweiden.**

MADELUNG hat aus der Literatur 144 Fälle gesammelt und konnte aus seiner eigenen Erfahrung noch 13 hinzufügen. Die Prüfung dieser 157 Fälle hat folgendes ergeben: Der postoperative Vorfall von Baucheingeweide kommt bei beiden Geschlechtern, in jedem Alter, bei jeder Bauchoperation, vor wie nach der antiseptischen Zeit vor. Das Verhältnis bei den verschiedenen Operationen ist allerdings verschieden. Eine Begünstigung derselben scheint der Medianschnitt zu bieten, doch auch beim Flankenschnitt tritt er auf. Auffällig ist, daß er bei Gallenoperationen nicht beobachtet ist. Bei mehrfachen Operationen an derselben Stelle besteht eine größere Neigung zum Vorfall. Kritisch scheint für das Zustandekommen desselben der 7. und 8. Tag zu sein, aber auch am 17. Tage ist er noch beobachtet worden. Ein Platzen von Narben, denen meist ein Bruch vorangeht, kommt auch noch in späteren Jahren vor. Die Dehiszenz erfolgt nicht immer in der Nahtlinie, auch daneben. Mit Ausnahme von Milz und Pankreas sind wohl schon alle Bauchorgane vorgefallen. Quoad causam haben viele das Nahtmaterial angeschuldigt, besonders das Catgut, doch ist das Ereignis auch bei Naht mit unresorbierbarem Material aufgetreten. In bezug auf die Technik der Naht scheint die Schichtnaht, so sorgfältig auch immer sie ausgeführt wird, mehr den Vorfall zu begünstigen als die durchgreifende Naht, ebenso natürlich die Tamponade, Drainage etc. Man hat auch ein großes Fettpolster als disponierend angeschuldigt, während auffällige Dünne der Bauchdecken gewiß bedeutungsvoll ist, ebenso wie alle Störungen der Heilung der Bauchwunde, Furunkel, Nahteiterung etc. Allgemeine Peritonitis hat auffälligerweise selten zu Vorfällen Anlaß gegeben. Dagegen muß ein andauernder Husten begreiflicherweise als schädigend angesehen werden. Zur Prophylaxe können wir also wenig tun: Peinlichste Sauberkeit, durchgreifende Naht, Unterdrückung des Hustens. Der eingetretene Vorfall muß natürlich sofort zu reponieren versucht und der Bauch geschlossen werden. Wenn das aber nicht möglich ist wegen zu großem Meteorismus der Därme, so sollen diese bedeckt werden; sie ziehen sich nach Abklingen des Meteorismus langsam von selbst zurück. Von den 157 Fällen ist die größte Zahl geheilt, es war eine Mortalität von nur 22%.

König (Jena) warnt vor dem zu frühen Aufstehenlassen. Die Narbe braucht Zeit zum Festwerden. Er lasse eine solide Naht bis in die 4. Woche liegen und habe keinen Vorfall zu beklagen gehabt. Wer nur mit Catgut nähe, gleichviel, ob durchgreifend oder schichtweise, der müsse allerdings auch Vorfälle mit in den Kauf nehmen.

Höftmann (Königsberg) empfiehlt einen Heftpflasterverband zur Entspannung der Bauchdeckennaht, BRAUN (Göttingen) in Übereinstimmung mit KÖNIG die Naht möglichst lange liegen zu lassen. SPRENGEL (Braunschweig) will die Aufmerksamkeit auf die Fälle lenken, in denen kurz nach der Operation Darm zwischen Haut und Bauchmuskulatur tritt; KAUSCH (Breslau) hält für das einfachste und sicherste eine versenkte Naht mit festem Material; KÜSTER (Marburg) läßt eine Silberdrahtnaht bis in die 3. Woche liegen.

PAYR (Graz): **Über eine anscheinend seltene Form chronischer Dickdarmstenose.**

Der Fall demonstrierte sich als eine sehr spitzwinklige Knickung der Flexura lienalis coli, bei welchem auffällig viel Netzadhäsionen ins Auge fielen. In den 5 Fällen, die er zusammenstellen konnte, waren die Ursachen dieser Adhäsionen verschieden. Perityphlitis, Ulcus ventriculi, Lipom des Netzes und ein kleines Karzinom des Pankreasschwanzes wurden angegeben. Das klinische Bild war stets das der chronischen Dickdarmstenose. In der französischen Literatur werden solche Fälle häufiger erwähnt. Man ist dort der Meinung, daß die Ursache eine Verkürzung des Lig. lienale phrenico-colicum ist. Die Therapie kann darauf gerichtet sein, einzelne Adhäsionen zu lösen, sonst aber kann man durch Kolopexie mit Enteroanastomose des Colon transversum und descendens gute Resultate erzielen. Er hat eine Verbindung der Flexura sigmoidea mit dem sehr tiefstehenden Colon transversum ausgeführt.

PERTHES (Leipzig): **Zur Pathologie und Therapie der HIRSCHSPRUNGschen Krankheit (angeborne Dilatation des Kolon) mit Vorstellung eines durch Operation geheilten Falles.**

Vortragender beleuchtet hauptsächlich das Für und Wider der Operation, eine Frage, deren Entscheidung im wesentlichen nach der Pathogenese der Krankheit getroffen wird. Da diese aber in weitaus der Mehrzahl aller Fälle tödlich verläuft, sobald Dehnungsgeschwüre aufgetreten sind, muß er unbedingt die Operation fordern. An Präparaten zeigt PERTHES die auffallende Tatsache, daß vor der Dilatation keine Verengerung des Darmes liegt. Während nun die Anhänger der internen Therapie eine reine Insuffizienz der Muskulatur annehmen, muß man doch an einem, wenn auch nicht erkannten mechanischen Hindernis festhalten. Vortragender demonstriert nun das Präparat eines solchen Falles. Die Auftreibung des Leibes war so groß, daß das Zwerchfell im 3. Interkostalraum stand. Er hatte zuerst einen Anus praeternaturalis angelegt, und da zeigte es sich, daß eine Wassereingießung vom Anus aus, und zwar durch den Anus praeternaturalis herauskam, nicht aber umgekehrt. Schließlich haben erst 4 Laparo-

tomien, bei denen erst die Flexur angenäht, dann Keilexzisionen und Verkürzung des Darmes gemacht hatte, nach totaler Exzision einer abgeknickten Stelle zur Heilung geführt. Nach diesen Erfahrungen muß also eine interne Behandlung unbedingt zum Tode führen.

Borelius (Lund-Schweden) berichtet über einen Fall, in dem erst die laterale Anastomose der Flexur ohne Erfolg gewesen, schließlich die Resektion derselben zur Heilung geführt hat.

Braun (Göttingen) zeigt das Präparat eines von ihm operierten Kindes und stimmt mit PERTHES überein, daß man zuerst einen künstlichen After anlegen muß, um die unglaublich großen Kotmassen zu entleeren.

Bertelsmann (Kassel) berichtet über einige Fälle.

Kredel (Hannover) glaubt dahingegen betonen zu müssen, daß man nicht zurückhaltend genug mit der Operation sein kann. Die Patienten können ein hohes Alter erreichen und man kann daher warten, bis sich etwa schwere Erscheinungen einstellen. Operiert man aber, so ist die Exzision nicht immer nötig, man kann Falten einnähen oder Ovale ausschneiden.

Schlange (Hannover) hat einen Fall nur mit Anlegung eines künstlichen Afters und Darmspülungen behandelt. 2 Jahre nach Schluß des Anus praeternaturalis waren die Beschwerden wieder da.

Franke (Braunschweig) berichtet noch über einen trotz Operation erfolglosen Fall.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 18. Mai 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

HELLER stellt einen 10jährigen Knaben vor, welchen er wegen sensorischer Aphasie erfolgreich behandelt hat. Die Affektion ist sehr selten und wird am häufigsten als idiotische Stummheit gedeutet. Die Ursache liegt in einem Hirnprozeß. Pat. litt in den ersten Lebensjahren an Krämpfen, welche vielleicht als ein Symptom eines zu dieser Zeit vor sich gehenden Krankheitsprozesses im Hirn anzusehen sind; seither verstand der Knabe kein Wort und war auch nicht zum Sprechen zu bewegen, so daß man sich mit ihm nur durch die Zeichensprache verständigen konnte. Vortr. hat versucht, dem Pat. auf dem Umwege über das Schreiben das Sprechen beizubringen; der Knabe lernte daher zuerst schreiben, dann lesen, dann das Nachsprechen von Worten, schließlich konnte er auch spontan sprechen. Pat. war erfolglos mit Thyreoidin behandelt worden.

G. NOBL demonstriert einen $1^1/_2$jährigen Knaben mit Urticaria xanthelasmoidea. Der ganze Körper ist mit hirsekorngroßen und größeren, in Gruppen oder einzelstehenden Knötchen und Plaques von gelber bis brauner Farbe bedeckt, welche im 4. Lebensmonate aufgetreten sind und keine Beschwerden verursachen. Sie trotzen jeder Therapie, sind aber seit dem 1. Lebensjahre stationär geblieben. Die anatomische Grundlage des Leidens besteht in Einlagerung von Mastzellen und Pigment in die Haut mit Rarefizierung des Kutisgewebes, dabei fehlt jedes Zeichen von Entzündung. Die Hautaffektion bleibt viele Jahre bestehen, um schließlich zu verschwinden.

L. GOLDREICH zeigt aus dem I. öffentlichen Kinderkrankeninstitute ein 15monatliches Mädchen mit angeborner Pulmonalstenose und Septumdefekt. Schon in den ersten Lebenswochen wurde das Kind bei lebhaften Bewegungen cyanotisch, zeigte Zuckungen in der Muskulatur des Gesichtes und der oberen Extremitäten. Der Spitzenstoß ist im 5. Interkostalraum außerhalb der Mamillarlinie, die Herzdämpfung beginnt oberhalb der 3. Rippe und reicht nach rechts bis zur Mitte des Sternums. Über allen Ostien sind systolische Geräusche hörbar, am lautesten im 2. Interkostalraum, der zweite Pulmonalton ist kaum hörbar. Das Geräusch wird in die Karotiden fortgeleitet.

K. Hochsinger bemerkt, daß die Abschwächung des 2. Pulmonaltones für die Diagnose der Pulmonalstenose sehr wichtig ist, jedoch nur im Kindesalter, da es beim Erwachsenen infolge Herzhypertrophie, welche zu abnormer Füllung der Pulmonalis führt, von einer Verstärkung ersetzt werden kann.

L. LINDNER demonstriert ein Kind mit schwerer spinaler Kinderlähmung. Die unteren Extremitäten sind total gelähmt, die Hüftgelenke kontrakturiert, woraus eine hochgradige Lendenlordose resultiert. Das Kind bewegt sich auf allen 4 Extremitäten, wobei es mit den Händen die gelähmten Füße vorsetzt.

FR. SPIELER stellt aus dem Karolinen-Kinderspitale einen Knaben mit Spina bifida occulta vor. Über der Kreuzbeinmitte sitzt eine kompressible, weiche, nußgroße Vorwölbung, deren Inhalt sich in den in seiner ganzen Länge gespaltenen Kreuzbeinkanal verdrängen läßt. Die einzige Folge der Mißbildung sind isolierte Blasen-Mastdarmbeschwerden, indem Pat. bei Tag nur schwer Urin entleeren kann, wobei jedoch Harnträufeln besteht und zeitweise Kot unwillkürlich abgeht. Bei Nacht besteht Enuresis. Sonst finden sich keine Störungen. Es dürften die 3. und 4. Sakralwurzeln durch die Spina bifida geschädigt sein.

H. Schlesinger bemerkt, daß eine Sensibilitätsstörung der Schleimhaut der Harnröhre bestehen dürfte. Er hat einen Fall gesehen, bei welchem der Kranke das Abfließen des Urins erst dann merkte, wenn derselbe die Glans benetzte; der Kranke konnte dann durch Kontraktion des Sphincter int. den Harnabfluß verhindern. Bei demselben waren das Perineum und die Innenseite der Oberschenkel thermoanästhetisch, wie dies bei Erkrankungen des Conus terminalis vorkommt.

Fr. Spieler erwidert, daß Pat. bei Tage den Urin spontan entleert, daneben hat er ein leichtes Harnträufeln, welches er spürt, aber nicht verhindern kann; es dürfte eine Schwäche des Blasenverschlusses vorliegen. Sensibilitätsstörungen sind nicht nachweisbar.

K. ZUPPINGER demonstriert aus dem Rudolfspitale ein Kind mit Herpes iris et circinnatus. Es erkrankte vor 6 Tagen mit Kopfschmerz und Übelkeit, dann entstanden kleine, mit klarem Inhalt gefüllte Bläschen am ganzen Körper, um welche im Kreise neue Bläschen aufschossen, während die zentralen Partien abheilten. Ein Anhaltspunkt für eine Intoxikation, welche in vielen Fällen die Ursache des Leidens darstellt, ist nicht vorhanden.

N. SVOBODA zeigt ein Kind mit Urticaria xanthelasmoidea, welches denselben Anblick wie der von G. NOBL vorgestellte Pat. bietet, nur ist die Pigmentierung dunkler. Die Affektion ist seit dem dritten Lebensmonat stationär. Im Anfange war Juckgefühl vorhanden, jetzt zeigt sich eine Reizbarkeit der Haut nur dadurch, daß die Umgebung der EfflorESZENZEN durch Reiben der Haut ödematös wird.

Weiter demonstriert **N. SVOBODA** zwei Kinder mit halbseitiger Lähmung auf luetischer Basis. Das älteste Kind bekam die Lähmung nach der Impfung, welche von den Eltern als die Ursache des Leidens beschuldigt wurde. Eine Aufklärung über das Leiden wurde erst dadurch gegeben, als das zweite Kind plötzlich eine ebensolche Lähmung zeigte, als deren Ursache Syphilis des Vaters angenommen wird.

A. JEHLE stellt ein Mädchen mit Bakteriurie vor. Der Harn ist trüb und übelriechend, ohne Albumen, seine Reaktion schwach sauer. Im Sediment fanden sich gramnegative Stäbchen, dieselben wurden auch im Stuhl nachgewiesen. Subjektive Beschwerden bestehen nicht, Urotropinbehandlung war bisher erfolglos.

Th. Escherich bemerkt, daß das eigentümliche Bakterium in seinem Wachstum an dasjenige der großen sporentragenden Bakterien, in den biologischen Verhältnissen an das Verhalten der Koligruppe erinnert. $^9/_{10}$ aller Bakteriurien kommen bei Mädchen vor; die Bakterien wandern in den meisten Fällen bei denselben durch die kurze Urethra ein, es ist aber auch das Durchwandern durch die intakte Darmwand in die Blase möglich.

TH. ESCHERICH demonstriert ein Kind mit Vaccine generalisata. Das Kind litt an chronischem Ekzem des Gesichtes, auf welches es beim Spielen mit einem geimpften Kinde den Impfstoff übertrug. Das Gesicht und die Extremitäten sind hochgradig geschwollen und mit Impfpusteln, Exkoriationen und Geschwüren bedeckt.

G. Riether hat einen Fall von Vakzineübertragung durch das Badewasser gesehen.

E. Friedjung erinnert an einen Fall, bei welchem es infolge der Impfung zur Erblindung durch Übertragung des Impfstoffes auf die Augen kam. Der Impfarzt soll nie vergessen, die Angehörigen des Impflings auf die Gefahren der Übertragung des Impfstoffes auf andere aufmerksam zu machen.

N. Svoboda bemerkt, daß nach Vakzineübertragung auf ekzematöse Stellen keine Narben zurückbleiben; wo dicht unter der geimpften Haut Knorpel liegen, wie an den Augenlidern und Ohren, kommt es leicht zur Gangrän. Man muß deshalb besonders diese Teile vor der Vakzineübertragung bewahren.

Notizen.

Wien, 24. Juni 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der letzten vor den Ferien, demonstrierte zunächst Doktor STEGMANN an mehreren Fällen die Wirkung der Röntgenbestrahlung auf Strumen; dieselbe besteht in Verkleinerung des Kropfes, bei Basedow zudem auch in Besserung der nervösen Symptome. Prof. SCHIFF erwähnte im Anschlusse hieran zwei von ihm in gleicher Weise behandelte Fälle. — Dr. RANZI zeigte aus der Klinik v. EISELSBERGS einen der seltenen Fälle von MIKULICZscher Erkrankung (Koinzidenz von Schwellung der Speichel- und Tränendrüsen); im vorgestellten Falle besteht neben hochgradiger Trockenheit im Munde bloß Parotisschwellung. — Hierauf demonstrierte Dr. ALFR. FUCHS mehrere Fälle, und zwar 1. eine Pat. mit Maladie de Dercum (multiple Fettgewebshyperplasie), 2. einen Tabiker

mit Athetose der Finger und ganz besonders hochgradiger Störung der tiefen Sensibilität der Fingergelenke neben den übrigen charakteristischen Symptomen, 3. einen Fall von überaus langsam verlaufender Tabes — die ersten Symptome sind vor 30 Jahren aufgetreten —, schließlich 4. eine tabische Frau, die vor 11 Jahren Symptome vorgeschrittener progressiver Paralyse gezeigt und dieselben im Verlaufe einer Sepsis dauernd vollständig verloren hat. Dr. SCHÜLLER bemerkte zu dem Falle von „Dercum", daß die Adipositas dolorosa als ein Symptom verschiedener nervöser Erkrankungen auftreten könne. — Dr. SCHMARDA zeigte aus der HOCHENEGGschen Klinik einen Mann nach Milzexstipation und partieller Leberresektion wegen Echinokokkus. — Dr. ALBRECHT demonstrierte aus derselben Klinik ein 10 Monate altes Kind mit mächtigem Fibrosarkom des einen Oberschenkels. — Doktor A. EXNER erstattete Mitteilung von seinen im Vereine mit Dr. SYWEK vorgenommenen Versuchen über die Wirkung des Cholins auf lymphatisches Gewebe; nach intraperitonealer Cholininjektion nehmen Milz und mesenteriales Drüsengewebe rasch an Größe ab. — Dr. H. LORENZ zeigte ein kindskopfgroßes Myosarkom des Darmes, zu dessen Entfernung ein 2·20 *m* langes Darmstück reseziert werden mußte. Hofr. v. EISELSBERG hat in einem ähnlichen Falle den gleichen Operationsweg eingeschlagen. — Prim. LATZKO führte 3 Patientinnen vor: 1. einen Fall von Ostitis deformans beider Unterschenkel mit extremen Verkrümmungen bei erhaltener Gehfähigkeit; ferner 2 Fälle von puerperaler Sepsis, deren einer nach Ligatur der thrombosierten Venae spermaticae, der andere nach Uterusexstirpation geheilt worden ist. — Dr. v. PRELEITHNER besprach seine im großen und ganzen günstigen Erfahrungen über Spinalalgesie bei Kindern (40 Fälle); Hofr. v. EISELSBERG, Professor A. FRÄNKEL und Dr. CLAIRMONT betonten in der Diskussion die Vorzüge der allgemeinen Narkose, zumal bei Kindern. — Schließlich erstattete Dr. G. PUCHBERGER eine vorläufige Mitteilung über das Verhalten der Blutplättchen bei progressiver Paralyse. Doz. C. STERNBERG warnte vor zu weitgehenden Schlußfolgerungen auf diesem noch unklaren Gebiete.

(Ausgestaltung der österreichischen Hochschulen.) Der Ministerpräsident Dr. Freiherr v. GAUTSCH hat in der Sitzung des österreichischen Abgeordnetenhauses vom 22. Juni die Absicht der Regierung verkündet, im Herbste dieses Jahres dem Hause ein „Programm für die rasche Ausgestaltung unserer sämtlichen Hochschulen" vorzulegen und hierzu einen Aufwand in der Höhe von etwa 25 Millionen Kronen in Aussicht zu nehmen. — Dem lebhaften Beifall, der dieser Mitteilung der Regierung folgte, schließen sich alle an, welche die so dringend nötige Sanierung unserer Hochschulen, zumal der medizinischen Fakultäten, seit langen Jahren fordern. Speziell für die Wiener Kliniken und Institute erscheint damit die Möglichkeit von Ameliorationen gegeben, welche die didaktische und wissenschaftliche Arbeit bis zur Fertigstellung der Neubauten erleichtern werden.

(Ferialkurse und ärztliche Fortbildungskurse.) Die diesjährigen Ferialkurse werden gleich denen in den Vorjahren in zwei Zyklen gelesen; der erste Zyklus beginnt am 31. Juli, der zweite Zyklus am 4. September. Jeder Zyklus dauert 4 Wochen. Die Inskription erfolgt bei den betreffenden Dozenten (resp. Assistenten) und ist das Honorar an dieselben direkt im vorhinein zu entrichten. Außerdem wird heuer zum ersten Male ein Zyklus von Fortbildungskursen für praktische Ärzte gehalten, der in der Zeit vom 2. bis 14. Oktober stattfindet. Die einzelnen Kurse dieses Zyklus umfassen entweder die beiden Wochen vom 2.—14. Oktober oder je eine Woche, was im Programme ersichtlich ist. Am Sonntag den 8. Oktober finden Besichtigungen von den praktischen Arzt interessierenden Instituten unter fachmännischer Leitung statt. Das Programm derselben wird später bekanntgegeben. Das Programm über die Kurse ist bei den Portieren des allgemeinen Krankenhauses und der Poliklinik für 20 h verkäuflich; dasselbe kann ferner auch per Post vom Dekanate der medizinischen Fakultät gegen Einsendung von 25 h in österreichischen Briefmarken bezogen werden. Auskünfte über die Kurse werden im medizinischen Dekanate erteilt. — August-Zyklus: Pathologische Anatomie, Histologie und Bakteriologie (GHON, KRETZ, KRAUS, K. STERNBERG, BARTEL), Pharmakognosie (HOCKAUF), Gerichtliche Medizin (RICHTER), Med. Chemie (S. FRÄNKEL), Innere Medizin (L. BRAUN, S. ERBEN, R. SCHMIDT, W. SCHLESINGER, v. JAGIĆ, SORGO), Kinderkrankheiten (v. PIRQUET), Neurologie und Psychiatrie (v. FRANKL-HOCHWART, S. ERBEN, RAIMANN, FUCHS, STRANSKY), Chirurgie (FÖDERL, P. ALBRECHT), Augenheilkunde (WINTERSTEINER), Laryngologie und Rhinologie (GROSSMANN, HARMER, RÉTHI), Ohrenheilkunde (BING, ALEXANDER, HAMMERSCHLAG, H. NEUMANN), Dermatologie und Syphilodologie (v. ZEISSL, WEIDENFELD, BRANDWEINER, v. ZUMBUSCH), Geburtshilfe und Gynäkologie (BUCHTA, CRISTOFOLETTI), Radiologie (FREUND). September-Zyklus: Path. Anatomie, Histologie und Bakteriologie (H. ALBRECHT, GHON, LANDSTEINER, STOERK, BARTEL), Pharmakognosie (PASCHKIS, HOCKAUF, MITLACHER), Gerichtl. Medizin (HABERDA), Med. Chemie (S. FRÄNKEL), Interne Medizin (R. BREUER, SCHIFF, DONATH, REITTER, WECHSBERG), Kinderkrankheiten (JEHLE), Neurologie und Psychiatrie (v. FRANKL-HOCHWART, RAIMANN, FUCHS, PILCZ), Chirurgie (FÖDERL, LOTHEISSEN, REINER, SCHNITZLER, CLAIRMONT, LORENZ, BUM [Massage und Heilgymnastik]), Augenheilkunde ELSCHNIG, WINTERSTEINER, HANKE, KUNN, MÜLLER, SACHS, LAUBER), Laryngologie und Rhinologie (GROSSMANN, RÉTHI, KAHLER), Ohrenheilkunde (BING, ALEXANDER, ALT, HAMMERSCHLAG), Dermatologie und Syphilidologie (SPIEGLER, NOBL, ULLMANN, WEIDENFELD, KREN, PICK, OPPENHEIM), Geburtshilfe und Gynäkologie (R. v. BRAUN, HALBAN, LATZKO, PEHAM, BÜRGER), Zahnheilkunde (SPITZER), Radiologie (KIENBÖCK). An den Fortbildungskursen beteiligen sich die Professoren und Dozenten TANDLER und SCHACHERL (Anatomie), H. ALBRECHT, KRETZ, SCHLAGENHAUFER, KRAUS, LANDSTEINER, STERNBERG, BARTEL, WIESNER (Path. Anatomie und Bakteriologie), HOCKAUF (Pharmakognosie), SCHATTENFROH (Hygiene), HABERDA und RICHTER (Gerichtliche Medizin), FRÄNKEL und PANZER (Med. Chemie), PAL, PICK, H. SCHLESINGER, L. BRAUN, ERBEN, PINELES, SCHIFF, W. SCHLESINGER, SCHMIDT, SCHÜTZ, SCHUR, SCHWARZ, SORGO, DONATH, v. JAGIĆ, REITTER, WECHSBERG (Interne Medizin), FRÜHWALD, KNÖPFELMACHER, MOSER, JEHLE, v. PIRQUET (Kinderheilkunde), v. FRANKL-HOCHWART, REDLICH, ERBEN, PILCZ, RAIMANN, FUCHS, STRANSKY (Neurologie und Psychiatrie), v. EISELSBERG, A. FRÄNKL, A. BUM [Massage und Heilgymnastik], FÖDERL, LOTHEISSEN, REINER, SCHNITZLER, v. ÄBERLE, P. ALBRECHT, CLAIRMONT (Chirurgie), ELSCHNIG, S. KLEIN, WINTERSTEINER, HANKE, KUNN, MÜLLER, SACHS, LAUBER (Augenheilkunde), GROSSMANN, RÉTHI, HARMER (Laryngologie und Rhinologie), POLITZER, ALEXANDER, ALT, HAMMERSCHLAG, NEUMANN (Ohrenheilkunde), FINGER, SPIEGLER, NOBL, ULLMANN, WEIDENFELD, BRANDWEINER, OPPENHEIM, PICK (Dermatologie und Syphilidologie), R. v. BRAUN, HERZFELD, LATZKO, NEUMANN, PEHAM, BÜRGER (Geburtshilfe und Gynäkologie), LOOS (Zahnheilkunde), FREUND und KIENBÖCK (Radiologie).

(Die Ambulatorienfrage) war, wie die Tagespresse meldet, Gegenstand eingehender Beratung der am 20. Juni stattgehabten ersten Sitzung des Beirates der k. k. Wiener Krankenanstalten unter Vorsitz des Statthalters. Der Referent Hofrat. Dr. RORETZ legte das von der Wiener Ärztekammer ausgearbeitete Regulativ vor, welches den Ausschluß der Wohlhabenden von der unentgeltlichen Ambulatoriumsbehandlung bezweckt. Nach längerer Debatte wurde mit allen gegen die Stimme des Magistratsvertreters, der für den bloßen Nachweis der Mittellosigkeit plädierte, beschlossen, die öffentlichen Ambulatorien entsprechend ihrer Bestimmung für die Armen freizuhalten und, abgesehen von dringenden Fällen der ersten ärztlichen Hilfe, welche niemandem verweigert werden darf, die unentgeltliche Behandlung nur nach Vorlage eines Armutsnachweises (Bestätigung durch den Armenrat) und eines Identitätsdokuments (Meldezettel, Dienstbotenbuch etc.) zu gestatten; bloß die mit Lehrauftrag versehenen Professoren oder deren Vertreter sollen in Zukunft berechtigt sein, solche Patienten, die sich nicht als Arme ausweisen können, zu Unterrichtszwecken und nur zu solchen zu bestellen. Alle anderen Bestimmungen des Regulativs wurden vom Beirat einstimmig angenommen. Die Durchführung dieses Regulativs wird von der Statthalterei im Verordnungswege veranlaßt werden.

(Personalien.) Der Gynäkologe Prof. Dr. SCHATZ in Rostock ist von der gynäkologischen Gesellschaft in Chicago zum Ehrenmitgliede, der Embryologe Prof. Dr. BOVERI in Würzburg zum aus-

wärtigen Mitgliede der dänischen Gesellschaft der Wissenschaften in Kopenhagen ernannt worden. — Oberstabsarzt II. Kl. Dr. JOSEF SCHMIDINGER hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten, Stabsarzt Dr. EMIL v. KOZLOWSKI ist in den Ruhestand versetzt worden.

(Verein der Kassenärzte Wiens.) In der am 19. d. M. abgehaltenen Vollversammlung dieses Vereines sind Dr. TH. SCHIFFMANN zum Obmann, Dr. ELLMANN und Dr. SCHNIRER zu Obmannstellvertretern gewählt worden.

(Statistik.) Vom 11. bis inklusive 17. Juni 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7865 Personen behandelt. Hiervon wurden 1686 entlassen, 182 sind gestorben (9·7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 75, ägypt. Augenentzündung 4, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 7, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 69, Scharlach 54, Masern 408, Keuchhusten 71, Rotlauf 41, Wochenbettfieber 5, Röteln 48, Mumps 20, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 796 Personen gestorben (+ 80 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: Am 18. d. M. der Direktor der Hallenser psychiatrischen Klinik Prof. Dr. KARL WERNICKE, dessen Arbeiten für die topische Diagnostik der Gehirnerkrankungen bedeutungsvoll sind, infolge eines Unfalles mit dem Fahrrade im 58. Lebensjahre; in Wien der Professor an der tierärztlichen Hochschule und Privatdozent für Physiologie an der Wiener Universität Dr. JOHANN LATSCHENBERGER, ein Schüler BRÜCKES, 57 Jahre alt; in Prag Dr. EDUARD TAUSSIG, Ausschußmitglied des Prager medizinischen Doktorenkollegiums, im Alter von 65 Jahren; in Marienbad der Stadtarzt und Primarius am städtischen Krankenhause Dr. LUDWIG INGRISCH, im Alter von 54 Jahren; in Innsbruck Dr. NORBERT PFRETSCHNER, im 88. Lebensjahre; in Berlin der Generalstabsarzt a. D. Doktor AUGUST v. WEGNER; in Kasan der Anatom Prof. Dr. ALEXIUS FORTUNATOW.

Es dürfte medizinische Kreise interessieren zu erfahren, daß das bekannte Stärkungs- und Kräftigungsmittel **Fleischsaft Puro des Med.-chem. Institutes Dr. H. Scholl in München** schon lange Zeit fortgesetzt in großen Posten nach dem Kriegsschauplatz in Deutsch-Südwestafrika geliefert wird.

Immer mächtiger macht sich die Wucht der Sommerschwüle fühlbar und neben dem Bestreben, lauschige, kühle Sommerfrischen aufzusuchen, schreitet man auch ganz unwillkürlich zur Wahl eines ständigen Erfrischungstrankes, der nicht nur in angenehmer Weise momentan unsern Durst stillen, sondern auch jene belebende Wirkung auf unsern Organismus ausüben soll, die uns die ermattenden Einflüsse der heißen Sommermonate leichter überwinden macht; hierzu ist wohl der seit Jahrzehnten erprobte **„Mattonis Gießhübler Sauerbrunn"** am besten geeignet, der den vorgedachten Anforderungen in jeder Weise entspricht und überall bevorzugt wird, wo es sich um den fortgesetzten Gebrauch eines natürlichen Labetrunkes handelt, was auch durch seinen jährlichen Versand von 10 Millionen Flaschen zur Genüge bewiesen wird.

Zablaczer Kronen-Jodsalz und Jodwasser. Vieljährige Versuche mit Zablaczer Kronen-Jodsalz und Jodwasser in Spitälern und in der Privatpraxis haben stets die glänzendsten Resultate bei allen Arten von Haut-, Gelenks- und Knochenerkrankungen, Skrofulose, Kropf, Gicht, Rheuma etc. erzielt. Die äußerst günstige Heilwirkung dieser Quellenprodukte, die von allerersten medizinischen Autoritäten der Gegenwart bestätigt wurde, ist deren außergewöhnlich hohem Jodgehalt zuzuschreiben, welcher das 3—6fache jeder anderen Jodwässer beträgt. Die Zablaczer Salze und Wasser sind zu Bade- und Trinkkuren, im Hause auch zu Nachkuren, bestens geeignet und können durch die Quellenverwaltung Zablacz bei Schwarzwasser (Österr.-Schlesien) sowie durch sämtliche Apotheken und Drogerien bezogen werden.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Pyramidon"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 2. Juli 1905. Nr. 27.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K: Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Diagnose und Chirurgie des otitischen Hirnabszesses.

Von **Dr. Hugo Frey**, em. Assistenten der Wiener Universitäts-Ohrenklinik.*)

I.

M. H.! In einer im Jahre 1880 erschienenen Inaugural-Dissertation „Über den sogenannten otitischen Hirnabszeß“ sagt der Autor Gustav Custer [1]) folgendes: „Ist es einmal zur Abszedierung im Gehirne infolge von Otitis suppurativa gekommen, so ist wohl keine Rettung mehr, denn von einem chirurgischen Eingriff gegen otitische Hirnabszesse ist noch nirgends die Rede gewesen und es wird auch wohl so bleiben.“

Ein Jahr später, 1881, eröffnete Macewen [2]) als erster einen otitischen Hirnabszeß, ohne durch eine äußere Fistel geleitet zu sein. Im Jahre 1886 konnte Hulke [3]) bereits drei Fälle von otitischem Hirnabszeß veröffentlichen, die er ebenfalls ohne Leitung einer Fistel eröffnet hatte. Im Jahre 1893 zählte Otto Körner [4]) über 55 operierte otitische Hirnabszesse, im Jahre 1896 [5]) über 92 mit 51 Heilungen. Schon 3 Jahre danach konnte Röpke [6]) über 142 Fälle allein von otitischem Großhirnabszeß mit 59 Heilungen berichten, Hammerschlag [7]) 1901 über 186 derartige Fälle mit 85 Heilungen, endlich Körner [8]) im Jahre 1902 über 267 operierte Fälle, von denen 137 geheilt worden waren, seitdem hat sich niemand mehr der Mühe unterzogen, die zahlreichen, in der mächtig angewachsenen Literatur publizierten Fälle zu sammeln.

Ich glaube, diesen Zahlen nichts weiter beifügen zu müssen, um die ganz außerordentlichen Veränderungen zu charakterisieren, die in den letzten 25 Jahren in unseren Anschauungen über den otogenen Hirnabszeß und seine Operabilität eingetreten sind.

Währenddem ungefähr bis zum Jahre 1886 der otitische Hirnabszeß als eine absolut ungünstige Erkrankung und seine Operation als ein großes Wagnis galt, ist diese heute zu einem typischen Eingriff geworden, der nach den zurzeit vorliegenden statistischen Zusammenstellungen eine Heilungswahrscheinlichkeit von beiläufig 50% aufweist.

Die Bedeutung dieser Zahl tritt noch mehr hervor, wenn man berücksichtigt, daß der otitische Hirnabszeß eine relativ nicht seltene Erkrankung darstellt. Nach der bereits vor 15 Jahren publizierten Statistik von Pitt [9]) und der im Jahre 1896 erschienenen Gruberschen [10]) Statistik kommt auf 158

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 6. Februar 1905.

[1]) Gustav Custer, Über den sogenannten otitischen Hirnabszeß. Inaug.-Diss., Bern 1880.

[2]) William Macewen, M. D., Pyogenic infective diseases of the brain etc., pag. 326.

[3]) Hulke, „The Lancet“, 1886, 3. Juli.

[4]) Otto Körner, Die otitischen Erkrankungen des Gehirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Wiesbaden 1893, Bergmann. In dieser und den folgenden Auflagen des Werkes besitzen wir eine ausführliche Darstellung der intrakraniellen Erkrankungen otitischen Ursprungs von ausgezeichneter Übersichtlichkeit; im nachstehenden folge ich vielfach der Körnerschen Publikation.

[5]) Ebenda. 2. Auflage.

[6]) Röpke, Zur Operation des otitischen Großhirnabszesses mit besonderer Berücksichtigung des Heilwertes der Operation. „Zeitschr. f. Ohrenheilkunde“, Bd. 34, pag. 95. Wiesbaden 1899, Bergmann.

[7]) Viktor Hammerschlag, Zur Kenntnis des otitischen Hirnabszesses. „Monatschr. f. Ohrenheilkunde“, 1901.

[8]) L. c. 3. Auflage.

[9]) Pitt, Goulstonian lectures on some cerebral lesions. „British medical Journal“, 1890, Vol. 1.

[10]) Josef Gruber, „Monatschr. f. Ohrenheilkunde“, 1896, pag. 311.

resp. 173 Todesfälle überhaupt einer infolge einer vom Gehörorgan ausgehenden Erkrankung; ein Drittel bis ein Fünftel der letal verlaufenden otogenen Erkrankungen sind Hirnabszesse.

Bei der Wertung dieser Zahlen ist aber in Betracht zu ziehen, daß sich die statistischen Angaben auf ein älteres Material beziehen, auf eine Zeit, wo der Zugang an otitischen Erkrankungen in den großen Spitälern ein bedeutend kleinerer war als heute, so daß die Zahlen den wahren Verhältnissen gegenüber eher als zu niedrig angesehen werden können.

Die Bedeutung des eben erwähnten Umstandes ist nicht zu verkennen. Sehen wir ja z. B. an der Wiener Ohrenklinik deutlich, wie von Jahr zu Jahr nicht nur die Zahl der aufgenommenen Kranken, sondern auch die der beobachteten otitischen Komplikationen zugenommen hat und noch immer zunimmt, woran die Hirnabszesse einen wesentlichen Anteil haben. Allerdings können wir auch konstatieren, daß die Zahl der Heilungen von Jahr zu Jahr ansteigt.

Worauf ist nun dieser außerordentliche Fortschritt in den Erfolgen der operativen Behandlung der otogenen Hirnabszesse zurückzuführen?

Haben sich unsere Kenntnisse in der Diagnostik in solchem Grade erweitert, daß wir heute imstande sind, neue, früher unbekannte Symptome aufzufinden oder die konstatierten Erscheinungen mit größerer Sicherheit auf ein bestimmtes Grundleiden zu beziehen? Oder sind es die Fortschritte der operativen Chirurgie im allgemeinen, die uns so weit gebracht haben?

Nein! Nicht die Verfeinerung der Diagnostik, nicht der Ausbau des — man könnte sagen — neurologischen Teiles unserer Kenntnisse vom Hirnabszeß und auch nicht die Fortschritte der allgemeinen chirurgischen Technik sind es, denen wir diese Erfolge zu verdanken haben!

Sie sind vielmehr einzig und allein dem Ausbau der speziellen otochirurgischen Technik und der Veränderung zuzuschreiben, die in unserer Indikationsstellung Platz gegriffen hat, sowie der Vervollkommnung unserer Erkenntnis der einschlägigen pathologisch-anatomischen Verhältnisse.

Diese Vermehrung unseres pathologisch-anatomischen Wissens haben wir aber nur zu einem geringen Teile auf dem Seziertisch gewonnen; zum anderen, weitaus größeren Teile haben wir sie bei und mit unserer chirurgischen Tätigkeit selbst erworben.

Es ist kein Zufall, daß der otitische Hirnabszeß in die Reihe der operablen Affektionen eintrat und daß seine chirurgische Therapie ihre ersten größeren Erfolge zu verzeichnen anfing, bald nachdem die operative Behandlung der eitrigen Mittelohrerkrankungen überhaupt bei den Ohrenärzten sich eingebürgert hatte.

So wie die Indikationsstellung für die Operationen der eitrigen Schläfebeinerkrankungen — und damit auch deren Erfolge — sich ausbildeten an der Hand der Kenntnisse, die wir bei den Operationen selbst erlangten, ebenso hat auch die Bekanntschaft mit den pathologisch-anatomischen Veränderungen in den umgebenden Teilen des Schläfebeins, insbesondere aber im Endokranium es uns erst ermöglicht, zielbewußt und mit günstigen Aussichten in den einzelnen Fällen otitischer Komplikationen vorzugehen. So kommen wir in die Lage, an die Operation der otitischen Hirnabszesse in einem Zeitpunkte zu schreiten, in dem wir noch die günstigsten Chancen für uns haben.

Wann, wie und mit welchen Erfolgen wir dies tun, dies zu erörtern ist der Zweck meiner heutigen Mitteilungen.

Auf Grund welcher Erscheinungen stellen wir die Diagnose des otitischen Hirnabszesses?

Es sind verschiedene Wege, auf denen wir in praxi zu ihr kommen können — wechselnd je nach Gestaltung des einzelnen Falles:

Erstens einmal können die vorhandenen klinischen Symptome allgemeiner und lokaler Natur die Vermutung eines Hirnabszesses oder zumindest eines raumbeschränkenden Prozesses im Schädel nahelegen; wenn dann die vorgenommene Untersuchung das Bestehen einer Ohreneiterung ergibt, so werden wir zur Annahme eines otitischen Hirnabszesses geführt werden.

Eine zweite Möglichkeit wäre die, daß im Verlaufe einer von uns beobachteten eitrigen Ohrenerkrankung Symptome auftreten, die eine endokranielle Komplikation befürchten lassen und die so gestaltet sind, daß eine Abszedierung der Hirnsubstanz wahrscheinlich wird.

Eine dritte Art der Diagnosenstellung könnte man die rein chirurgische nennen. Wir finden bei Gelegenheit eines operativen Eingriffes irgend einer Art am Schläfebein sichtbare Anzeichen eines Fortschreitens der Eiterung, verfolgen deren Weg und gelangen so zur Diagnose des Hirnabszesses eigentlich erst in dem Momente, wo wir denselben eröffnen.

Dieser dritte Weg, bei oberflächlicher Betrachtung vielleicht der am wenigsten zuverlässig erscheinende, ist trotzdem derjenige, bei dem wohl die günstigsten Heilungsaussichten bestehen. Diese sind eben in den Fällen vorhanden, bei denen es gar nicht zu auffallenden klinischen Erscheinungen gekommen ist.

Natürlich hält sich die diagnostische Technik nicht immer genau nach diesem Schema. Oft genug stützen die auf verschiedenen Wegen gewonnenen Anhaltspunkte einander gegenseitig und führen auf diese Weise zur Stellung der Indikation des Eingriffes. Von ihr möchte ich gleich an dieser Stelle kurz erwähnen, was zweckmäßig erst später ausführlich begründet werden soll: Zum Unterschiede von so vielen anderen operativen Eingriffen, bei denen die exakte Diagnose für die Indikationsstellung unerläßlich, ja, man könnte sagen, mit ihr geradezu identisch ist, stellt der Otochirurg im Falle des Hirnabszesses die Indikation zur Operation oft geraume Zeit, bevor eine klinisch einwandfreie Diagnose möglich ist.

Nach v. BERGMANNS [11]) Einteilung lassen sich die Symptome eines jeden Hirnabszesses in drei Gruppen bringen:

1. In solche, die abhängig sind von der Eiterung an sich. Sie werden denjenigen Störungen gleich sein, welche jeder tiefsitzenden Eiteransammlung zu folgen pflegen.

2. Jene Symptome, die einen gesteigerten intrakraniellen Druck und störende intrakranielle Verschiebungen anzeigen.

3. Die dritte Gruppe bilden die dem Sitze des Abszesses entsprechenden Herdsymptome.

Die Verwertbarkeit der Erscheinungen, die der ersten Gruppe angehören, ist nun in unserem Falle eine sehr beschränkte. Man muß nur bedenken, daß wir es stets mit Patienten zu tun haben, die an einer Eiterung in den Mittelohrräumen, meist auch in der Knochensubstanz des Schläfebeins selbst leiden, also an typischen, tiefsitzenden Eiteransammlungen, und wir werden verstehen, daß die Symptome der Eiterung an sich uns nur selten zur Diagnose „Hirnabszeß" verhelfen können. Selbst wenn wir sicher wären, daß die Symptome sich nicht auf die Ohreiterung an sich, sondern auf eine intrakranielle Komplikation beziehen, erwächst noch die große Schwierigkeit ihrer differentialdiagnostischen Bedeutung, da sie fast in gleicher Weise alle otitischen Prozesse im Schädelinnern begleiten können. Es reduziert sich daher beispielsweise die Bedeutung der oft beobachteten und beschriebenen Hinfälligkeit, Mattigkeit, Appetitlosigkeit usw. auf nicht viel mehr als einen Hinweis allgemeinster Natur.

Auch die Beobachtung der Temperatur ist nur selten aufschlußreich. Fieber wird freilich oft in den verschiedensten Stadien des Hirnabszesses beobachtet, aber es gibt auch Fälle, die ohne jede Erhöhung der Körperwärme verlaufen, und vielfach neigt man der Ansicht zu, daß eher subnormale Temperaturen im Krankheitsbilde des Hirnabszesses vor-

[11]) v. BERGMANN, Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten. Berlin 1899, 3. Auflage, pag. 499.



herrschen. Nach manchen Autoren bedeutet das Fieber nur das Auftreten einer anderen intrakraniellen Komplikation, wie etwa einer vom Abszeß ausgehenden Encephalitis oder lokalisierten Meningitis.

Von den Symptomen der zweiten Gruppe wäre vor allem der Kopfschmerz zu nennen. Freilich fehlt auch er in manchen Fällen, in anderen ist er intermittierend und gelegentlich ausgesprochen paroxysmaler Steigerung fähig. Besonders nach körperlichen Anstrengungen, Alkoholgenuß und dergleichen pflegt er anzusteigen. Er kann diffus oder lokalisiert sein, muß aber in letzterem Falle durchaus nicht immer der wirklichen Lage des Abszesses entsprechen. So gibt es beispielsweise Kleinhirnabszesse mit Stirnkopfschmerz.

Die Perkussionsempfindlichkeit des Schädels in der Nähe des Abszesses ist eine Erscheinung von großer, oft ausschlaggebender Bedeutung; aber auch sie fehlt, insbesondere bei Zerebellarabszessen, oft genug.

Übligkeit, Schwindel und Erbrechen sind, wie bereits oben erwähnt, Symptome von so vielseitiger Deutbarkeit, daß sie nicht einmal für die Diagnose der intrakraniellen Komplikationen im allgemeinen verwertet werden können, da ja auch die bei Mittelohreiterungen stets zu gewärtigenden Reizerscheinungen des Labyrinths dieselben auszulösen vermögen.

Sehr wichtig dagegen sind die Störungen des Sensoriums; man vermißt sie bei aufmerksamer Beobachtung fast niemals. Ihre schwächste, aber dennoch charakteristische Ausbildung erfahren sie in der Form der sogenannten „slow cerebration", einem eigentümlichen Zustand, in dem die Patienten zwar orientiert sind, aber Fragen erst nach einigem Besinnen und zögernd, gewissermaßen schläfrig, beantworten. Von da bis zur kompletten Bewußtlosigkeit sind allerdings alle Stadien in der psychischen Hemmung möglich. Umgekehrt findet man häufig krankhaft gesteigerte Hirntätigkeit. Schwatzhaftigkeit, Lachen, lebhafte Unruhe bis zu maniakalischen Anfällen sind durchaus nicht selten. Ich persönlich halte sie sogar für pathognomonisch für Hirnabszeß, wenn sie im Verlaufe einer Ohreiterung auftreten; sie können gelegentlich sogar das einzige auffällige Symptom darstellen. So erinnere ich mich des folgenden, vor mehreren Jahren an der Klinik des Hofrates POLITZER, meines verehrten gewesenen Chefs, vorgekommenen Falles:

Eine etwa 30jährige Person war wegen einer chronischen Ohreiterung radikal operiert worden. Während der der Operation folgenden zwei Wochen war nichts Auffälliges an der Patientin beobachtet worden. Eines Nachts erwachte sie plötzlich, wollte sich ankleiden, das Zimmer verlassen, begann mit den Kranken und dem Wartepersonale zu streiten, schrie und lärmte und konnte nur mit größter Mühe zur Ruhe gebracht werden. Wenige Stunden danach trat plötzlich der Exitus ein. Die Autopsie ergab einen alten Schläfenlappenabszeß.

Die Veränderungen des Augenhintergrundes sind vielfach zum Gegenstande eingehender Studien gemacht worden. Die Neuritis optica resp. Stauungspapille, nur in etwa der Hälfte aller Fälle vorhanden, kommt aber wiederum auch bei anderen intrakraniellen otitischen Ursprunges vor.

Die als Hirndrucksymptom von vornherein zu erwartende Pulsverlangsamung kann gelegentlich eine beträchtliche sein, bis zu 50 oder 40 Schlägen in der Minute, aber auch sie wird nicht selten vermißt, sogar in Fällen, in denen eine spätere Obduktion bedeutende Druckerscheinungen anderer Art nachweist.

Die dritte Gruppe, die Herderscheinungen, birgt eine Anzahl der neurologisch interessantesten Symptome in sich. Da die otitischen Hirnsymptome stets entweder im Schläfelappen oder im Kleinhirn sitzen, so entsprechen die von ihnen verursachten Lokalerscheinungen den Eigentümlichkeiten dieser Regionen. So ist gekreuzte Taubheit auf dem vorher gesunden Ohre als ein Lokalzeichen des Schläfelappenabszesses aufzufassen und ebenso sensorische Aphasie, Worttaubheit, Agraphie, optische Aphasie oder Paraphasien. Bei Kleinhirnabszeß würden von Lokalsymptomen zerebellarer Schwindel und zerebellare Ataxie in erster Linie zu nennen sein.

Durch Drucksteigerung, die sich vor allem in der nächsten Umgebung des Abszesses geltend macht, insbesondere aber durch die oft auftretenden Ödeme an seiner Peripherie kann es zu Störungen in vom Abszeß selbst nicht ergriffenen Teilen kommen. So kann diese Fernwirkung auf die innere Kapsel gekreuzte Paresen, Parästhesien, Spasmen und Konvulsionen, ja selbst JACKSONsche Anfälle hervorrufen, Hemiopie und Hemianästhesie erzeugen.

Bei Kleinhirnabszessen ist es vor allem die Medulla oblongata, in deren Bereich sich solche Wirkungen abspielen. Atmungslähmungen sind ein leider nicht sehr seltenes Vorkommnis, auch gleichseitige Hemiplegie oder Hemiparese wird bei Zerebellarabszessen gefunden.

Ein wenn auch bisher nur in wenigen Fällen beobachtetes, aber — wenn vorhanden — meiner Ansicht nach diagnostisch sehr wichtiges Fernsymptom eines Kleinhirnabszesses ist die Glykosurie.[12])

Meine diesbezügliche Beobachtung betraf einen Fall von Kleinhirnabszeß, in welchem Glykosurie bestand, die während der Abszeßheilung wieder gänzlich zurückging und nicht mehr wieder auftrat.

Endlich sei noch der Affektion der Hirnnerven an der Schädelbasis gedacht, speziell der Innervatoren der Augenmuskeln und des Nervus facialis.

Dies ist ein kurzer Überblick über die Symptome, die erfahrungsgemäß beim otitischen Hirnabszesse vorkommen können, aber nicht müssen.

Ist der klinische Verlauf des Falles relativ so günstig, daß eine größere Anzahl der genannten Erscheinungen, noch dazu in charakteristischer Anordnung sich zeigt, so ist die Diagnose des Hirnabszesses freilich nicht schwierig. Aber dies ist nur sehr selten der Fall. Häufig finden wir, daß nur wenige Symptome vorhanden sind, daß sie wenig ausgesprochen oder nur temporär nachweisbar sind, ja wir sehen mitunter Hirnabszesse vollkommen symptomlos verlaufen, wie beispielsweise in folgendem kurz zu beschreibenden Falle, den ich als Assistent an der Ohrenklinik Hofrat POLITZERS zu beobachten Gelegenheit hatte:

Ein 17jähriger Bursche aus Oberösterreich wurde wegen einer seit längerer Zeit bestehenden chronischen Mittelohreiterung auf der rechten Seite auf die Klinik aufgenommen und von Herrn Hofrat Prof. POLITZER radikal operiert. Die Indikation für diesen Eingriff war durch die Erfolglosigkeit der konservativen Behandlung und durch zeitweise auftretende heftige Kopfschmerzen gegeben. Der Patient befand sich nach der Operation so wohl, daß er nach etwa 3 Wochen von der Klinik entlassen werden konnte, um in ambulatorische Behandlung überzutreten; die Wundheilung war im besten Gange. Er war mittags entlassen worden und um 1 Uhr nachts wurde er wieder in die Klinik zurückgebracht. Es wurde mitgeteilt, daß Patient nachmittags ausgegangen war und gegen Abend zu Hause plötzlich einen Ohnmachtsanfall erlitt, dann erbrach und, wieder zu Bewußtsein gekommen, über heftige Kopfschmerzen klagte. Die sofort von mir vorgenommene eingehende Untersuchung förderte keine Anzeichen irgend einer schweren Erkrankung zutage. Es wurde durch dieselbe nichts Besonderes aufgedeckt, der Patient fühlte sich nach seiner Aussage vollkommen wohl, nur etwas matt. Zwei Stunden nach seiner Einlieferung in die Klinik starb der Kranke plötzlich. Die Obduktion ergab einen kleinapfelgroßen Abszeß der rechten Großhirnhemisphäre.

Aber selbst ein Abszeß, der klinische Symptome macht, kann häufig der Diagnose bedeutende Schwierigkeiten dadurch bereiten, daß die auf längere Zeit verteilten Erscheinungen sich kaum zu einem einheitlichen Bilde zusammenfassen lassen. Man unterscheidet ja für gewöhnlich vier Stadien des Hirnabszesses: Das initiale, das latente, das manifeste und

[12]) HUGO FREY, Über das Vorkommen von Glykosurie bei otitischen Erkrankungen („Archiv für Ohrenheilkunde", Bd. 58, pag. 171).

das **terminale**. So können insbesondere im initialen Stadium alle Symptome unbeachtet bleiben. Ein paar Schwindelattacken, Übelbefinden, das nach einigen Tagen wieder schwindet, das kann alles sein, und häufig sucht der Patient ärztliche Hilfe gar nicht auf.

Dann kommt das wochen-, unter Umständen sogar jahrelang andauernde Stadium der Latenz. Das manifeste und das terminale Stadium wieder können so rasch hintereinander, ja gelegentlich auch innerhalb weniger Stunden ablaufen, daß jede Hilfe zu spät käme.

Durchaus nicht leicht gestalten sich auch die Verhältnisse in bezug auf die **Differentialdiagnose**. Insbesondere die Entscheidung über die Lokalisation des Abszesses, die Frage, ob das Kleinhirn oder der Schläfelappen Sitz der Erkrankung seien, stößt manchmal auf außerordentliche Schwierigkeiten. Die bereits erwähnte Perkussionsempfindlichkeit des Schädels kann gelegentlich einen wertvollen Hinweis in dieser Richtung geben, ebenso z. B. typischer Kleinhirnschwindel oder andere Herderscheinungen, wie Fernwirkungen auf die innere Kapsel, Sprachstörungen, wenn es sich um einen Abszeß im linken Schläfelappen handelt. Augenmuskellähmungen sprechen ebenfalls für einen Schläfelappenabszeß, Fazialislähmung auf der ohrkranken Seite für Kleinhirneiterung; auch die Amaurose und Nackenstarre wird bei der letztgenannten Erkrankung häufiger beobachtet.

In jedem Falle hat man sich aber vor Augen zu halten, daß **auch ein extraduraler Abszeß** unter Umständen ganz dieselben Erscheinungen hervorbringen kann wie ein Hirnabszeß, wenn er an einer der typischen Stellen liegt. Eine solche Eiteransammlung zwischen Dura und Knochen wird sowohl die Allgemeinerscheinungen von Fieber und Hirndruck hervorrufen als auch durch den Druck auf die benachbarten Hirnteile Herderscheinungen auslösen können. Zur Illustration dessen diene Ihnen folgender, von mir an der Klinik Politzer beobachteter Fall:

Ein 28jähriger Eisendreher war wegen einer akuten Warzenfortsatzeiterung operiert worden. 6 Wochen nachher erkrankte er unter Erscheinungen, die einen Schläfelappenabszeß der linken Seite annehmen ließen. Patient hatte einen oder zwei Schüttelfröste gehabt, litt an dumpfen Kopfschmerzen, Erbrechen, hatte deutliche Perkussionsempfindlichkeit der linken Schädelhälfte, insbesondere am Planum temporale und Paraphasie. Die vorgenommene Freilegung der mittleren Schädelgrube und Inzision des Schläfelappens blieb resultatlos. Nach mehreren Tagen, als plötzlich eine Parese der gekreuzten Extremitäten sich zu den übrigen Erscheinungen hinzugesellte, führte ich eine nochmalige Inzision des Schläfelappens aus, aber wiederum mit negativem Erfolge.

Der Allgemeinzustand des Patienten hatte sich unterdessen noch weiter verschlimmert, aber am Tage nach dieser Operation fühlte sich der Kranke wie mit einem Schlage bedeutend besser. Der Verband zeigte sich mit Eiter durchtränkt und die sofort nach der Verbandabnahme vorgenommene Untersuchung ergab, daß es sich um einen außerordentlich tiefliegenden Extraduralabszeß an der vorderen Fläche der Schläfebeinpyramide, u. zw. schon nahe deren Spitze zu, handelte. Der Fall nahm weiterhin einen günstigen Verlauf und blieb dauernd geheilt.

Praktisch ist die Unterscheidung zwischen Extraduralabszeß und Hirnabszeß allerdings nicht von solch großer Tragweite, weil ja der Gang der Operation in beiden Fällen im großen und ganzen der gleiche ist und die Inspektion der freigelegten Teile meistens die Sicherheit nach der einen oder anderen Richtung ermöglicht.

Als wichtiger muß es erscheinen, bei der Diagnosenstellung **die eitrige Meningitis** und den Hirnabszeß voneinander sicher abgrenzen zu können. Einmal finden wir bei zirkumskripter Meningitis der Basis, wie sie ja bei und nach otitischen Erkrankungen nicht selten vorkommt, manchmal die Lokalsymptome eines Hirnabszesses ebenso vollkommen vorgetäuscht, wie wir dies in ähnlicher Weise vom Extraduralabszeß ausgeführt haben, wobei häufig auch die pathognomonischen Symptome der Meningitis sehr in den Hintergrund treten, ja vollständig fehlen können. Andrerseits schließt sich diffuse oder lokalisierte Meningitis leider sehr oft den Hirnabszessen direkt an, und es handelt sich dann bei unserer Fragestellung nicht nur darum: Liegt hier ein Hirnabszeß oder eine Meningitis vor? sondern auch noch darum: Ist es nicht etwa ein mit Meningitis komplizierter Hirnabszeß? Weiterhin entsteht dann noch die Frage, ob eine etwa vorhandene Meningitis eine zirkumskripte oder diffuse sei. Die Beantwortung dieser Fragen ist aber für die Beurteilung der Chancen eines operativen Eingriffes von der allerwesentlichsten Bedeutung.

Über die Entstehung der Malaria.

Von **Dr. Benno Müller**, Hamburg.

(Schluß.)

Aus all diesen Betrachtungen, welche ich in oberflächlicher Kürze hier angeführt habe, kann man so manche Erklärung für die verschiedenen Krankheitsfälle finden. Es ist also zweifellos festgestellt, daß die Übertragung der Malaria durch die Anophelesmücke einzig und allein geschehen kann, denn es ist infolge der eigentümlichen Entwicklung der Malariaplasmodien nicht möglich, daß die Krankheit von Mensch zu Mensch übertragen werde, sondern es muß stets ein Zwischenwirt vorhanden sein. Es stellt nun der Vorgang der Entwicklung der Gameten in die Sichelkeime für das Anophelesweibchen ebenfalls eine Krankheit dar, und es ist diese Krankheit sogar für das Tier sehr gefährlich, da ein Teil der infizierten Mücken sogar der Krankheit unterliegt, sie sterben, gehen zugrunde. Weiter besteht aber auch eine gewisse Immunität der einzelnen Tiere gegenüber den Malariaplasmodien; so erkrankten im Experimente bei weitem nicht alle Anophelesmücken, die man zum Saugen an Gameten führenden Kranken veranlaßte, ein Teil derselben blieb gesund.

Weiter ist die Entwicklung der Malaria eng verknüpft mit einer höheren Temperatur, denn es darf dieselbe nicht unter 14° C sinken, sonst können die Entwicklungsvorgänge im Magen des Anopheles nicht vor sich gehen. Es ist daher in allen jenen Gegenden, die geringere Temperatur aufweisen, Malaria nicht vorhanden.

Es ist in dem Blute eines Kranken die Malariaplasmodienanwesenheit einmal direkt durch Untersuchung im hängenden Tropfen nachzuweisen, was aber nur von einem auf diesem Gebiete sehr erfahrenen Forscher ausgeführt werden kann, da dazu doch recht viel Übung im Erkennen und Beurteilen der Blutkörperchen und deren Veränderungen gehört, während für den praktischen Arzt am besten die Untersuchung des Blutes im Dauerpräparat sich bewährt. Man verfährt dabei nach der allgemein bekannten Art der Blutentnahme und Präparierung. Die Ausstrichpräparate werden in Alkohol + Äther aa. fixiert und dann mit Mansonscher Borax-Methylenblaulösung gefärbt. Die Lösung besteht aus 2 *g* Methylenblau, 5 *g* Borax, 100 *g* Aqua dest. Nachdem man das Strichpräparat 1—3 Minuten mit dieser Lösung gefärbt hat, erscheinen im Mikroskop die roten Blutkörperchen meergrün, die Leukozyten blaßbläulich im Protoplasma und tiefblau in ihrem Kern. Die Malariaerreger sind blau, nicht ganz so tief wie die Leukozytenkerne, aber dunkler wie das Protoplasma gefärbt. Die Zeichnung der Plasmodien hebt sich deutlich von dem grün gefärbten roten Blutkörperchen ab. Das Pigment in den Plasmodien tritt scharf hervor. Diese Färbung ist schnell und leicht ausführbar, weshalb sie für den Arzt, der in Gegenden, wo Malaria öfters vorkommt, lebt, am geeignetsten ist. Es gibt noch andere Färbemethoden, welche schwieriger und unter mehr Zeitverlust ausführbar sind, die man aber nur für Untersuchungen und Forschungen brauchen wird und dann, wenn es nicht gelingt, auf diese



Art ein Urteil zu erlangen. Eine wesentliche Bedingung beim Anfertigen der Präparate ist für ein gutes Gelingen der Untersuchung, daß die Blutschicht nicht dick ist, welche man auf dem Objektträger oder Deckglase ausstreicht, denn durch die dicke Schicht des zu untersuchenden Blutes werden die Bilder bedeutend verwischt und undeutlich gemacht.

Wenn man die Malariakrankheit erfolgreich bekämpfen will, so hat man die Prophylaxe und die Therapie vor allem zu beachten. In allen Fällen, wo ein Malariakranker erscheint, muß man zunächst bemüht sein, denselben zu hüten, denn es ist die Übertragung der Krankheit zunächst auf die im Orte lebenden Anophelen, und von denen dann wieder auf den Menschen möglich. Weiter muß man auch versuchen, die Brutplätze der Anophelen zu vernichten, denn wenn die Zwischenwirte fehlen, so wird auch die Malaria nicht auf andere Personen übertragen werden können. Die Anopheles sind vor allem Nachttiere, sie stechen den Menschen besonders in der Nacht.

Eine persönliche Prophylaxis für Personen, welche in Länder reisen, in denen die Malaria heimisch und oft zu finden ist, besteht in der prophylaktischen Chinineinnahme. So haben wir schon in einigen Teilen von Italien Brutstätten der Malaria, ferner in Kamerun und Neu-Guinea etc., Gegenden, in die von Deutschland ja besonders oft Auswanderung stattfindet; natürlich sind auch noch an vielen anderen südlichen Punkten und Gegenden Malariaherde schwerster Art zu finden. Aber auch innerhalb unseres deutschen Vaterlandes kann eine Brutstätte dieser Krankheit bestehen oder entstehen, hat man doch gar oft bei größeren Erdarbeiten, namentlich in früheren Zeiten, als man noch diese Arbeiten ohne Trockenbagger herstellen mußte, gefunden, daß daselbst im Sommer Malaria auftrat. Dies ist so zu erklären, daß bei den Erdarbeiten — es war dies z. B. bei dem Bau unseres Kriegshafens in Wilhelmshafen, als derselbe Mitte vorigen Jahrhunderts begonnen wurde, der Fall, daß unter den Arbeitern sehr bald Malaria ausbrach — natürlich auch sumpfige Gegenden erschlossen werden, in denen die Anopheles in Massen hausen und die Arbeiter stechen. Unter den zahlreichen Arbeitern befinden sich nun aber fast stets einer oder einige, welche Malaria gehabt haben oder noch haben, kurz, die Gameten im Blute führen. Von diesen Arbeitern werden die an dem Platze befindlichen Anopheles infiziert und in der warmen Jahreszeit entwickeln sich in den Mücken die übertragbaren Sichelkeime, und nun stechen die Mücken, welche erkrankten, auch die gesunden Arbeiter, und gar bald erkranken, kaum 3—4 Wochen nach Beginn der Arbeiten, die ersten Arbeiter an Malaria, wie der Arzt gar bald konstatiert. Es spielen hierbei auch die Unterbringungsräume der Arbeiter, die meist bei solchen großen Bauten in Baracken aus Holz, dem Lieblingsaufenthaltsort der Anopheles, bestehen, eine gewichtige Rolle. In diesen Baracken herrscht immer eine sehr hohe Temperatur, auch wenn in der Außenluft bereits kühlere Temperatur beginnt, ist darin noch wärmere Temperatur zu finden, kurz die Anopheles und Malariaparasiten können sich daselbst entwickeln und leben. Es müssen aber stets ein oder einige Arbeiter unter dem Gros sein, die nach ihrer Ansicht an Malaria leiden oder gelitten haben, und dies wird leicht der Fall sein, da zu solchen Bauten aus allen Gegenden Arbeiter angeworben werden und auch gerade oft Arbeitsleute aus südlicheren Ländern, z. B. Italiener etc., engagiert sind. So kann man in derartigen Fällen auch prophylaktisch eingreifen, indem man einerseits die malariaverdächtigen Individuen entfernt, die Anopheles nach Möglichkeit vernichtet und die Wohnungen bessert, vor allem aber luftig und geräumig, gut ventiliert etc. veranlagt, sowie auch die übrigen Arbeiter mit Chinin versieht und solches einnehmen läßt.

Die Chininprophylaxe ist nun ganz besonders wichtig und muß nach ganz genauer Vorschrift ausgeführt werden, denn sie kann im Falle der falschen Verwendung und Handhabung dem betreffenden Menschen eher schaden als nützen. Am geeignetsten und besten schützend vor Infektion mit Malariaplasmodien wirkt die Einnahme von Chinin à 1 *g* alle 5—8—9 Tage bei Erwachsenen und Kindern von 10 Jahren an. Man muß aber besonders vor dem regellosen, sog. wilden Chiningebrauch warnen, denn man hat die Erfahrung gemacht, daß derselbe eher schädlich wirkt und den Menschen für die gefährliche, oft zum Tode führende Krankheit, Schwarzwasserfieber genannt, prädisponiert. Das Schwarzwasserfieber ist ein Zustand mit hohen Fieberzuständen, schwerem allgemeinen Kollaps und starker Hämoglobinurie, der sehr oft zum Tode führt. Es werden aber von demselben diejenigen Menschen viel eher befallen, die das Chinin unregelmäßig und in unzureichenden Dosen einnehmen. Das Chinin hat nämlich die Eigenschaft, die in das Blut gelangenden Malariaplasmodien abzutöten und schützt auf diese Weise den Menschen vor Ausbruch der Krankheit, wobei aber ungenügende, zu niedrige und zur falschen Zeit eingenommene Dosen unwirksam sind.

Die Therapie mittelst Chinin hat nämlich ganz besondere Beziehungen zu dem Organismus und den Funktionen der Organe. Das Chinin wird vom Magen am besten aufgenommen, wenn derselbe leer ist, da er dann Salzsäure enthält, welche nötig ist, um das Chinin im Magensafte zu lösen. Nimmt der Kranke das Chinin nach dem Essen in den gefüllten Magen, so nützt ihm dasselbe gar nichts, sondern geht ungelöst im Darm wieder aus dem Körper heraus. Daher kommt es, daß es Personen gibt, welche trotz der prophylaktischen Chininmedikation an Malaria erkrankten. Sie haben eben das Chinin entweder in zu kleinen Dosen, unter 1 *g*, oder in den gefüllten Magen genommen. Wenn man das Chinin abends 3 Stunden nach dem Abendbrot neben der morgendlichen nüchtern zu nehmenden Dosis einzunehmen verordnen muß, so wird man dem Kranken neben dem Chinin noch einige Tropfen Acidi muriatici einnehmen lassen. Dann hat man die Sicherheit, daß das Chinin im Magen gelöst und resorbiert wird.

Allerdings kann die prophylaktische Chininmedikation nicht immerwährend gebraucht werden, denn es stellen sich doch nach dem Chinin unangenehme Wirkungen ein, der Kranke fühlt sich benommen, schwindlich, hat Ohrensausen etc. Diese Beschwerden werden mit der Zeit sehr lästig. Es gibt auch Leute, welche von Anfang an gegen das Chinin eine unüberwindliche Abneigung haben und die auch nach den kleinen Dosen sehr unangenehme Nachwirkungen empfinden. Diese Personen sind für die Tropen entschieden ungeeignet, sie sind tropenuntüchtig. Dieselben müssen ganz entschieden den Malarialändern fernbleiben, denn sie werden sofort an Malaria erkranken.

Man hat nun in neuerer Zeit noch auf verschiedene Art und Weise die Malaria in ihren Brutstätten zu bekämpfen versucht, man hat die Malariakranken in den betreffenden Ländern durch Blutuntersuchungen festgestellt und behandelt. Man hat den Zuzug von neuen Malariakranken in die gefährdeten Gegenden verhütet, man hat die Parasiten in allen erkrankten Personen durch entsprechende Therapie schnell zu vernichten gesucht, man hat die Anopheles bekämpft, deren Entwicklung zu hemmen und ihre Fortentwicklung zu verhindern gesucht. So hat man durch mühsame und teure Maßnahmen einen Kampf begonnen, und man kann sagen, daß ein gewisser Erfolg nicht ausbleibt, aber es wird doch immer noch die Gefahr der Erkrankung bestehen bleiben. Man kann durch solche Maßnahmen nur dort, wo die Malaria eigentlich nicht heimisch ist, wo sie nur durch Zuzug einzelner malariakranker Menschen eingeführt worden ist, sie wieder beseitigen. Dies ist aber auch schon ein sehr schöner Erfolg, der der Wissenschaft und deren Jüngern zu danken ist. Besondere Verdienste hat sich ja bekanntlich ROBERT KOCH erworben; ihm verdanken wir einen großen Teil der Kenntnisse der Malariaätiologie. Vor allem die Entwicklung im Anopheles ist die Entdeckung KOCHS.

Allerdings muß man zugeben, daß die Malaria, obwohl dieselbe eine ziemlich komplizierte Entwicklung der Erreger und somit eine umständliche Entwicklung selbst durchmacht, doch schwer und nur bis zu gewissen Grenzen erfolgreich zu bekämpfen ist. Die Krankheit ist nicht von Mensch zu Mensch übertragbar, es muß ein Zwischenwirt da sein, und man sollte meinen, daß eben wegen der schwierigen und umständlichen Verbreitung eine Bekämpfung der Krankheit leichter sei. Auch das Vertreiben der an einem Orte durch Zuzug von Malariakranken eingewanderten Krankheit ist mit großen Schwierigkeiten verbunden, und es gelingt dies nur sehr langsam und unter großen Mühen und Unkosten. An dem hartnäckigen Festhalten der Malaria an bestimmten Orten ist der Umstand schuld, daß die Anophelen eine große Verbreitung haben und schwer ganz auszurotten sind. Diese Zwischenwirte bilden einen großen Schutz für die Malariaplasmodien, und ohne deren Gegenwart würde es wahrscheinlich viel leichter sein, die Krankheitsherde auszurotten.

Die Therapie der Malaria ist seit jeher bekannt als die Chininbehandlung und man hat auch bisher noch kein besseres Präparat oder Mittel gegen diese Krankheit gefunden.

Dauerbehandlung der Harnbeschwerden infolge Prostatahypertrophie mit Helmitol.

Von **Dr. Franz Halbhuber**, k. u. k. Regimentsarzt, Wien.

Ein 78 Jahre alter Patient erkrankte im Dezember 1903 mit kontinuierlich quälendem Harnandrang, der Urin ging nur löffelweise und unter heftigem Brennen ab, sein Geruch war stinkend und stechend, ganz trübe, stark alkalisch.

Die Digitaluntersuchung per Rektum ergab eine apfelgroße Schwellung der Prostata. Gegen das Leiden wurden Spülungen der Harnblase mit Borlösung vorgenommen. Die Kapazität der Blase betrug kaum 200 *cm*³.

Nach 10tägiger Spülung der Blase wurde wegen großer Empfindlichkeit des Patienten diese Behandlung unterbrochen. Der Urin zeigte wohl keine Zersetzung mehr, die entleerten Portionen waren sehr klein, Harndrang und Brennen bestand weiter. Patient kam aber durch die quälenden Schmerzen sehr im Ernährungzustande herunter.

Nach zweitägigem Aussetzen der Borspülung bekam der Urin wieder üblen Geruch, weshalb dem Patienten Helmitol, 3 Tabletten à 0·5 *g* im Tage, verabreicht wurde.

Durch die ständige Verabreichung von 3 Helmitoltabletten besserte sich in 4 Wochen der Zustand des Patienten wesentlich, der Harn konnte nachts 2—4 Stunden zurückgehalten werden, bei Tag allerdings nur bis zu 2 Stunden, er war vollkommen klar und reagierte sauer, der Harndrang und das Brennen hatten bedeutend abgenommen und traten nur zeitweise auf.

Im Februar 1904 erhielt der Patient jeden zweiten Tag ein Jodkalisuppositorium und 2 Tabletten Helmitol täglich. Die Kapazität der Blase stieg bis auf 400 *cm*³.

Im März 1904 wurde der Versuch gemacht, mit der Behandlung auszusetzen, da der Urin klar war und keine größeren Beschwerden vorlagen. Die Prostata war zu dieser Zeit ziemlich verkleinert und auf Druck nicht schmerzhaft.

Nach 8 Tagen stellten sich die quälenden Symptome, wie Harndrang und Brennen in der Glans, wieder ein, der Urin reagierte schwach sauer und es wurde deshalb die Helmitolbehandlung mit zwei Tabletten täglich wieder aufgenommen und bis Ende Mai fortgesetzt. Im Juni gebrauchte der Patient täglich eine Helmitoltablette.

Im Juli, August und September wurde zweimal wöchentlich die Prostata leicht massiert. Trotz Massage war es aber nicht möglich, das Helmitol zu entbehren, der Kranke ist genötigt, Helmitol weiter zu gebrauchen, u. zw. in der Dosis von 2—3 Tabletten täglich.

Durch den Gebrauch dieses vorzüglichen Harnantiseptikums kam der Patient in die Lage, 5—6 Stunden zu schlafen, den Urin zu halten, bei Tag allerdings nur bis zu 3 Stunden, der Zustand ist ihm erträglich geworden; es wird aber jedesmal schlechter, wenn Helmitol 2—3 Tage lang nicht genommen werden kann. Im ganzen besteht die Helmitolbehandlung in diesem Falle seit 17 Monaten ohne jede Belästigung und Schädigung des Organismus.

Es ist also Helmitol als ein ganz vorzügliches, sehr brauchbares, unschädliches und wirksames Mittel zur Behandlung der Beschwerden bei Prostatavergrößerung zu bezeichnen, wo es oft sehr schwer gelingt, die Zersetzung des Urins, begünstigt durch den stets zurückbleibenden Residualharn, zu verhindern, dadurch das Leben des Patienten zu verlängern und das Leiden in Schranken zu halten; dies geschieht zudem mühelos für den Arzt und schmerzlos für den Patienten.

Referate.

Clairmont und **Ranzi** (Wien): **Kasuistische Beiträge zur Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.**

Bei der Besprechung der Resultate von 41 auf der Klinik v. Eiselsbergs operativ behandelten Peritonitisfällen sind die Verff. zu dem Schlusse gekommen, daß eine Besserung der Resultate nur durch frühzeitige Operation erreicht werden kann. Es soll daher jeder Fall, bei welchem die Diagnose Peritonitis gestellt wird, auch ohne daß der Ausgangspunkt der Peritonitis bekannt ist, sofort operiert werden. Die weitere klinische Beobachtung behufs Eruierung des Ausgangspunktes verschlechtert die Aussichten der Operation bedeutend. Sogar bei bloßem Verdacht ist der Patient dem Chirurgen zuzuweisen („Archiv f. klin. Chir.", Bd. 76, H. 1 u. 2). Die Behandlung bestand in Laparotomie und Entfernung des Exsudats, am besten durch reichliche Kochsalzspülung mit teilweiser Eventration der Därme. Die günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch reichliche Kochsalzspülungen wurde auch in einer experimentellen Arbeit aus derselben Klinik (vid. Clairmont und Haberer: Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie des Peritoneums, ebenda) nachgewiesen. Wenn bei der Laparotomie Perforation eines Organes (Magen, Darm, Gallenblase) gefunden wird, dann wird dasselbe selbstverständlich genau verschlossen; der Wurmfortsatz wird, wenn er die Ursache der Peritonitis abgibt, stets reseziert. Ausgiebige Tamponade der Bauchhöhle beschließt die Operation. Bei Perforation des Magens und des Duodenums infolge Karzinom oder Ulkus hat sich die Anlegung einer Jejunumfistel sehr gut bewährt. Durch diese Operation kann das verletzte Organ völlig ruhiggestellt und gleichzeitig kann dem Patienten durch die Fistel sofort Nahrung zugeführt werden. Bei der Nachbehandlung wird auf der Klinik Eiselsberg auf reichliche subkutane Kochsalzinfusion großes Gewicht gelegt. Erdheim.

W. W. Sender (St. Petersburg): **Die Unterschenkelbrüche und ihre Behandlung in der Gegenwart.**

Eine vorwiegend statistische Arbeit: Unterschenkelbrüche sind sehr häufig, etwa 14% aller Frakturen; die einfachen sind dreimal so häufig als die komplizierten; die Häufigkeit der isolierten Tibia- und der isolierten Fibulafrakturen ist gleich. Knöchelbrüche kommen öfter vor als man für gewöhnlich annimmt. Im Alter von 20 bis 40 Jahren sind die Unterschenkelfrakturen am häufigsten, bei Frauen seltener als bei Männern, gleich häufig rechts und links. Spiralbrüche sind nach den Resultaten der Röntgendurchleuchtung häufiger als man bisher geglaubt hat; bei denen von Tibia und Fibula bricht zuerst die Tibia. Der gewöhnliche Verlauf der Bruchlinie bei Spiralfrakturen ist von distal medial nach proximal lateral, und zwar bei jugendlichen Individuen steiler als bei älteren; die fibulare Bruchlinie bildet die Verlängerung der tibialen in der Richtung der letzteren. Bei schlechter Wiedervereinigung der Fragmente kann unter dem Einfluß statischer Verhältnisse das Wadenbein hypertrophieren. Die Gosselinschen Frakturen sind Spiralbrüche; bei ihrem Zustandekommen spielt die Hauptrolle eine Drehung des Knochens mit nachfolgender Anheilung des Bruchstückes nach unten oder nach oben. Der Sitz der Brüche beider Unterschenkelknochen, ebenso wie der isolierten Brüche der Tibia und der Fibula ist am

seltensten das obere, am häufigsten das untere Drittel; letztere Tatsache findet ihre Erklärung nicht nur in anatomischen, sondern auch in rein statischen Verhältnissen. Die Entstehungsursache der Fraktur beider Knochen ist gewöhnlich indirekte Gewalt. Isolierte Brüche entstehen ebenso häufig infolge direkter wie infolge indirekter, Fibula- und Knöchelbrüche öfter durch indirekte Gewalteinwirkung. Muskelkontraktion als Ursache von Unterschenkelfrakturen ist äußerst selten, bei Kindern überhaupt kaum möglich. Plantare Beugung des Fußes bei gleichzeitiger Gewalteinwirkung (Schlag) auf den Kalkaneus rief in SENDERs Experimenten wohl Luxation, aber keinen Knöchelbruch hervor („Russ. med. Rundschau", 1905, 2, Nr. 11). Die sogenannten Narben auf der Unterschenkelhaut bei intrauterinen Frakturen beschränken sich nicht nur auf atrophische Hautveränderungen, sondern können auch wirkliche Narben sein. Dauernde Arbeitsuntätigkeit resp. Invalidität als Folge von Unterschenkelbrüchen ist sehr häufig (20—30%). Wenn die bei der Behandlung erzielten Resultate ungünstig sind, so liegt das bis zu einem gewissen Grad an Fehlern in der Behandlung. Die Therapie bei kleinen Kindern gestaltet sich sehr schwierig. Medikamente, die den Knochenheilungsprozeß abkürzen würden, gibt es nicht. Bei diagnostischen Schwierigkeiten ist die Durchleuchtung mit X-Strahlen unerläßlich. Auch bei klinisch vollkommener Heilung bleibt der Kallus noch lange für Röntgenstrahlen durchgängig, als Zeichen dafür, daß die Ossifikationsvorgänge in ihm noch nicht beendet sind. Am schwersten sind radiographisch festzustellen die Fissuren (Sprünge). Über die Behandlung der Unterschenkelbrüche ließ sich statistisch wenig Sicheres ermitteln. L.

MILLER (Berlin): **Die Röntgenstrahlen im Dienste der Zahnheilkunde.**

Die Möglichkeiten, bei denen die Röntgenoskopie entweder allein oder in Verbindung mit anderen diagnostischen Methoden in ihre Rechte tritt, sind nach MILLERs Erfahrungen („Deutsche med. Wochenschrift", 1905, Nr. 17): Blinde Abszesse und Abszeßhöhlen an den Wurzelspitzen kariöser oder wohl oft auch äußerlich intakter Zähne; Röntgogramme zeigen den Zustand vor und gleich nach der operativen Behandlung (Resektion) und auch nach der Knochenneubildung. Zerstörung des knöchernen Zahnfaches infolge Alveolarpyorrhöe, sowohl im Beginn als auch in vorgeschrittenen Stadien. Exzementosis (Exostosen). Verdickung der Zahnwurzel durch Zementauflagerung und daraus resultierende schwere Neuralgien, die eigentlich nur durch Röntgenoskopie positiv sicher erkannt werden können und ohne diese höchstens per exclusionem. Resorptionsprozesse an den Wurzeln bleibender Zähne bei chronischer Perizementitis, bei Zahnregulierung, inplantierten Zähnen und Alveolarpyorrhöe. Gerade in solchen Fällen leistet das Röntgenverfahren gute Dienste für die Diagnostik. Zahnretentionen machen zu ihrer Aufdeckung die Röntgenoskopie fast unentbehrlich, wenn es sich darum handelt, entsprechende Verhaltungsmaßregeln einzuschlagen, sei es nun Entfernung bzw. Erhaltung allfälliger bestehender Milchzähne. Konstatierung der Wurzelstellung und allgemeiner Situation bei Zahnregulierung. Diagnostik von Dentikeln in der Zahnpulpa, die zu heftigen Trigeminusneuralgien Anlaß geben können. Wiewohl in einem solchen Falle die Röntgenoskopie manchmal Schwierigkeiten begegnet, ist sie doch nur allein imstande, Aufschluß zu geben, so auch bei Exzementosis. Aufdeckung von Fremdkörpern (abgebrochene Nadelspitzen u. dgl.) in den Wurzelgängen, welche ein stetiger Reiz sind und auch Abszesse bilden können. Erkennung zurückgebliebener Wurzelreste. Diagnose von Zahnzysten. Aufschluß bei Knochenfrakturen. Diagnostik der Kieferhöhlen (Lage, Form, Größe, pathologische Zustände). Verfolgung bei Zahnentwicklung. Untersuchung des Knochenbaues ohne Präparatzerstörung (z. B. bei diluvialen Kieferresten). G.

I. F. KOTOWITSCH (Moskau): **Über die physiologische und therapeutische Wirkung der Galvanisierung des Kopfes und elektrische Einschläferung.**

Verf. führt aus („Wratschebnaja Gazetta", 1904, Nr. 46), daß die Galvanisierung des Kopfes mit keiner Gefahr verknüpft ist und im Gegenteil in vielen Fällen von Erkrankung des Gehirns eine wirksame Behandlungsmethode abgibt. KOTOWITSCH verwendet schon seit 17 Jahren diese Behandlungsmethode. Ursprünglich bediente er sich schwacher Ströme von 3—5 Milliampère; dann begann er Ströme bis 15 Milliampère anzuwenden. Außerdem begann er die Galvanisierung des Kopfes nicht nur bei zerebraler Neurasthenie, sondern auch bei organischen Erkrankungen des Gehirns anzuwenden und häufig mit Erfolg. Besondere Beachtung verdienen folgende zwei Fälle: 1. Patient mittleren Alters, von anscheinend blühender Gesundheit, klagte über Erscheinungen von Agoraphobie. Bisherige Behandlung ohne Erfolg. Dagegen gab die Galvanisierung des Kopfes nach 10 Sitzungen eine auffallende Besserung. 2. Anfangs März 1903 wurde KOTOWITSCH zu einer 24jährigen herzkranken Patientin gerufen, bei der sich plötzlich unter Verlust des Bewußtseins Erscheinungen von rechtsseitiger Hemiplegie eingestellt hatten. Das Bewußtsein kehrte bald wieder zurück, die Paralyse blieb jedoch bestehen. Außer Aphasie bestehen schwacher Herzschlag, Arhythmie. Strychnin, Digitalis und am folgenden Tage Jodkalium, hierauf Galvanisierung des Kopfes 5 Minuten lang bei einer Stromstärke von 5 Milliampère. Bereits nach der ersten Sitzung konnte die Patientin die Finger der gelähmten Hand bewegen und deutlicher die Worte aussprechen. Ein Monat nach Beginn der Behandlung vollständige Genesung. L—y.

G. M. WOLKENSTEIN (Odessa): **Über einen Fall von leichter Skarlatina, kompliziert durch äußerst schwere Masern.**

Es handelte sich um ein 3½jähriges Kind („Wratschebn. Gaz.", 1905, Nr. 22), bei dem am 23. Tage der Scharlacherkrankung, zu einer Zeit, wo der Prozeß vollständig zu verschwinden begann (das subjektive Befinden war bereits gut, die Desquamation erstreckte sich nicht auf weitere Gebiete, der Harn blieb unverändert), plötzlich Masern hinzugetreten sind, die den Tod des Kindes zu Folge hatten. Dieser Fall widerlegt somit erstens die Ansicht HUNTERs, daß zwei pathologische Prozesse zu gleicher Zeit einen und denselben Organismus bzw. ein und dasselbe Organ nicht affizieren können, und zugleich auch die von manchen Autoren ausgesprochene Ansicht, daß eine neue Erkrankung, die im Verlaufe einer anderen Krankheit hinzutritt, günstig und sogar in leichtem Grade verlaufen kann. L—y.

SELHORST (Haag): **Radikale Heilung von Narbenstrikturen der Urethra mittelst der elekrolytischen Nadel.**

Wie OBERLÄNDER empfiehlt auch Verfasser („Dermat. Zentralblatt", 1905, 5) auf das Wärmste zur Beseitigung restierender Krypten und Narbengewebes von Strikturen neben der Dilatation die elektrolytische Nadel. Unter Beigabe von vier genauen Krankengeschichten, welche die Erfolge demonstrieren, stellt SELHORST folgende Behandlungsmethode auf: Nachdem die Striktur bis auf 23, 24 Charrière dilatiert ist, beginnt die Behandlung; die Urethra wird vor jedem Eingriff mittelst einer Lösung von Hydrargyrum oxycyanatum gründlich ausgespült, hierauf der passende Tubus des OBERLÄNDERschen Urethroskops über das Narbengewebe eingeführt und dann vorsichtig zurückgezogen, bis das hintere Ende des Strikturgewebes im Lumen erscheint. Eine 1½—2 *cm* lange Platinspitze wird als negativer Pol einer galvanischen Batterie, die positive Plattenelektrode kommt auf den Oberschenkel, bei einem Strom von 4—6 Milliampère ½—1 *cm* tief ins Narbengewebe eingestoßen und je 3 Minuten belassen; unter langsamem Vorziehen des Tubus wird die Nadel in einer Sitzung 4—5mal in verschiedener Richtung eingestochen. Die Schmerzhaftigkeit ist bei geschickter Ausführung nicht bedeutend. Nach jeder Behandlung Ausspülung mit einer Lapislösung 1 : 4000, da nach Unterlassung derselben angeblich oft hohes Urethralfieber und Bakteriurie auftrat. Die Zahl der Sitzungen, die anfangs wöchentlich zweimal, später einmal ausgeführt werden können, richtet sich nach der Tiefe und Ausdehnung der Strikturen; manchmal genügen 3—4 Sitzungen, manchmal dauert die Behandlung monatelang. Urethroskopisch ändert sich die grauweiße Farbe des Narbengewebes in eine blaßrote und die Oberfläche wird glatt und glänzend. Ist

dieses Stadium erreicht, so wird wieder die Dehnung mittelst Sonden aufgenommen und eventuell noch Widerstand leistendes Narbengewebe mit der Nadel beseitigt. Verf. macht selbst darauf aufmerksam, daß mit einer Behandlung die Sache nie abgetan, daß Rezidiven eine mehrmalige Behandlung nötig machen. Im Anschluß daran macht Verf. im Verein mit Dr. SHOEMAKER eine vorläufige Mitteilung über Versuche der Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst der elektrolytischen Nadel. Durch den größten Tubus des OBERLÄNDERschen Urethroskops wird die 4—5 *cm* lange Platin- und Eisennadel in die Pars prostatica gebracht und hier unter Kontrolle der Lage des Tubusendes vom Rektum aus die Nadel 2—4 *cm* tief ins hypertrophische Gewebe eingestochen. Strom von 3—8 Milliampère durch 3—5 Minuten; vor dem Ausziehen der Nadel jedesmalige Unterbrechung des Stromes. Für bedeutend vergrößerte Seitenlappen empfehlen die Autoren eine in einem dünnen Glasrohr liegende federnde Nadel. Blutung, Schmerz und Reaktion sind sehr gering; wöchentlich können 2—3 Sitzungen gehalten werden. Eine abschließendes Urteil über die Erfolge haben sich die Autoren noch nicht gebildet, sie fordern jedoch mit Rücksicht auf die Einfachheit und Leichtigkeit der Operation zur Nachprüfung auf. SCH.

KNAUTH (Würzburg): Klinische Beobachtungen und Erfahrungen mit dem Pneumokokkenserum ROEMER bei der kruppösen Pneumonie.

Nach Verf.s Erfahrungen hat sich die Anwendung des Pneumokokkenserums als absolut ungefährlich und unschädlich erwiesen; die Einstichstelle blieb stets reaktionslos; entzündliche Rötung in der Umgebung der Einstichstelle, speziell erysipelatöse Rötung oder Entzündung des Unterhautzellgewebes wurden niemals beobachtet. Hautexantheme, Nierenentzündungen oder sonstige unangenehme und bedrohliche Nebenwirkungen kamen selbst nach Verabreichung großer Dosen ebenfalls niemals zur Beobachtung; die vielfach nachgewiesene Albuminurie, die übrigens jeweils schon vor der Injektion vorhanden war, blieb stets febriler Natur, da sie nach Abfall des Fiebers alsbald zu verschwinden pflegte („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 12). Wie aus den Fieberkurven bzw. Krankengeschichten hervorgeht, wurden bald nach erfolgter Injektion der Puls, die Atmung, das Fieber, das Aussehen (Farbe) des Auswurfs, vornehmlich jedoch das subjektive Allgemeinbefinden, außerordentlich günstig beeinflußt; der rein blutige Auswurf verlor einige Male in wenigen Stunden jede Blutbeimischung; Patienten, die am Morgen stöhnten und jammerten oder ganz apathisch dalagen, traf man nach erfolgter Injektion bei der Mittagsvisite wie umgewandelt an; sie lasen trotz ihres hohen Fiebers die Zeitung und unterhielten sich mit ihrer Umgebung. Rascher, kritischer Temperaturabfall wurde eigentlich nur einmal beobachtet; gewöhnlich schwitzten die Patienten nur wenig, der Temperaturabfall erfolgte allmählich, Kollapszustände blieben infolgedessen aus; nur in zwei Fällen, bei denen es sich um sehr schwere Infektionen handelte, dauerte der kritische profuse Schweißausbruch zwei Tage, ohne daß sich irgendwelche Schwächezustände bemerkbar machten. Die Rekonvaleszenz nahm stets einen normalen Verlauf. L.

HIRSCHLAND (Wiesbaden): Über die Verwendung des Thiosinamins und Fibrolysins in der Otologie und Rhinologie.

Das Thiosinamin, Allylsulfocarbamid, ein Derivat des ätherischen Senföles, stellt farblose, bei 70° schmelzende Prismen dar, die in kaltem und warmem Wasser sehr schwer, in Alkohol und Äther leicht löslich sind. Aus diesem Grunde bedienten sich die Autoren der alkoholischen oder ätherischen Lösungen, die aber nach den meisten Berichten derart schmerzhaft sind, daß die Kranken schon nach kurzer Zeit die Fortsetzung der Behandlung verweigern. Aus diesem Grunde wurde von manchen Autoren eine 10%ige Thiosinamin-Wasser-Glyzerin-Lösung zur Injektion verwendet, deren Einspritzung ein nach wenigen Sekunden vorübergehendes unbedeutendes Brennen verursacht. Aber beim Erkalten scheiden sich aus dieser Lösung Thiosinamin-Kristalle aus und es bedarf vor erneuter Verwendung jedesmaliger Erwärmung der Lösung. Die interne Darreichung des Thiosinamins ist zwar nicht völlig wirkungslos, aber nicht imstande, die spezifische Thiosinamin-Wirkung einzuleiten. Ist dagegen die Wirkung der subkutanen oder intramuskulären Injektionen erreicht, so kann man in einer Reihe von Fällen die Wirkung durch interne Darreichung auf ihrer Höhe erhalten. Verf. hat sich lange bemüht, ein in Wasser stets gelöstes Thiosinamin-Präparat zu erhalten, aber die verschiedensten Versuche schlugen fehl. Vor einiger Zeit wurde ihm nun ein neues Thiosinamin-Präparat zur Verfügung gestellt, das unter dem Namen „Fibrolysin" patentamtlich geschützt ist. Es ist ein Doppelsalz, eine chemische Verbindung von Thiosinamin und Natrium salicyl., in welchem ein Molekül Thiosinamin mit einem halben Molekül Natrium salicyl. verbunden ist. Die Verbindung ist ein weißes kristallinisches Pulver, das in kaltem und warmem Wasser leicht löslich ist, das aber durch Luft- und Lichtzutritt Zersetzungen erleidet. Aus diesem Grunde wird es in Lösungen in den Handel gebracht, die in braunen zugeschmolzenen Glas-Ampullen im Autoklaven eine Stunde lang auf 115° erhitzt werden und so neben bequemer Verwendungsweise die absolute Garantie für ein durchaus steriles Präparat bieten. Jede Ampulle enthält 2·3 *cm*³ einer Lösung Fibrolysins 1·5 zu 8·5 Wasser; der Inhalt jeder Ampulle entspricht 0·2 *g* Thiosinamin. HIRSCHLAND hat im ganzen das Thiosinamin in 418, das Fibrolysin in 90 Injektionen versucht, in zwei Fällen Eingießungen in die Paukenhöhle gemacht und in vier Fällen es innerlich verabfolgt. Außer leichten Erscheinungen in einer sehr geringen Anzahl von Fällen ist keinerlei schädigende Einwirkung eingetreten. Diese Behandlung kann in vielen Fällen von chronischer Schwerhörigkeit und Ozaena sehr gute Dienste leisten. G.

J. IBRAHIM (Heidelberg): Über Schutzimpfungen mit Diphtherieheilserum.

Prophylaktische Heilseruminjektionen sollten in allen Familien, in denen Diphtherieerkrankungen vorkommen, an den gefährdeten Geschwistern, zum mindesten solchen unter 10 Jahren, vorgenommen werden. Besonders gilt das für die Kinder der Armen, bei denen eine Separierung a priori nicht durchführbar ist. Wenn der Wert der Schutzimpfungen allgemeiner bekannt und anerkannt sein wird, so werden auch Kassen und Armenbehörden sich der Erkenntnis nicht verschließen, daß die Schutzimpfung mit wesentlich geringeren Kosten verknüpft ist als die Notwendigkeit einer mehrwöchentlichen Behandlung im Fall einer nachträglichen Erkrankung („Deutsche med. Wochenschrift", 1905, Nr. 11). In Pensionaten, Krippen, Idiotenanstalten, Findelhäusern etc., ferner in Kinderstationen von Krankenhäusern, kurz überall, wo eine größere Zahl von Kindern in geschlossenen Räumen vereinigt sind, müssen beim Auftreten eines Diphtheriefalles alle Kinder, zum allermindesten alle kranken und jüngeren Kinder (unter 12 Jahren), immunisiert werden. Als immunisierende Dosis sind mindestens 250—300 Immuneinheiten, bei Kindern, die an anderen Infektionskrankheiten (Scharlach, Keuchhusten und speziell Masern) leiden, mindestens 500 Immuneinheiten zu injizieren. Für Säuglinge sind die gleichen Serumdosen unbedenklich anwendbar. Auf Stationen für Diphtheriekranke oder auf Infektionsabteilungen, in welchen Mischinfektionen mit Diphtherie verpflegt werden, sind mindestens alle vier, besser alle drei Wochen, fortlaufende Immunisierungen vorzunehmen. Bei gefährdeten Masernkindern ist die Injektion eventuell alle 14 Tage zu wiederholen. Verf. hat an der Universitätsklinik VIERORDTs in Heidelberg das MERCKsche Diphtherieheilserum benutzt. L.

PELAGATTI (Paris): Autopsie d'un cas d'adénome sébacé de Balzer.

Der Fall, den der Verf. („Annales de dermatologie et syphiligraphie", Bd. 5, Nr. 11) bereits in der Festschrift für Professor A. RIVERA veröffentlicht hat, ging an Tuberkulose zugrunde und bot unter den Erscheinungen im Gesicht, welche in zahlreichen milien- bis linsengroßen, kegelförmigen, harten, indolenten Tumoren bestanden, flügelförmig um die Nase angeordnet, von Hautfarbe, einzelne in einem kleinen weißen Punkt ein unterliegendes Zystchen verratend, interessante Veränderungen in den inneren Organen, und

zwar beobachtete man im Gehirn, dessen Windungen hypertrophiert waren, innerhalb dieser leicht prominente Knoten- und Tuberositätenbildung von der Größe einer Erbse bis zu Kleinnußgröße, von gelblicher Farbe, glatt, glänzend, auf Druck hart elastisch. Mehrere erbsengroße solche Tumoren sitzen auch in der Wand der Ventrikel. Ein Knoten von dunkelgelber Farbe findet sich im Septum cordis und nach Abziehen der Nierenkapsel kommen zahlreiche milien- bis kleinnußgroße, harte, elastische Knoten zum Vorschein. Die histologische Untersuchung ergibt bei den Hauteffloreszenzen eine starke Hypertrophie und Hyperplasie der Talgdrüsen mit völliger Intaktheit des Epithels und dessen Funktion, keine Adenombildung, keine Entzündung im Gewebe. Die Knotenbildung im Gehirn kommt durch eine enorme Hypertrophie des Neurogliagewebes zustande, und zwar nicht so sehr durch Zahl der zelligen Elemente als durch eine abnormale Überfülle der Zellfortsätze; die Knoten stören vollständig die normale Anordnung der Zellen in der Schichte der kleinen und großen Pyramidenzellen. Die Nierentumoren sind nach ihrem Aufbau aus glatten Muskelfasern, durch eine hyaline Substanz verbunden, als Leiomyome, während die Knoten im Herzen als Rhabdomyome zu bezeichnen sind. Da sich die große Mehrzahl der Fälle von Adenoma sebaceum (BALZER) gleichzeitig mit tuberöser Hirnsklerose bei Idioten vorfindet, verbunden mit Mißbildungen in anderen inneren Organen, bezieht der Autor das ganze Krankheitsbild auf eine gemeinsame Ursache, und zwar Schädlichkeiten, welche das Individuum im embryonalen Leben treffen; er will daher das Adenoma sebaceum in die Gruppe der Naevi einreihen.

K. F.

MARIE (Paris): **Recherches sur le sérum antirabique.**

Die Versuche des Verf.s beschäftigen sich mit der Gewinnung eines Serums gegen die Lyssa und enthalten im wesentlichen eine Bestätigung früherer Arbeiten anderer Autoren, denen es gleichfalls gelang, Schutzstoffe im Serum von gegen Wut immunisierten Tieren nachzuweisen; doch ist es bisher noch nicht gelungen, ein praktisch verwertbares Serum zu gewinnen. Verf. fand („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 19, pag. 1), daß gegen Wut immunisierte Säugetiere nur nach langer Vorbehandlung ein wirksames Serum liefern, während das Serum nicht vorbehandelter Säugetiere das Wutvirus nicht neutralisiert. Im Gegensatz hierzu vermag das Blut gewisser Vögel schon normalerweise eine Aufschwemmung des Wutgiftes zu neutralisieren. Die Wirkung des Serums gegen das Lyssavirus ist spezifisch.

Dr. S.

ABBA et **BORMANS** (Paris): **Sur le diagnostic histologique de la rage.**

Die vorliegende Arbeit („Annales de l'institut PASTEUR", Bd. 18, pag. 48) beschäftigt sich mit den bekannten NEGRIschen Körperchen. NEGRI fand nämlich in den Nervenzellen (namentlich des Ammonhornes) wutkranker Tiere Gebilde, die er genau beschrieb und als Protozoen deutete. Diese Gebilde wechseln bei den verschiedenen Tieren an Größe, sind z. B. bei den Kaninchen wesentlich kleiner als bei den Hunden etc., jedenfalls sind sie aber für die Lyssa charakteristisch. Diese Befunde NEGRIS wurden in der Folge von einzelnen Autoren bestätigt und auch ABBA und BORMANS kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Schlusse, daß die Befunde NEGRIS zu Recht bestehen, und daß es tatsächlich möglich ist, durch den Nachweis der NEGRIschen Körperchen die histologische Diagnose der Wut zu stellen. Es wäre hierdurch eine wesentliche Vereinfachung und Beschleunigung der Untersuchung fraglichen Materiales ermöglicht gegenüber der bisher geübten experimentellen Methode (durch Verimpfung auf empfängliche Tiere), wobei die Frage nach dem Wesen der NEGRIschen Körper und damit nach der Ätiologie der Lyssa ganz aus dem Spiele bleibt.

Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Über **Oophorektomie bei inoperablem Brustkrebs** berichtet LETT („Lancet", 1905, Nr. 4). Verf. hat 99 derartig operierte Fälle gesammelt und gefunden, daß in 23·2% der Fälle sehr bedeutende, in 13·1% deutliche Besserung eintrat. Schließt man die Kranken aus, die bei der Kastration das 50. Lebensjahr überschritten hatten, so beträgt die Anzahl der Gebesserten 41·3%. Die Besserung bestand in Linderung der Schmerzen, Besserung des Allgemeinzustandes und Verlängerung der Lebensdauer. Gleichzeitig wurden die Geschwülste kleiner oder verschwanden sogar, Geschwüre reinigten oder überhäuteten sich. In einem Falle konnte man von einer völligen Heilung sprechen. Bei 15 Fällen hielt die Besserung länger als 1 Jahr an, eine Kranke befand sich 4½ Jahre nach der Oophorektomie noch in der besten Gesundheit. Am günstigsten wurden die Kranken beeinflußt, deren Alter zwischen 45 und 50 Jahren lag; auch nach der Menopause ist die Operation indiziert. Die Operationssterblichkeit betrug 6%.

— Die **Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Crurin** bespricht MAX JOSEPH („Dermat. Zentralbl.", Bd. 8). Verf. nimmt, da sich öfters im Beginne einigermaßen lebhafte Schmerzen einstellen, davon Abstand, von vornherein Crurin mit Amylum ana zu verordnen. Er fängt vielmehr in wesentlich milderer Anwendung mit Crurin 5—10 : 100 Amylum an und steigt allmählich zu Crurin Amylum ana. Das Pulver wird 2mal täglich aufgestreut. So hat JOSEPH in den letzten Jahren wieder eine große Menge einschlägiger Krankheitsfälle behandelt und ist in gleicher Weise wie früher mit dem Erfolge stets zufrieden gewesen. Crurin ist eines der besten unter den die Epidermisregeneration und Granulierung befördernden Mitteln.

— Gegen den **Durst der Diabetiker** erscheint folgende Medikation empfehlenswert („Zentralbl. f. d. ges. Ther.", 1905, Nr. 6):

Rp. Pilocarpin. nitric. . . . . 0·03
Glycerin.
Gummi arab. aa.
M. f. pilul. Nr. XXX.
DS. Dreimal p. d. eine Pille

oder

Rp. Pilocarpin. nitric. . . . . 0·05
Spirit. vin. dilut. . . . . 3·0
Aq. dest. . . . . 8·0
DS. Vier- bis fünfmal täglich die Zunge mit 5 bis 6 Tropfen dieser Lösung zu befeuchten.

— Mit dem **Mydriatikum Eumydrin** hat FEJÉR („Heilkunde", 1905, Nr. 3) in 1-, 2- und 5%iger Lösung Versuche angestellt, und zwar nicht nur zu Untersuchungszwecken, sondern auch bei Geschwüren der Hornhaut, bei Entzündungen der Regenbogenhaut und in mehreren Fällen von Episkleritis. Die zu Untersuchungszwecken erweiterte Pupille gestattet einen guten Einblick in das Augeninnere; die Erweiterung schwindet innerhalb 24 Stunden vollkommen und ist für die Patienten mit weniger Unannehmlichkeit verbunden als nach Homatropin oder Kokain. Die Versuche ergaben des weiteren, daß Eumydrin die Geschwüre der Hornhaut günstig beeinflußt und die ziliare Injektion vermindert. Zu Untersuchungszwecken wie auch bei Krankheiten der Hornhaut wende man das Mittel in 2%igen Lösungen an, bei Entzündungen der Iris dagegen, wo eine stärkere Erweiterung der Pupille nottut, kann man ganz ruhig 5%ige Lösungen nehmen. Unangenehme oder schädliche Nebenwirkungen hat Verf. in keinem einzigen Falle gesehen. In ähnlicher Weise äußert sich auch HAAS („Therapie der Gegenwart", 1905, Nr. 3).

— Zur **Skabiestherapie** berichtet MICHAEL STEINER („Repert. d. prakt. Med.", 1905). Er gebrauchte das Keramin. Dasselbe ist eine neutrale Seife von brauner Farbe und angenehmem milden Zimtgeruch. Sie enthält Perubalsam und Nelkenöl, Zimtöl und Talk. Wie jede andere Seife kann auch Keramin in 3 Arten verwendet werden: 1. durch Waschen mit der Seife. 2. Trockenreiben des aufgetragenen Seifenschaums. Bemerkenswert ist die reichliche Schaumbildung, die der Keraminseife eigen ist, was einen enormen Vorteil für jede Seife darstellt; speziell aber für diejenigen, die zu dermatologischen Zwecken dienen sollen, ist dies von ganz außerordentlicher Wichtigkeit. 3. Eintrocknenlassen des aufgetragenen Schaumes. Dies hat dreimal täglich zu geschehen. Der Preis ist kein hoher, da die Seife kaum mehr kostet, als das von der Pharmacopoea oeconomica vorgeschriebene Unguentum Wilkinsonii.

— Zur **Behandlung der epidemischen Genickstarre** empfiehlt VOHRYZEK („Čas. lék. Česk.", 1905, Nr. 20) das Pilocarpinum hydrochloricum in Dosen zu 0·05 bis 0·07 für Erwachsene und 0·02 bis 0·04 für Kinder pro die. Er geht hierbei von der Erwägung aus,

daß das Pilokarpin eine künstliche Leukozytose hervorzurufen geeignet ist und daß die Meningitis cerebrospinalis eine vorzüglich mykotische Krankheit ist. In 12 Fällen von Meningitis ist es ihm gelungen, die Kranken mit der Darreichung von Pilokarpin zu retten, mit Ausnahme von zwei Fällen; der eine betraf eine 24jährige Frau, bei welcher am dritten Behandlungstage ein Partus eintrat, infolgedessen die Pilokarpindarreichung von der Hebamme durch zwei Tage sistiert wurde, worauf neuerlicher Fieberausbruch mit Hemiplegie sich einstellte und trotz neuerlicher Darreichung von Pilokarpin am vierten Tage nach der Geburt der Exitus eintrat. Der zweite letal endigende Fall betrifft einen 73jährigen Greis, bei welchem Pilokarpin die Krankheit nicht zu beeinflussen vermochte und Exitus am dritten Behandlungstage eintrat.

— Über das Fiebermittel **Maretin** berichtet HENRICK („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 3) folgendes: Bei mittleren Fiebertemperaturen der Phthisiker wurde die Temperatur durch Darreichung von Maretin meist prompt heruntergesetzt. Auf die Dauer blieb die Entfieberung nicht immer gleichmäßig. Gelegentliche Exazerbationen kamen vor; jedoch bewegte sich die Temperatur im allgemeinen in mäßigen Grenzen; insbesondere wurden die täglichen Temperaturschwankungen oft erheblich verringert. Auf die Pulskurve wirkten Dosen von 0·25 und 0·5 Maretin so gut wie gar nicht ein. Die einzigen, sicher beobachteten, unangenehmen Nebenwirkungen waren Schweißausbrüche. Bei Pneumonie, Erysipel und septischer Endokarditis blieb die Anwendung von Maretin resultatlos. Bei fortgesetztem regelmäßigen Gebrauch kann man erwarten, daß auch anfangs sehr lästige Schweißausbrüche wesentlich geringer werden, bzw. schließlich ganz wegbleiben.

— Über die **therapeutische Verwendung des Empyroforms** berichtet POLLITZER („Heilkunde", 1905, Nr. 4). Dasselbe, ein Teerderivat, ist ein gräulichrotes Pulver, das geruchlos, in Wasser unlöslich, gut löslich in Chloroform, Azeton und Tinctura benzoës ist und Salben sowie Pasten eine leicht gräuliche Farbe verleiht. Ähnlich wie der Teer wirkt es, wenn auch schwächer, reduzierend, wirkt wie dieser keratoplastisch und durch die Eigenschaften des Formaldehyds verstärkt auch austrocknend und auf die Papillargefäße adstringierend. Verf. ordiniert die Salbe 5—10°/₀ig, die Paste nach der Formel

Rp. Empyroform
Amyli . . . . aa. 10·0

Ungt. spl. 20·0 mit Modifikationen je nach der beabsichtigten Konsistenz, wobei immer die Pulverkonsistenz des Medikaments zu berücksichtigen ist, die Tinktur 5—10—20°/₀ mit Chloroform und Tinct. benzoës aa. Die Anwendungsweise und die Indikationen des Empyroforms sind durch seine Stellung als Ersatzmittel des Teers gegeben, der seine ausgedehnte Verwendung bei chronisch entzündlichen, pruriginösen und parasitären Prozessen findet.

— Das Citarin und seine Anwendung in der **Behandlung der Arthritis urica** bespricht BAAZ („Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung", 1905, Nr. 4). Citarin ist eine Formaldehydverbindung, welche im Organismus das Formaldehyd sehr leicht abgeben und die Lösung der Harnsäure befördern soll. Diese harnsäurelösende Wirkung soll noch durch die zweite Komponente im Citarin, das zitronensaure Natron, welches sich bei seiner Verbrennung im menschlichen Körper in kohlensaures Natron umwandelt, hierdurch die Alkaleszenz des Blutes und seine Fähigkeit, die Harnsäure aufzunehmen, vermehrt und deren Ausscheidung beschleunigt, bedeutend befördert werden. Seiner chemischen Zusammensetzung nach ist das Citarin das Natriumsalz der Anhydromethylenzitronensäure, es ist ein weißes, körniges Pulver, im Wasser leicht, dagegen in Alkohol und Äther nahezu unlöslich. Als die normale Einzeldosis werden 2 *g* angegeben, welche während der Dauer des Gichtanfalles 3—4mal im Tage genommen werden sollen. Der Beginn der Einnahme soll so früh als möglich, schon bei den ersten Anzeichen des drohenden Anfalles, welche sich durch dunklere Farbe und stärkere Sedimentierung des Harnes kundgeben, erfolgen.

— Über **renalpalpatorische Albuminurie** und ihre Bedeutung für die Diagnose von Dystopien sowie von Tumoren im Abdomen berichtet SCHREIBER („Zeitschr. f. klin. Med.", Bd. 55). Die an Nephroptosen verschiedenen Grades ausgeführten Untersuchungen ergaben in 39 von 42 Fällen Albuminurie nach der Nierenpalpation, bzw. nach Abklemmung, d. h. nach manueller Fixation der schon an sich gesenkten Nieren in noch tieferer Senkung; in einem Falle fehlte das Eiweiß völlig, bei zweien war der Befund schwankend. Die Menge des Eiweißes variierte von bloßen Trübungen bis zu 3 pro mille, ESBACH. Mikroskopisch fanden sich häufig vermehrte Epithelien der Harnwege, weiße und rote Blutkörperchen, nie Zylinder. Als Ursache der palpatorischen Albuminurie können die direkte Auspressung von Blutserum aus den Kapillargefäßen, sowie von Lymphe durch den Palpationsdruck, sowie die Kompression bzw. Zerrung der größeren Gefäße der Niere angesprochen werden. Zur Technik der Palpation ist zu bemerken, daß partielle Kontraktionen der Bauchmuskulatur nicht selten die Niere der Palpation entziehen und zu Täuschungen Veranlassung geben können. Andrerseits genügt schon die bimanuelle Kompression nur eines Teiles der Niere, des Nierenpols, um Albuminurie hervorzurufen. Die Dauer der Albuminurie schwankt von mehreren Minuten bis zu mehreren Stunden; wenn die Albuminurie den Untersuchungstag überdauert, liegt eine krankhafte Veränderung der Nieren vor. Die renalpalpatorische Albuminurie läßt sich, wie der Verf. an 7 Fällen nachweist, zur Entscheidung der Frage, ob eine Resistenz des Abdomens von einer Niere ausgeht oder nicht, verwerten und bildet daher eine wertvolle Bereicherung der Abdominaldiagnostik.

Literarische Anzeigen.

Atlas und Grundriß der Hautkrankheiten. Von Prof. Dr. F. Mraček. 2. Auflage. Lehmanns Verlag.

Fast alle medizinischen Bildwerke leiden darunter, daß nur eine kleine Anzahl der farbigen Abbildungen eine wirkliche klare Darstellung des Krankheitsbildes zu vermitteln imstande ist. Der Grund dafür liegt nicht nur im Reproduktionsverfahren selbst — dasselbe steht heutzutage auf einer Höhe, welche es als Fehlerquelle nahezu ausschalten läßt — sondern in dem Umstande, daß der Weg vom lebenden Bild bis zum reproduzierten ein weiter ist und durch mindestens drei Augenpaare geht, von denen das erste oft nur wissenschaftlich, vielleicht das zweite (im besten Fall) künstlerisch, das dritte bloß speziell technisch zu sehen gewohnt ist. Um so erfreulicher, wenn dieser Dreiklang fast immer rein ist. Und das zeigte sich schon in der ersten Auflage des Werkes. Fast jede Tafel war klar und einleuchtend, daher belehrend. Nun ist die Zahl der farbigen Abbildungen von 63 auf 77 gestiegen, die der schwarzen Tafeln von 39 auf 50. Es wäre müßig, zu versichern, daß hier das „Mehr" kein „Schlechter" bedeutet. Die neuen Bilder reihen sich den alten an Schönheit ebenmäßig an. Zum Beweis sei auf die Abbildungen von Purpura papulosa et bullosa, Exanthema bullosum neuropathicum, Tuberculosis verrucosa cutis usw. verwiesen. Die den Tafeln beigegebenen Krankengeschichten erhöhen das subjektive Interesse des Falles und heben gleichzeitig das objektiv Typische des Krankheitsbildes glücklich hervor, ein Vorzug, der nur durch die sorgfältigste Auswahl des verwendeten Materiales zu erreichen war. Der dem Atlas beigefügte „Grundriß der Hautkrankheiten" ist viel mehr als der Titel besagt. Wir haben eigentlich ein kurz und klar gefaßtes Lehrbuch vor uns. Das beweisen nicht nur die pathologisch-anatomischen und ätiologischen Hinweise, sondern auch die Sorgfalt, mit der die wichtigste Literatur und Therapie verarbeitet erscheint. Als Beispiel sei das kurze Kapitel über die Tuberkulide herangezogen — ein Gebiet, das in den meisten dermatologischen Lehrbüchern bisher nur ängstlich gestreift wurde. Alles in allem haben wir es hier mit einem Werk zu tun, das dem Studierenden und praktischen Arzt ein wertvoller Behelf, dem Fachmann eine Freude und Augenweide ist.

D.

Die physikalischen Heilmethoden in Einzeldarstellungen für praktische Ärzte und Studierende. In Verbindung mit Fachgenossen herausgegeben von Dr. Otto Marburg in Wien. Mit 75 Abb. im Text und 1 Tafel. Leipzig und Wien 1905, Franz Deuticke.

Das Bestreben, die Physeotherapie dem Interesse und Verständnisse der Praktiker näher zu bringen, muß stets dankbar anerkannt und jeder ernste Versuch, diesen Zweck zu fördern, gut-

geheißen werden. In dem vorliegenden Sammelwerke finden sich — zumeist in gedrängter Kürze — Darstellungen des gegenwärtigen wissenschaftlichen Standpunktes der Balneotherapie (von weil. Professor CLAR und Dr. E. EPSTEIN-Wien), der Hydrotherapie (Sanitätsrat HATSCHEK-Gräfenberg), der Röntgentherapie (Doz. HOLZKNECHT-Wien), Finsentherapie (Dr. H. E. SCHMIDT-Berlin), Thermotherapie (Doz. K. ULLMANN-Wien), Elektrotherapie (Dr. O. MARBURG-Wien), Mechanotherapie (Dr. L. EWER-Berlin), Übungsbehandlung (Doktor A. FÖRSTER-Breslau) und Krankenpflege (Dr. M. KNOEDL-Wien). Die einzelnen Kapitel sind mit wenigen Ausnahmen recht gleichmäßig und präzise abgefaßt und dürften dem angedeuteten Zwecke entsprechen sowie den Leser zur selbständigen Betätigung auf den ihm zugänglichen Gebieten physikalischer Therapie anregen. Ganz besonders gelungen erscheint uns die Darstellung der Hydrotherapie, der Elektrotherapie und der kompensatorischen Übungsbehandlung bei der Tabes, welch letztere Arbeit den ausgezeichneten Schüler des Begründers dieser Therapie in jeder Zeile erkennen läßt. Geringere Befriedigung gewährte uns die Lektüre jenes Abschnittes, welchen sein Autor unverständlicherweise in die Kapitel „Massage", „Heilgymnastik" und — „Mechanotherapie" zerlegt, der Tatsache uneingedenk, daß nach einem Vorschlage BILLROTHS Massage und Gymnastik vereint eben die „Mechanotherapie" darstellen, dieser Ausdruck daher ganz unbezeichnend für die maschinelle Gymnastik angewendet wird. Man sollte und könnte es wohl vermeiden, dort Verwirrung zu erzeugen, wo man zu orientieren die Absicht hat. Ob diese Absicht durch die vom Autor gewählte Form der Darstellung der allgemeinen Technik und der Physiologie der Massage erreicht wird, wollen wir nicht entscheiden. Hier hat die offenbar vom Herausgeber empfohlene Kürze nicht eben günstig gewirkt. Im speziellen Teile des Kapitels „Massage" stoßen wir auf Sätze, die der glättenden Feile bedurft hätten, so pag. 254: „Die rheumatische Erkrankung der Sehnen findet sich meist dort, wo sie sich an den Knochen ansetzen, und greifen auf das Periost über, hauptsächlich am Fuß und hier wieder an der Achillessehne und am Hinterkopf." Sachlich zu bekämpfen ist des Autors Anschauung bezüglich der mechanischen Behandlung der Ankylosen, bei deren Besprechung (pag. 263) der Satz auffällt: „Ist der behandelnde Arzt zugleich Chirurg, so wird er ein brisement forcé der Massage vorangehen lassen und mit letzterer erst beginnen, wenn die infolge dieses gewaltsamen Eingriffes aufgetretenen, fieberhaften Erscheinungen verschwunden sind." Von diesen Unklarheiten abgesehen, leistet das Buch, was man billigerweise von einer so knappen Darstellung der physikalischen Heilmethoden verlangen kann. BUM.

Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis. Von **Dr. B. Salge**, Assistent an der königl. Universitäts-Kinderklinik zu Berlin. Berlin 1905, Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld).

Die kritische Auswahl der bewährten Medikationen, die Betonung der Wichtigkeit hygienischer und diätetischer Maßnahmen, das Vermeiden unnützer Polypragmasie sind der Grundton des vorzüglichen Taschenbuches, das hier vorliegt. In einem kurzen einleitenden Kapitel wird zunächst die Ernährung des gesunden Säuglings besprochen und der natürlichen Ernährung das Wort geredet. Die Krankheiten der Neugebornen, die Behandlung der Frühgeburten, die Krankheiten der ersten Lebenstage, die Nabelerkrankungen füllen einige Seiten. Eingehend und nach der Einteilung der Berliner Schule werden die Magendarmkrankheiten besprochen. In der langen Reihe der Kinderkrankheiten, deren Behandlung in dem Buche ihre Besprechung findet, hat Referent die verschiedenen Formen der Angina vermißt, ein Vergessen, daß in einer zweiten Auflage zu korrigieren wäre. An die Besprechung der Therapie der einzelnen Krankheiten schließen sich einige kurze Abschnitte, die als recht wertvoll zu bezeichnen sind, zunächst Tabellen über Längenwachstum, Schädel- und Brustumfang, Gewichtszahlen, Kalorienwerte der wichtigsten Säuglingsnahrungen, das Verzeichnis einiger Anstalten zur Unterbringung körperlich schwacher Kinder, endlich einige wichtige Kochrezepte. Ganz praktisch ist die Einschaltung freier Blätter zwischen die bedruckten, um ergänzenden Notizen des Lesers Raum zu geben. Das Taschenbuch ist im großen und ganzen warm zu empfehlen.

NEURATH.

Feuilleton.

Pariser Briefe.

(Orig.-Korr. der „Wiener Med. Presse".)

III.

(Ein Spital für Tuberkulöse. — Ein 100. Geburtstag. — Wäschereien. — Straßenpflege. — DOYENS Vortrag. — Sperrung der medizinischen Fakultät. — Die Militärpflicht der Mediziner. — Die Verantwortung des Arztes. — Kurpfuscherei. — Polydaktylie und Paternität.)

— Juni 1905.

Einen wichtigen Schritt in der Frage der Versorgung tuberkulöser Kranker bildet folgender, von der Kommission der Spitalsärzte gefaßte Beschluß: Die Behörden sind aufzufordern, das Spital für unheilbare Tuberkulöse so rasch als möglich mit Vermeidung allzuhoher Kosten zu errichten. Es soll sich um kein Sanatorium handeln, sondern um ein Spital für jene Unheilbaren, die die Pariser Krankenanstalten überfüllen. Deshalb erscheint jeder Luxus, jede übermäßige Ausgabe für Liegehallen etc. unangebracht. Einfache hygienische Einrichtungen sind genügend. Die durch einfache Bauführung ersparten Beträge könnten zweckmäßig zur Vergrößerung des Belegraumes verwendet werden. Am geeignetsten dürfte ein im Pavillonsystem erbautes Krankenhaus seine Zwecke erfüllen. — Dieser vom BARTH dem Berichterstatter der Kommission vorgelegte Beschlußantrag kann wohl vollinhaltlich auf Wiener Verhältnisse angewendet werden, da, wie Ihr Korrespondent weiß, dort wie in Paris die Krankenhäuser unter der Unzahl unheilbarer Tuberkulösen, die die Krankenzimmer überfüllen und infizieren, schwer leiden. — Daß aber Tuberkulöse auch unter einfachen Verhältnissen mitunter sich sehr wohl befinden können, beweist die Geschichte des „Vater Sardou", der jüngst unter manchen Festivitäten seinen 100. Geburtstag im Pariser Siechenhaus feierte. Er war in dieses wegen Tuberkulose — angeblich gaben ihm die Ärzte bei der Aufnahme nur eine Lebensfrist von wenigen Monaten — im Alter von 57 Jahren aufgenommen worden. Gegenwärtig erfreut er sich einer exzellenten Gesundheit und ist wohl der Beweis dafür, daß bei alten Leuten selbst vorgeschrittene tuberkulöse Destruktionen oft stationär bleiben.

Die Wahrnehmung, daß unter den Wäscherinnen zahlreiche Erkrankungen an Tuberkulose vorkommen, hat die Gewerbe-Inspektion veranlaßt, spezielle Schutzmaßregeln für Wäschereien anzuordnen. Von diesen sei vor allem das Verbot, daß in den Räumen, in welchen mit der Schmutzwäsche manipuliert wird, von den Arbeiterinnen Nahrung eingenommen werde, hervorgehoben. Merkwürdig ist, daß eine vor kurzem erschienene statistische Zusammenstellung über Erkrankungen der Wäscherinnen in New-York zu dem Resultate kommt, daß trotz mangelnder Kautelen besonderer Art die Anzahl der Erkrankungen nicht größer sei als bei Arbeiterinnen anderer Kategorie. Freilich erklärt sich dieser Widerspruch vielleicht aus der Art, wie Dr. WILE sein Material zusammentrug. Er sandte Fragebogen an die großen Wäschereien und verwertete die eingelangten Antworten. Diese mögen nun vielfach schönfärberisch zugerichtet sein, um die Einführung von kostspieligen Schutzvorrichtungen in den Betrieben hintanzuhalten. Deshalb ist seine Statistik wohl nicht recht verwertbar.

Eine ungleich wichtigere, weil allgemeinere Infektionsquelle, bildet der Straßenstaub. Schon seit langem wird das jetzige Säuberungssystem als veraltet und unhygienisch verurteilt. Sowohl die Bespritzung als das Kehren der Straßen ist ungenügend. Die einzig richtige Methode ist die Waschung der Straßen mittelst großer Wassermengen, bis aller Staub entfernt ist. Freilich können diese Prozeduren nur zur Nachtzeit vorgenommen werden. Aber ist nicht jede Straßenreinigung während des regen Tagesverkehr ein Attentat gegen Vernunft und Gesundheit? Während diese Fragen bei uns erst theoretisch erörtert werden, hat der Direktor der Straßenkommission in New-York schon eine Maschine erfunden, die es ermöglicht, Straßenwaschungen rasch und gründlich durchzuführen, und dieselbe praktisch erprobt. Man

konnte nachweisen, daß in Agarplatten, die in gewaschenen Straßen der Luft ausgesetzt wurden, ungleich weniger Keimkolonien sich entwickelten als in den Kontrollplatten, welche in altmodisch gesäuberten Straßen exponiert worden waren. Angeblich soll sogar in ersteren Straßenzügen — nach einem Berichte von Dr. WOODBURY — die Mortalität geringer sein als in letzteren, was als triftiger Beweis der hygienischen Superiorität der Straßenwaschung angeführt wird. —

DOYEN hielt jüngst abermals einen Vortrag über seine bisherigen Erfahrungen, die er über die Eigenschaften des Micrococcus neoformans gemacht hat. Ausgehend von der nicht selten beobachteten Transformation benigner Tumoren in maligne, wobei DOYEN auf die Tatsache, daß bei manchen Geschwülsten wie beim Chondrom und Myom nur der klinische Verlauf den benignen oder malignen Charakter des Neoplasma klarlegt, mit Nachdruck hinweist, suchte der Vortragende zunächst die Ursache dieser Umwandlung ausfindig zu machen. In dem Micrococcus neoformans glaubt er ein mikrobisches Agens gefunden zu haben, welches durch Hervorrufung eines Reizzustandes diese Evolution bewirkt. Es gelang ihm, den Micrococcus neoformans zu isolieren und Reinkulturen desselben zu erhalten. Das Blutserum eines an einem ausgesprochenen Karzinom leidenden Kranken agglutiniert die mikrobischen Elemente einer frischen Kultur des Micrococcus neoformans. Dieser Effekt bleibt aus, wenn es sich nicht um das Blut eines Krebskranken handelt. Der Vortragende demonstrierte eine Reihe ausgezeichneter mikroskopischer Photographien, die sich auf alle Details der Ätiologie der Neoplasmata und auf Tierversuche mit dem Micrococcus neoformans beziehen. Ohne auf Details der Therapie einzugehen, verwahrt er sich schließlich gegen die Zumutung, die absolute Heilbarkeit des Krebses durch seine Methode behauptet zu haben. Wohl aber sei er imstande, bei einer gewissen Zahl von inoperablen Fällen wesentliche Besserungen zu erzielen und auch post operationem Rezidive zu verhüten.

An der Pariser medizinischen Fakultät gab es in diesem Jahre schon wiederholt große Aufregungen und stürmische Szenen. Infolge der Neueinführung eines Examens aus der Physik nahm die Unruhe in der Studentenschaft so überhand, daß das Ministerium sogar die Schließung der Fakultät anordnete. Freilich wurde diese strenge Maßregel bald wieder aufgehoben. Aber nunmehr obliegt dem Vollzugsausschuß der medizinischen Studentenschaft die Sorge, eine Modifikation der neuen Militärgesetze, die für den Mediziner sehr drückend sind, durchzusetzen. Bekanntlich kennt man in Frankreich keine Einjährig-Freiwilligen wie etwa in Österreich. Auch der akademische Bürger mußte nominell drei Jahre dem Vaterland als Krieger dienen. De facto aber wurde er nach einjähriger Dienstzeit beurlaubt. Jetzt aber, da die zweijährige Dienstzeit durchwegs eingeführt wurde, verlieren die Akademiker jegliches militärisches Privileg. Die akademische Jugend der Republik klagt nun keineswegs über die zweijährige Dienstzeit als solche. Sie fordert nur eine Einberufung erst nach dem Novemberprüfungstermin, da insbesondere der Mediziner, der im Sommerprüfungstermin durchfällt oder überhaupt nicht zum grünen Prüfungstisch geht, beim Einrücken am vorgeschriebenen Oktobertermin wenig Chancen hat, im November bei der Prüfung — zu der er allenfalls Urlaub bekäme — zu reussieren. Hoffen wir, daß die Eingabe, die die Studentenschaft an den Unterrichtsminister richtete, erfolgreich ist.

Zwei in der letzten Zeit besonders häufig auftretende, ebenso charakteristische als betrübende Erscheinungen mögen nun Erwähnung finden. Zunächst die Häufung von Klagen gegen Chirurgen wegen angeblicher Fahrlässigkeit bei Operationen. So wurden gegen Dr. FORT zwei Klagen von den Anverwandten verstorbener Patienten angestrengt. In beiden Fällen ergab die Autopsie die völlige Schuldlosigkeit des Kollegen. Der eine Patient war einer Pleuropneumonie, der andere einer aufsteigenden Zystitis — beide Krankheiten waren von dem Eingriff unabhängig — erlegen. Daß derartige, von der Tagespresse stets möglichst breitgetretene Affären dem betreffenden Arzte ungeheuer schaden, bedarf wohl keiner besonderen Hervorhebung.

Andrerseits nimmt die illegale Ausübung der Medizin immer mehr überhand. Zahntechniker, Hebammen und Magnetiseure treiben immer unverschämter ihr Unwesen, ohne daß ihnen ernstliche Hindernisse in den Weg gelegt werden.

Zum Schluß eine kleine Paternitätsgeschichte. Ein angesehener Mann war behufs Anerkennung einer illegitimen Vaterschaft vor Gericht zitiert worden. Er leugnete, aber der Richter verurteilte ihn dennoch zur Zahlung der Alimente. Da ihm nämlich bekannt war, daß der in Frage stehende Sprößling an beiden Füßen sechs Zehen habe, fragte er den Geklagten, wie viel Zehen er an den Füßen habe. „Fünf," war die Antwort, „eine sechste ist mir aber beiderseits operativ entfernt worden." „Dann sind Sie der Vater dieses Kindes," erklärte der Richter.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XIV. Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft.

Homburg v. d. H., 9. und 10. Juni 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

I.

Die Schwerhörigkeit in der Schule.

ARTUR HARTMANN (Berlin), Referent: Durch die bessere Fürsorge für die Taubstummen in Deutschland, durch Erteilung des speziellen Taubstummenunterrichtes wurde es herbeigeführt, daß die Zahl der im Beruf tätigen erwachsenen Taubstummen z. B. in Preußen von 43·6% im Jahre 1880 auf 70·2% im Jahre 1900 gestiegen ist. In ähnlicher Lage wie die Taubstummen befinden sich die hochgradig Schwerhörigen. Je mehr das Sprachverständnis gemindert ist, um so mehr wird die geistige Entwicklung beeinträchtigt. Die hochgradig schwerhörigen Schulkinder blieben meist viele Jahre lang in den untersten Klassen sitzen oder sie wurden in den Hilfs- oder Nebenklassen mit den Schwachsinnigen zusammen unterrichtet und in denselben auch als schwachsinnig betrachtet. In Berlin waren einer Klasse für Schwerhörige von 12 schwerhörigen Kindern 4 als schwach befähigt übergeben worden. Nachdem sie als Schwerhörige unterrichtet waren, erwiesen sie sich als geistig ganz normal. Nach den zahlreichen statistischen Erhebungen ist etwa der 4. Teil der Schulkinder in schwächerem oder stärkerem Grade schwerhörig; bei 4—5% der Kinder ist das Hörvermögen so geschwächt (Hörweite für Flüstersprache 2 *m* und weniger), daß ihr Fortkommen in der Schule erschwert ist, so daß sie besondere Berücksichtigung erfordern. Die Krankheitsprozesse, welche der Schwerhörigkeit zugrunde liegen, sind hauptsächlich (etwa 50%) die auf Nasen- und Rachenkrankheiten beruhenden Affektionen der Eustachischen Röhre, sodann die Eiterungsprozesse und ihre Überbleibsel. Etwa 1% der Kinder hat eiternde Ohren und ebensoviele Durchlöcherung des Trommelfelles nach abgelaufener Eiterung. Bei der Aushebung zum Militärdienst betrug in Preußen die Zahl der wegen Ohrenleiden nur zum Landsturm Tauglichen oder dauernd zum Militärdienst Untauglichen im Jahr 1903 4057 = 1·07% der Militärpflichtigen. Die Hörprüfung wird nach dem Vorgange von BEZOLD mit Flüstersprache vorgenommen, und zwar nach der Ausatmung. Es werden die Zahlen 1—99 benutzt; das dem Untersuchenden abgewendete Ohr wird mit dem Zeigefinger verschlossen. Nach der übereinstimmenden Erfahrung der Untersucher ist etwa die Hälfte der Ohrenleiden heilbar resp. besserungsfähig. Die Maßregeln, die bezüglich der Schwerhörigen in der Schule zu treffen, sind folgende:

1. Die mit Schwerhörigkeit behafteten Kinder sind durch die Hörprüfung sämtlicher Kinder festzustellen.
2. Es ist darauf hinzuwirken, daß die Schwerhörigen von einem sachverständigen Arzte untersucht werden und daß, wenn dies erforderlich, eine Behandlung des der Schwerhörigkeit zugrundeliegenden Ohrenleidens stattfindet.
3. Anweisung des Sitzplatzes in der Nähe der Stelle, von der aus der Lehrer zu unterrichten pflegt.
4. Das besser hörende Ohr soll dem Lehrer zugewendet sein.
5. Das schwerhörige Kind muß in verstärktem Maße kontrolliert werden, ob es das Vorgetragene verstanden hat.
6. Fehler, welche auf das Nichthören zurückzuführen sind, beim Diktat oder beim mündlichen Rechnen, dürfen dem Schwerhörigen nicht angerechnet werden.
7. Es soll dem Schwerhörigen ein geweckter, intelligenter Mitschüler beigegeben werden, der ihm Nichtverstandenes erklärt.
8. Die Mitschüler und die Eltern müssen darauf hingewiesen werden, mit dem Schwerhörigen möglichst viel sprachlich zu verkehren und denselben veranlassen, sich möglichst viel an der Unterhaltung zu beteiligen.

9. Ist das Mitkommen in der Schule erschwert, so müssen Nachhilfestunden gegeben werden.

10. Bei höheren Graden von Schwerhörigkeit, wenn Flüstersprache nur auf eine Entfernung von $^1/_2 m$ und weniger vernommen wird, muß Einzelunterricht gegeben werden, oder es müssen besondere Klassen für Schwerhörige gebildet werden, in welchen 10 bis höchstens 15 Kinder zusammen unterrichtet werden. (In Berlin bestehen gegenwärtig 6 Klassen für Schwerhörige. In einem Schulkreise mit 23.000 Kindern wurden 3 Klassen mit 30 Kindern gebildet.) Jede Klasse ist in zwei Abteilungen geteilt.

11. Kann den hochgradig schwerhörigen Kindern kein Einzelunterricht oder kein Unterricht in Klassen für Schwerhörige erteilt werden, so müssen sie in die Taubstummenschule gebracht werden. Am besten eignen sich hierzu solche Anstalten, an welchen nach dem Vorgange von München den Hörresten beim Unterricht besondere Beachtung geschenkt wird.

Passow (Berlin), Korreferent, der von der preußischen Regierung aufgefordert worden ist, über die Resultate des Unterrichtes der Taubstummen zu berichten, äußert sich dahin, daß der Hörunterricht sich infolge der günstigen Erfolge immer mehr Anhänger erwirbt. Freilich haben aber die bisherigen Erfahrungen ergeben, daß der Taubstummenunterricht überhaupt einer gründlichen Revision bedarf. Die Totaltauben müssen unbedingt von denen getrennt werden, die noch Hörreste besitzen. Letztere müssen in getrennten Anstalten unterrichtet werden; die Einrichtung dieser Anstalten läßt sich leicht dadurch ermöglichen, daß sie statt neuer Taubstummenanstalten, die sowieso gebraucht werden, eingerichtet werden.

Die Hauptschwierigkeit wird vielmehr die Auswahl der geeigneten Schüler sein; um darüber bestimmte Vorschläge zu machen, müssen erst Erfahrungen gesammelt werden.

Durch die Abtrennung der Totaltauben wird sich auch die Gebärdensprache der Taubstummen kontrollieren lassen, eventuell eine Einheitsgebärdensprache geschaffen werden können; denn die Taubstummen greifen zu gern zur Gebärdensprache zurück, und für viele Totaltaube erscheint sie vielleicht auch das einzig Richtige.

Im Schlußwort der Diskussion weist Passow nochmals darauf hin, daß er nicht, wie einige der Redner verstanden zu haben schienen, die Gebärdensprache überhaupt an Stelle des Lautierunterrichts setzen wolle; die Gebärdensprache soll nur, da sie sich nicht unterdrücken lasse, gewissermaßen offiziell anerkannt werden.

A. Denker (Erlangen): **Welche Elemente des Gehörorgans können wir bei der Erlernung der menschlichen Sprache entbehren?** (Mit Demonstrationen am Projektionsapparat.)

Denker hat das Gehörorgan desjenigen Tieres, von dem wir mit Bestimmtheit wissen, daß es die menschliche Sprache hört, weil es dieselbe reproduziert, nämlich des Papageis, an Ausgüssen, Serienschnitten und an einem Rekonstruktionsmodell einer genaueren Untersuchung unterzogen. Die Untersuchungsresultate, die als vorläufige Mitteilung aufzufassen sind, wurden mit den Befunden am menschlichen Gehörorgan verglichen. Die auf die obige Frage bezüglichen Ergebnisse waren folgende:

1. An Stelle der Gehörknöchelchenkette der Menschen findet sich nur ein knöchernes Säulchen, die Columella, welche das Trommelfell nach außen vorstülpt und mit einer Fußplatte bindegewebig im Vorhofsfenster befestigt ist.

2. An die Columella herantretende, in der Paukenhöhle gelegene, also eigentliche intratympanale Muskeln, sind nicht vorhanden.

3. Die Länge der Papilla basilaris beträgt beim Menschen nach Retzius 33·5 *mm*, beim Papagei zirka 2·2 *mm*.

4. Der ganze komplizierte Stützapparat, das Corti'sche Organ des Menschen, fehlt den Papageien gänzlich, es existieren nur, wie auch bei anderen Vögeln, die dicht an der Membrana basilaris gelegenen Kornzellen und die dicht unter der Membrana tectoria liegenden Hörzellen, die mit in die letztere hineinragenden Hörhaaren versehen sind.

N. Dennert (Berlin): **Akustisch-physiologische Untersuchungen, das Gehörorgan betreffend.**

Auf Grund früherer und neuerer experimenteller Untersuchungen hält Dennert von den zurzeit in Frage stehenden Wegen für die Schallübertragung auf das Labyrinth, dem Paukenhöhlenmechanismus, dem Promontorium und dem runden Fenster, den Paukenhöhlenmechanismus am zweckmäßigsten von der Natur für diese Aufgabe entwickelt.

Nachdem der Schall in die Labyrinthflüssigkeit gelangt ist, handelt es sich um seine Analyse, und da lasse sich mit Hilfe zum Zweck der Analyse des Schalls hergestellter akustischer Versuchsanordnungen, der Verbindung von Membranen mit Resonatoren zu einem materiellen System, zeigen, daß die Membrana basilaris mit ihren Adnexen nach ihrer anatomischen Konfiguration der Voraussetzung entspricht, in derselben das Organ der Analyse des Schalls im Gehörorgan zu sehen.

Kretschmann (Magdeburg) führt eine Reihe von Stimmgabelexperimenten über das Mittönen fester und flüssiger Körper vor; er gelangt auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse zu der Überzeugung, daß die Flüssigkeitssäule des Labyrinths zum Mittönen gebracht wird, sowohl durch die Stapesplatte, die ihre Impulse von der Gehörknöchelchenkette, also durch feste Körper, empfängt, als auch durch die Membran des Schneckenfensters, welche durch die Luftsäule des Mittelohrs erregt wird, drittens durch die Labyrinthwand, die als fester Körper auch auf Erregung durch Luftwellen reagieren muß.

Aus den Abteilungen der 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Breslau, 18.—24. September 1904.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

XXV.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Frank: Über extraperitoneale Uterusexstirpation.

Frank führt aus, daß extraperitoneale Uterusexstirpation, Obliteratio uteri totalis vaginalis und die Excisio vaginalis mucosa uteri nach Dührssen eine und dieselbe Operation sind. Die Indikationen sind: Unstillbare klimakterische Blutungen bei Brüchigkeit der Gefäße aus kleinen submukösen Myömchen. Schwere Neurosen, welche im Endometrium ihren Sitz haben. Chronische Endometritiden, dann als Hilfsoperation bei der Radikalheilung größere Prolapse. Vortr. demonstriert die Ausführung der Operation. In seinem letzten Falle hat er den restierenden Uterus wieder mit Schleimhaut ausgekleidet, die er aus der Vagina genommen und er demonstriert, wie der Scheidenlappen angelegt werden muß, wenn er im Uterus anheilen soll.

O. Schaeffer (Heidelberg): **Über die Lokalisation der von den einzelnen Genitalabschnitten erregbaren Schmerz- und Druckempfindungen.**

Die exakten, d. h. unter Ausschluß von hysterischen und subjektiven Angaben und von suggestiven Beeinflussungen angeführten Beobachtungen (über 3000 Fälle) bilden eine kritische Begrenzung der alten Symptomatologie. Vortr. kommt zu dem diagnostisch verwertbaren Resultate, daß es für die einzelnen Genitalabschnitte in der Tat typische Sensibilitäts-Erregungsregionen (nicht Zonen) gibt, die sich nicht deutlich an die sehr komplizierten Nervenbahnen, wohl aber gut begrenzt an die Gefäßbahnen und deren Nervengeflechte anschließen, also an die Spermatikalgefäße zu den Regiones suprailiacae bis zur Nierengegend, an die Hauptästeverzweigung der A. uterina am Corpus uteri zu den Regiones infraumbilicales-iliacae, an die A. cervico-vaginalis zu den Regiones hypogastricae bis zur Linea alba und abwärts zum Mons veneris und der Leistengegend, an die nervösen Plexus uterovaginales zu den Regiones sacro-coccygeo-anales, an die vesikalen und hämorrhoidalen Gefäße zu der Regio mont. veneris et inguinal. med. Die Resultate sind auch pathologisch-differentialdiagnostisch verwertbar.

Kumpf (Karlsbad-Meran): **Über die Thure-Brandt'sche Methode.**

Kumpf bestreitet, daß die Thure-Brandt'sche Methode größere Gefahren hat, als die anderen Behandlungsweisen; bösartige Erkrankungen und frische Entzündungen bilden eine Kontraindikation der Behandlung.

Bei Prolaps wird von vielen Autoren eine Heilungsmöglichkeit geleugnet, Kumpf gibt jedoch an, daß er über mehrere Fälle berichten kann, in denen eine Dauerheilung erzielt wurde, in einem Falle nach einer Sitzung. Aber die Resultate der operativen Behandlung sind so günstig, daß kaum eine andere Behandlung in Betracht kommt. Bei Subinvolutio uteri ergab die Massage gute Resultate, desgleichen bei unkomplizierter Amenorrhöe und Dysmenorrhöe.

Opitz (Marburg): **Schwangerschaft und Pyelitis.**

Opitz bespricht die Pyelitis in der Schwangerschaft, über welche die deutsche Literatur fast vollständig mit Stillschweigen hinweg gegangen ist. Opitz selbst ist erst durch einige Fälle seiner Privatpraxis auf diese Erkrankung aufmerksam geworden und hat in dem Material der Marburger Frauenklinik weitere 7 Fälle finden können. Mit diesen zusammen hat Opitz 64 Fälle gesammelt. Es handelt sich danach

um eine meist ziemlich plötzlich einsetzende Erkrankung, die klinisch recht schwere Symptome macht, trotzdem aber fast stets günstig ausgeht, wenn auch oft erst nach sehr langer Krankheitsdauer. Die wichtigsten Symptome sind Schmerzen im Leibe, die sich gewöhnlich bald an der Stelle einer Niere lokalisieren und entlang dem Ureter in die Blase und das entsprechende Bein ausstrahlen, Schüttelfröste, Fieber oft über 40°, das mit Re- oder Intermissionen längere oder kürzere Zeit anhält, und mehr weniger schwere Allgemeinsymptome. Dazu kommt Pyurie, häufig verbunden mit sehr reichlicher Urinausscheidung bei saurer Reaktion des Urins. Nierenbeckenepithelien und Zylinder fehlen zuweilen, der Eiweißgehalt des Urins ist wechselnd, meist nicht sehr groß, aber stets vorhanden. Am häufigsten bricht die Erkrankung im 5.—7. Monat der Schwangerschaft aus, seltener später, ganz selten in den ersten 3 Monaten. In etwa 4/5 der Fälle ist die rechte Seite befallen, ganz selten beide Seiten. Meist führt die Entbindung zur Heilung, zuweilen nach fieberhaftem Wochenbette, häufig erlischt jedoch auch die Erkrankung schon während der Schwangerschaft.

Das mütterliche Leben ist nur ganz ausnahmsweise bedroht, dagegen ist ein ungünstiger Einfluß auf die Schwangerschaft nicht zu verkennen, da häufig vorzeitige Unterbrechung während oder nach einem Fieberanfalle eintritt. Für die Ätiologie ist in erster Linie die Kompression eines oder beider Ureteren durch den schwangeren Uterus verantwortlich zu machen.

Die Therapie kann sehr viel leisten. Meist genügt selbst in schweren Fällen Bettruhe, Milchdiät, Urotropin etc.; hat man damit keinen Erfolg, so kann bei bedrohlichen Zuständen die Geburt früh — eventuell sogar vorzeitig eingeleitet werden. Bei unreifem Kinde, sicher einseitiger Erkrankung kann statt des künstlichen Aborts zur Erhaltung des kindlichen Lebens die Nephrotomie gemacht werden, der nur ausnahmsweise nach Beendigung der Schwangerschaft die Nephrektomie zu folgen hat.

Döderlein glaubt, daß die ungenügende Entleerung der Blase während der Schwangerschaft eine Hauptursache für eine aszendierende Pyelitis ist. Die Kranke entleert ihre Blase nur unvollständig, so daß dauernd ein Rest von sich leicht zersetzendem Urin in der Blase ist.

Schaeffer (Heidelberg) behandelte 3 Fälle, von denen zwei bei schwerer Influenza entstanden; es traten Wehen auf, die bei Bettruhe usw. wieder sistierten. Die eine Pat. behielt eine noch jahrelang bestehende Hydronephrose. Der dritte Fall entstand bei einer bestehenden Zystokele einer Multipara.

Foten: Auf das Verhalten der Ureteren sollte man ganz besonders bei Pyelitis achten. Solche Dilatation wie bei Eklampsie wird bei Pyelitis nicht beobachtet.

Rosinsky: Man soll mit der Einleitung des künstlichen Abortes nicht zu lange warten. Nach der Unterbrechung der Schwangerschaft hören sofort die bedrohlichen Symptome auf. Selbstverständlich müsse zunächst eine konservative Behandlung versucht werden.

Peter Müller betont, daß ein Druck auf die Ureteren nicht die Ursache für die Entstehung der Pyelitis sein könne.

v. Wild spricht sich ebenfalls für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei schweren Fällen von Pyelitis aus.

Opitz: Fast regelmäßig fanden sich bei Sektionen Dilatationen des Ureters, besonders des rechten. Die Erkrankungen an Pyelitis, die in den ersten Monaten der Schwangerschaft auftreten, hält er für Rezidive einer früheren Erkrankung. Daß die Nephrotomie bisweilen eher in Frage kommt, als der künstliche Abort, hält Opitz aufrecht.

Sellheim (Freiburg i. Br.): **Über Urethrosphinkteroplastik.**

Bei einer Frau mit Blasenscheidenfistel nach Zangengeburt waren 14 Operationen von verschiedenen Operateuren vergeblich ausgeführt worden. Auch Loslösung von den Schambeinen und Lappenbildung hatten bei den früheren Operationen nicht zum Ziele geführt. Als Sellheim die Frau in Behandlung bekam, war die ganze Blasenscheidenwand nebst Harnröhre verloren gegangen. Die Ränder des Defektes waren vollständig vernarbt und vielfach zerschnitten. Durch zwei große gestielte Lappen, welche die Muskulatur des Beckenboden mitnahmen, wurde der Defekt in besonderer Weise geschlossen. Aus dem vorderen Hautmuskellappen nebst den anschließenden Weichteilen der Diaphragma urogenitale bildete Sellheim eine Harnröhre mit einem gut funktionierenden Schließmuskel. Die Patientin kann jetzt selbst bei schwerer Arbeit den Urin stundenlang zurückhalten. Eine Besichtigung der Harnröhrengegend zeigt, daß die Frau den um den Anfangsteil der neuen Urethra aus der Beckenbodenmuskulatur gebildeten Sphinkter willkürlich zusammenziehen und entspannen kann. Die einzelnen Phasen der Operation werden an Ledermodellen anschaulich gemacht.

Ziegenspeck (München): **Das Peritoneum der Excavatio vesicouterina.**

Ziegenspeck bestreitet, daß das Herabreichen der Plica vesicouterina bis 3 *cm* weit und darüber auf das Scheidengewölbe herab ein Stigma des Infantilismus sei und zu Prolaps prädisponiere, weil es sich bei Kindern nicht häufiger findet als bei Erwachsenen und auch wie dort durch Aufblähen der Blase mit Luft zum Verschwinden gebracht werden kann. Vielmehr hält er es gerade bei nicht pathologisch veränderten Fällen für eine physiologische Erscheinung. In pathologischen Fällen, wo das Peritoneum entweder durch akute Endometritis an der Zervix oder durch Zystitis oder Peritonitis auf dem Scheitel der Blase adhärent geworden ist, kann Retroflexion oder Prolaps entstehen.

Ziegenspeck schließt mit dem Rate für Anatomen oder anatomisch forschende Kollegen, nicht ausschließlich Schnittserien am gehärteten Präparate anzulegen, sondern auch den von ihm betretenen Weg des Experiments an der Leiche, welcher viel leichter und öfter gangbar ist, nicht zu vernachlässigen.

Ziegenspeck (München): **Die Naht bei Scheiden- und Dammwunden.**

Ziegenspeck hält es für ein gutes Heilresultat für das wesentlichste, daß kein Stichkanal mit seiner Kapillarwirkung und drainierendem Faden von der Oberfläche in die Wunden hineinführe. Er sucht dies bei frischen Rissen zu erreichen durch Anlegen horizontaler (bei stehender Frau vertikaler) Suturen, welche, unter der Dammwunde hindurchgeführt, nach dem Knüpfen völlig außerhalb derselben liegen. Da, wo Spannung zu überwinden ist, bei muschelförmig ausgehöhlter Form der Anfrischung, legt er mit bestem Erfolg lauter senkrechte (bei stehender Frau wagrechte) versenkte Catgutsuturen. Nur bei auseinander gewichenem oder schlaffem Levator ani legt er versenkte Fil de Florence-Ligaturen in dessen Ränder und bei sehr großer Spannung zur Sicherheit eine Drahtligatur aus Silber oder Aluminiumbronze durch den ganzen Damm und dreht ihn am Frenulum zusammen.

Edmund Falk (Berlin): **Zur Technik der Amputation des invertierten Uterus.**

Die meist gebräuchlichen Methoden der Amputation des invertierten Uterus haben die Gefahr von Darm- resp. Blasenverletzung und sichern nicht vor Nachblutung. Falk fordert daher 1. Verzicht auf Anlegen eines Schlauches um den Uterus oder von Massenligaturen, damit man sich durch einen Querschnitt in der Gegend des inneren Muttermundes von dem Freisein des Inversionstrichters überzeugen kann; 2. Abtragen des am besten durch diesen Querschnitt der vorderen Wand nach vorn luxierten Uterus erst nach Unterbindung der Spermatikalgefäße und der Ligamenta lata. Als Indikation für diese Operation kommt vor allem schwere Infektion in Frage, wie in dem Falle von Falk, bei dem es sich um Totalinversion des prolabierten Uterus handelte bei einer Pat., bei der er während der Schwangerschaft bereits einen über zweifaustgroßen Ovarialtumor entfernt hatte. Die Schwangerschaft schritt nach der Operation normal fort, die Geburt soll normal verlaufen sein. Eine durch Credé entstandene Inversion des Uterus wurde von dem behandelnden Arzt scheinbar nur in die Scheide reponiert. Als Falk 4 Wochen nach der Geburt die fiebernde Kranke sah, war deren Zustand ein so schlechter, daß auf konservative Behandlung verzichtet und die Amputation in der geschilderten Weise mit gutem Erfolge ausgeführt wurde.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 15. Juni 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

Rud. Kaufmann erstattet eine vorläufige Mitteilung über den Mechanismus der Magenperistaltik. Man hat angenommen, daß der Magen sich bei der Peristaltik fortschreitend gegen den Pylorus zu kontrahiert, Beaumont hat jedoch nachgewiesen, daß sich dabei eine Einschnürung bildet, welche den Pylorusteil vom Fundusteil des Magens abtrennt. Vortr. hat diese Angabe experimentell nachgeprüft, indem er beim curarisierten und morphinisierten Hunde ein Glasrohr durch den Ösophagus in den Magen und ein zweites in den Pylorus einführte. Wenn man durch das erstere Wasser einfließen läßt, so strömt es aus dem zweiten heraus, wenn man aber den Vagus reizt, so hört der Abfluß plötzlich auf zum Zeichen, daß sich ein wasserdichtes Diaphragma im Magen gebildet haben muß. Durch Einstechen von Nadeln in die Magenwand hat Vortr. nachgewiesen, daß diese Sphinkterbildung an der Grenze zwischen dem Pylorus- und Fundusanteil des Magens stattfindet, und daß sie wahrscheinlich durch eine Kontraktion der schief verlaufenden Muskelfasern der Magenwand erfolgt, welche den Magen um seine Achse drehen, und zwar im Pylorus- und Kardiaanteil im entgegengesetzten Sinne, so daß an

einer Stelle ein Verschluß des Magenlumens erfolgen muß. Dieselbe ist anatomisch dadurch charakterisiert, daß von hier an gegen den Pylorus zu eine Lage von Ringmuskelfasern in die Magenwand eingeschaltet ist, ohne daß jedoch eine Sphinkterbildung erfolgen würde.

BAUER: Die EHRLICHsche Aldehydreaktion im Harn und Stuhl.

Die EHRLICHsche Aldehydreaktion wird folgendermaßen ausgeführt: Zu einigen Kubikzentimetern Harn setzt man einige Tropfen einer 2%igen Lösung von Dimethyl-Paramidobenzaldehyd in 20%ige Salzsäure und fügt eventuell etwas konzentrierte Salzsäure hinzu. In normalen Harnen tritt eine leichte, in pathologischen eine starke Rotfärbung auf, verbunden mit einem Streifen zwischen den FRAUNHOFERschen Linien D und E. Die Reaktion wird, wie NEUBAUER zuerst bewiesen hat, durch das im Harn enthaltene Urobilinogen hervorgerufen. Führt man das Urobilinogen im Harn in Urobilin über, so verschwindet die EHRLICHsche Aldehydreaktion. Auch aus Urobilin und Bilirubin dargestelltes Urobilinogen gibt deutliche Reaktion mit EHRLICHschem Aldehyd. Die Reaktion muß im frischen Harn angestellt werden, da Urobilinogen beim Stehen an der Luft leicht in Urobilin übergeht. In frisch gelassenem Harn ist beinahe ausschließlich Urobilinogen enthalten, kein oder nur wenig Urobilin. Die EHRLICHsche Reaktion ist eine einfache Probe auf Urobilinogen. Sie tritt bei allen Krankheiten auf, bei denen bisher Urobilinurie beobachtet wurde, besonders bei Leberkrankheiten. Urobilinogen tritt überhaupt und auch bei Leberkrankheiten nur dann im Harne und in der Galle auf, wenn die Galle sich in den Darm ergießen kann. Bei Gallenfisteln und Choledochusverschluß fehlt das Urobilinogen bzw. die EHRLICHsche Aldehydreaktion im Harn und in der Galle. Das Urobilinogen des Harnes und der Galle scheint also aus dem Darm zu stammen. Man soll stets parallel auf Urobilinogen untersuchen und die EHRLICHsche Aldehydreaktion anstellen, denn letztere kann in seltenen Fällen bei Abwesenheit von Urobilinogen durch Medikamente oder unbekannte Körper verursacht werden, andrerseits kann trotz Vorhandensein von Urobilinogen die EHRLICHsche Aldehydreaktion ausbleiben, wie z. B. in manchen Fällen von Glykosurie.

Die EHRLICHsche Aldehydreaktion im alkoholischen Stuhlextrakt, wie sie BAUMSTARK zur quantitativen Indolbestimmung verwendet, ist auch nicht auf Indol, sondern auf Urobilinogen zu beziehen; BAUMSTARK hat mit seiner Methode nicht Indol, sondern ausschließlich Urobilinogen bestimmt. Die Behauptung NEUBAUERS, daß das Urobilinogen die EHRLICHsche Aldehydreaktion veranlasse, ist vollkommen richtig und gilt sowohl für den Harn als auch für den Stuhl.

Notizen.

Wien, 1. Juli 1905.

(Personalien.) Der Statthaltereirat und Landes-Sanitätsreferent bei der Statthalterei in Graz Dr. AUGUST SCHNEDITZ hat anläßlich der Übernahme in den Ruhestand den Titel eines Hofrates erhalten. — Prof. Dr. FRANCK in München ist als Nachfolger ECKARDTs auf den Lehrstuhl der Physiologie nach Gießen berufen worden. — Der Professor an der Budapester Universität Dr. EMIL ERNST MORAVCSIK hat den Hofratstitel erhalten. Die Professoren an der nämlichen Universität Dr. LEO LIEBERMANN und Dr. J. ARKÖVY sind in den Adelsstand erhoben worden.

(Doktor-Jubiläen.) Der em. Primararzt der Wiener Versorgungsanstalt in Ybbs Dr. JOHANN WIRTINGER und der langjährige Badearzt in Balaton-Füred Dr. HEINRICH MANGOLD haben dieser Tage ihr 50jähriges Doktor-Jubiläum begangen.

(Aus dem österreichischen Abgeordnetenhause.) In einer der letzten Sitzungen unseres Parlaments hat ein Abgeordneter, wie unsere Leser den Tagesblättern entnommen haben dürften, den Unterrichtsminister bezüglich der Privatpraxis der klinischen Lehrer interpelliert und verlangt, daß die Ausübung der ärztlichen Praxis den Lehrpersonen der medizinischen Fakultät in Hinkunft nur in beschränktem Grade und nicht auf Kosten ihrer Lehrtätigkeit gestattet werde, daß Professoren und Honorardozenten dafür entsprechend besser von seiten des Staates honoriert werden, daß die Erteilung von Dozententiteln eingestellt werde, weil sie als staatliche Reklame meist nur zur Erlangung einer einträglichen Praxis benutzt wird. — Was diese Weltverbesserer doch alles wollen! Sie haben keine anderen als parteiliche Interessen, hängen das Mäntelchen nach dem Winde und vergessen vor allem daran, daß im Falle von Krankheit auch der Ärmste, selbst um den Preis des vom Munde abgesparten Groschens, beim „Professor" Rat und die ersehnte Hilfe sucht.

(Die Krankenversicherung im Deutschen Reiche im Jahre 1903.) Die „Vierteljahrsschrift für Statistik des Deutschen Reiches" veröffentlicht hierüber u. a. folgendes: Es bestanden insgesamt 23.271 Krankenkassen. Davon waren Gemeindekrankenkassen 8548, Betriebskrankenkassen 7655, Ortskrankenkassen 4715, eingeschriebene Hilfskassen 1436, Innungskrankenkassen 676, landesrechtliche Hilfskassen 204 und Baukrankenkassen 46. Die Ortskrankenkassen haben 4,975.322 Mitglieder, dann folgen die Betriebskrankenkassen mit 2,573.621 Mitgliedern, die Gemeindekrankenversicherung mit 1,499.366 Mitgliedern, die eingeschriebenen Hilfskassen mit 887.130, die Innungskrankenkassen mit 230.820, die landesrechtlichen Hilfskassen mit 41.597 und die Baukrankenkassen mit 16.459. Die Gesamtzahl der Kassenmitgliedern belief sich auf 10,224.297, ein Zuwachs gegen das Vorjahr um 366.000. Die ordentlichen Einnahmen betrugen 206,730.399 Mk., die ordentlichen Ausgaben beliefen sich auf 199,896.723 Mk., das Gesamtvermögen betrug 180·5 Millionen Mk. (im Vorjahr 173·4).

(Forensisches.) Eine praktisch wichtige Entscheidung ist kürzlich von einem deutschen Gerichtshofe gefällt worden. Ein Kassenmitglied, das fortgesetzt an Magenbeschwerden litt, ließ sich auf ärztliches Anraten ein Gebiß anfertigen, da ihm die vier oberen Schneidezähne fehlten und in deren Fehlen die letzte Ursache seines Magenleidens erblickt wurde. Da die Krankenkasse sich weigerte, die Kosten des Gebisses zu ersetzen, wandte sich der Kranke beschwerdeführend an den Stadtmagistrat, der die Kasse zur Zahlung des Gebisses verurteilte. Die Krankenkasse rief gegen dieses Urteil die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs, der das Gebiß als ein Heilmittel im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (Brillen, Bruchbänder etc.) ansah und die Entscheidung des Stadtmagistrats bestätigte.

(Die Ammenfrage.) Ein von der pädiatrischen Sektion der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde zur Förderung des Selbststillens der Mütter in allen Schichten der Bevölkerung eingesetztes Komitee hat naturgemäß auch die Ammenfrage in den Bereich seiner Erwägungen gezogen. Dieses Komitee bittet jene Herren Kollegen, welche in Gegenden ihre Praxis ausüben, in welchen Frauen sich häufig als Ammen verdingen, dem guten Zwecke dienen zu wollen und ihre Erfahrungen durch Ausfüllung eines Fragebogens zur Verfügung zu stellen. Das Komitee bittet die P. T. Herren Kollegen, Name und Adresse an den Obmann des Komitees, Herrn Prof. Dr. TH. ESCHERICH (Wien, IX/2, Zimmermannplatz), einsenden zu wollen, worauf ihnen der entsprechende Fragebogen zugestellt werden wird.

(Ärztekammer in Oberösterreich.) In dieser Kammer wurden Dr. ADOLF OBERMÜLLNER in Linz zum Präsidenten, Dr. FELIX GEISBÖCK in Linz zum Stellvertreter desselben, ferner zu Vorstandsmitgliedern gewählt: Prof. Dr. HEINRICH SCHMIT in Linz, Dr. FERDINAND KNITTEL in Ebelsberg, Dr. ALOIS DORFWIRT in Urfahr, Dr. JOSEF LEHNER in Freistadt, Dr. FRIEDRICH KRÄNZL in Sierninghofen, Dr. KONSTATIN MITTERDORFER in Wels und Dr. LUDWIG WENDLING in Ach, als Ersatzmänner der Vorstandsmitglieder: Dr. EDUARD SINGER, Dr. GEORG FEDER und Dr. HERMANN REISS, sämtliche in Linz.

(Der V. internationale Kongreß für Psychologie.) Aus Rom schreibt man uns: Der vor wenigen Tagen abgeschlossene Kongreß für Psychologie hat eine überaus große Zahl von namhaften Forschern hier vereinigt, deren mancher, wohl auch von der so günstigen Reisezeit bestochen, die Fahrt in die ewige Stadt unternommen hatte. Russen und Japaner, Amerikaner und Afrikaner, Philosophen und Kliniker, Forensiker und Physiologen konnte man hier in friedlicher Arbeit und regem Wettbewerbe beisammen sehen, und nicht weniger als 300 Mitteilungen, zum Teile recht bedeutungsvoller Art, sind erstattet worden, die eng verwandten Wissensgebiete der Psychologie und Physiologie für lange Zeit erweiternd und befruchtend. Wir wollen nur die Vorträge aus den allgemeinen Sitzungen kurz anführen, um vielleicht gelegentlich einiges aus den Abteilungssitzungen nachzutragen. LIPPS (München) hat die Methodik der psychologischen Forschung einer eingehenden Analyse unterzogen, HÖFLER (Prag) die Errungenschaft unserer Generation, die

moderne experimentelle Psychologie, geschildert und besprochen. BELUCCI (Perugia) berichtete an der Hand einer reichen Amuletten-Sammlung über die Formen des Aberglaubens in alter und neuer Zeit, SOMMER (Gießen) erörterte die Methoden der Untersuchung von Ausdrucksbewegungen, von der Voraussetzung ausgehend, daß unsere gesamte Muskulatur psychophysischen Einflüssen gehorche, und Altmeister FLECHSIG (Leipzig) erschöpfte in meisterhafter Weise das Thema „Hirnphysiologie und Willenstheorien“, indem er hierbei von seinen interessanten Untersuchungen über die Markentwicklung ausging und dem Stirnhirngebiete enge Beziehungen zur Willenstätigkeit vindizierte. Ihm stimmte unser Psychiater SCIAMANNA nicht in allen Punkten bei, da er im Stirnhirn den Sitz von Projektionszentren sucht, welche durch auf- und absteigende Bahnen mit den Zentren in der Medulla verbunden sind. Er ist zu dieser Annahme in mühevollen, seit vielen Jahren fortgesetzten Untersuchungen an Affen gelangt und hat seine Ausführungen auf dem Kongresse selbst durch Demonstration von Hirnpräparaten belegt und erhärtet.

(Der I. internationale Anatomenkongreß) wird vom 6. bis 10. August d. J. in Genf tagen. Der Kongreß ist zugleich die 19. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft, welcher sich in diesem Jahre anschließen: Die „Anatomical Society of Great Britain and Ireland“, die „Association des Anatomistes“, die „Society of American Anatomists“ und die „Unione anatomica italiana“. Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung der Industrien für Optik, Mechanik, der anatomischen Instrumente und Demonstrationsmaterialien verbunden. Gelegentlich des Kongresses findet am 8. August die Einweihung des Denkmals von H. FOL in der Universität statt.

(Das Organisationskomitee des V. internationalen Gynäkologenkongresses) hat in der letzten Zeit eine Reihe von Zuschriften erhalten, in denen die Befürchtung ausgesprochen wurde, der Kongreß würde weniger erfolgreich verlaufen, wenn er, wie beabsichtigt, in diesem Herbst in St. Petersburg abgehalten würde. Das Organisationskomitee erkannte die angeführten Bedenken als zu Recht bestehend an und beschloß, den Kongreß auf ein Jahr zu verschieben. Die Vorträge und Programme bleiben unverändert. Alle etwa erfolgenden Änderungen und Erweiterungen wird das Komitee rechtzeitig bekannt machen.

(Kongreß der Ärztinnen.) Die russischen Ärztinnen planen für dieses Jahr einen Kongreß, auf dessen Tagesordnung die Abfassung einer Petition um Zulassung zur Professur und die Frage des freieren Zutrittes zum praktischen Krankenhausdienste stehen werden.

(Statistik.) Vom 18. bis inklusive 24. Juni 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7769 Personen behandelt. Hiervon wurden 1806 entlassen, 172 sind gestorben (8·7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 42, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 47, Scharlach 51, Masern 284, Keuchhusten 94, Rotlauf 25, Wochenbettfieber 3, Röteln 49, Mumps 20, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 703 Personen gestorben (— 93 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Cosmanos-Josefsthal der Fabriksarzt Dr. FRIEDRICH LANZ, im Alter von 39 Jahren; in Aachen der Geheime Sanitätsrat Dr. GEORG MAYER, ein hervorragender Balneologe, im 81. Lebensjahre; in Palermo der Privatdozent für Physiologie Dr. M. CONSIGLIO.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Max Richter, Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik. Leipzig 1905, S. Hirzel. — M. 8·—.

W. Ebstein, Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin. Bericht über das Jahr 1901. 4. H. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 4·—.

K. Hundeshagen, Einführung in die ärztliche Praxis. Stuttgart 1905, F. Enke.

Hundesberger, Einführung in die ärztliche Praxis. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 6·—.

M. Munk, Hygiene des Schulgebäudes. Brünn 1905, Karafiat & Sohn.

E. Nitzelnadel, Therap. Jahrbuch. 15. Jahrgang. Leipzig und Wien 1905, F. Deuticke. — K 4·80.

I. Bloch, Die Perversen. Berlin 1905, Pan-Verlag. — M. 1·—.

M. Runge, Krebs der Gebärmutter. Berlin 1905, J. Springer. — M. —·50.

O. Lubarsch, Die allgemeine Pathologie. 1. Bd., 1. Abt. Wiesbaden 1905, J. F. Bergmann. — M. 7·—.

F. Schmitthenner, Pharmakognosie. Sammlung Göschen. Leipzig 1905, G. J. Göschen. — M. —·80.

F. Salzer, Augenspiegelkurs. München 1905, J. F. Lehmann. — M. 5·—.

F. Salzer, Augenheilkunde des praktischen Arztes. München 1905, J. F. Lehmann. — M. —·80.

F. C. R. Eschle, Zellularpathologie, Konstitutionspathologie oder Betriebspathologie. München 1905, O. Gmelin. — M. 2·—.

Dessauer u. **Wiesner,** Kompendium der Röntgenographie. Leipzig 1905, Otto Nemnich.

F. Schürer v. Waldheim, Ignaz Philipp Semmelweis. Wien und Leipzig 1905, A. Hartleben. — K 10·—.

J. Wiesner, Jan Ingen-Housz. Wien 1905, Karl Konegen.

E. Finger, Die Blennorrhöe der Sexualorgane. 6. Aufl. Leipzig und Wien 1905, F. Deuticke. — K 14·40.

W. Croner, Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. 3. Aufl. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg. — K 12·—.

H. Pommay, La Syphilis. Paris. 1905, A. Maloine. — Fr. 3·—.

M. Munk, Zahnpflege in Schule und Haus. Brünn 1905, Karafiat & Sohn.

L. Feilchenfeld, Fragen aus der Lebensversicherung. Berlin 1906, L. Simion Nf. — M. 1.—.

F. v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe. 2. Bd., 1. Teil. Wiesbaden 1904, J. F. Bergmann. — M. 14·60.

Leopold Steiner, Adreßbuch der Zivil- und Militärärzte, Apotheker, Spitäler etc. von Österreich-Ungarn. Wien 1905, Georg Szelinski.

L. Pfeiffer, Die Impfklauseln in den Weltpolizen der Lebensversicherungs-Gesellschaften. Berlin 1905, E. S. Mittler & Sohn.

G. Schmorl, Die path.-hist. Untersuchungsmethoden. 3. Aufl. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel. — M. 8·75.

V. Ric, Anwendung des Lichtes in der Medizin. Übersetzt von SCHRAMM. Wiesbaden 1905, J. F. Bergmann. — M. 2·40.

H. Fritsch, Krankheiten der Frauen. 11. Aufl. Leipzig 1905, S. Hirzel. — M. 16·—.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 9. Juli 1905. Nr. 28.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4,** zu richten. Für die **Redaktion** bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, vierteij. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

HERMANN NOTHNAGEL †

28. September 1841 — 7. Juli 1905.

Ein Leben voll Tatkraft, Arbeitsfreude und Mühsal, ein Dasein, reich an Kämpfen, aber auch an Ehren und Erfolgen, ist jäh erloschen. In voller Arbeit hat ihn der Tod ereilt; im Zenit seines Wirkens ist er entschwunden.

Schier unausfüllbar ist die Lücke, die dieses Sterben gerissen; denn mit Hermann Nothnagel ist nicht nur ein zielbewußter Forscher, ein genialer Lehrer, mit ihm ist ein Arzt gestorben, der wie wenige unter uns gewirkt, mit ihm ist ein Mensch zur Ruhe gegangen, dem die Achtung und Liebe Aller gehörte, die ihm genaht.

So trauert denn an dem Sarge dieses Mannes nicht nur die Fakultät, deren Säule und Zier er war, nicht nur die große Zahl begeisterter Schüler, welchen er Lehrer, Führer, Vater gewesen, nicht nur die Ärzteschaft der Stadt, die ihm zur zweiten Heimat geworden; die Menschheit steht schmerzbewegt an dieser Bahre, denn ein Menschenfreund ist geschieden, dem Nächstenliebe und Gerechtigkeit die Dogmen seines Lebens waren.

Und dieses Leben wird genannt werden, wenn die Hülle, die es barg, längst verweht. Die wissenschaftliche Bedeutung Nothnagels, die Ergebnisse seiner Forschungen auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie des Gehirns, seine grundlegenden Arbeiten über Funktion und Erkrankungen des Darmes sichern seinem Namen für immerdar einen Ehrenplatz in der Geschichte der deutschen Klinik. Er hat gelebt für alle Zeiten.

Trauerfahnen wehen von den Giebeln der Universität, des Parlamentes, des akademischen Krankenhauses; tiefe Trauer ist dort eingezogen, wo Nothnagel, der Nachfolger Josef Skodas, Jahrzehnte lang in vornehm-schlichter Art gewirkt, in die klinischen Räume, die Zeugen seiner unermüdlichen Lehrtätigkeit, seiner Krankenfürsorge, die Zeugen auch des mannhaften Mutes, mit dem er einst Brutalität und Unduldsamkeit in ihre Schranken gewiesen. Von den Kränzen, mit welchen heute Liebe, Verehrung, Freundschaft und Kollegialität den Sarg Nothnagels schmücken, trägt jener die schönsten Blumen, den Dankbarkeit dem Menschenfreunde gewunden.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über die Dementia praecox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis.

Von **Dr. Erwin Stransky**, Assistent der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik, Wien.*)

I.

M. H.! Die Frage bezüglich der Zunahme der Geisteskrankheiten in der Gegenwart gehört zu jenen, die ihrer endgültigen Beantwortung noch harren. Während auf der einen Seite vielfach die Anschauung vertreten wird und, man kann sagen, fast zum Gemeinplatz geworden ist, als wäre das Anschwellen der Belagziffern in den Irrenanstalten geradezu eine Folge der neuzeitlichen Formen des Existenzkampfes und seiner modernen Begleiterscheinungen, fehlt es doch wieder andrerseits nicht an Stimmen, welche die erwähnte Zunahme größtenteils für eine bloß scheinbare halten und in den enormen Ziffern der modernen Irrenstatistik wesentlich den Ausdruck der heutzutage auf so hoher Stufe stehenden Irrenfürsorge erblicken, wie sie eben in diesem Sinne und in diesem Ausmaße früheren Zeitepochen unbekannt war. Die statistischen Daten, welche Tilkowsky seinem Referate gelegentlich der Enquete zur Reform des Irrenwesens in Österreich beigab und die über die Anzahl der Geisteskranken in unserem Heimatlande in den Jahren 1873—1896 Aufschluß geben, scheinen nach der Anschauung dieses so berufenen Gewährsmannes geeignet, „das allgemein verbreitete Dogma von der erschreckenden Zunahme der psychischen Erkrankungen einigermaßen zu erschüttern und auf den richtigen Wert zurückzuführen", wenigstens ermittelte der derzeitige Direktor unserer Wiener Irrenanstalt für 1873 einen Geisteskranken auf 1077, für 1896 einen Geisteskranken auf 825 Einwohner für ganz Österreich; vergleicht man nun damit die für Niederösterreich — einschließlich Wiens — sich ergebenden Zahlen, so zeigt sich, daß hier das Verhältnis von 1 : 601 im Jahre 1873 auf 1 : 631 im Jahre 1896 sich gebessert hat! Die Lösung dieses scheinbaren Paradoxons, welches gerade für das höchstentwickelte Kronland der Monarchie so günstige Ziffern ergibt, erscheint einfacher, wenn wir eben bedenken, wie sehr die weniger zuverlässige Irrenstatistik — man denke nur an unsere nichtdeutschen, zumal die östlichen und südlichen Kronländer! — namentlich in früheren Jahrzehnten auf die für Gesamtösterreich resultierenden Zahlen gedrückt und sie in ihrer absoluten Zuverlässigkeit beeinträchtigt haben muß! Des weiteren scheint aus den Tilkowskyschen Zusammenstellungen hervorzugehen, daß in Niederösterreich (mit Wien) und den Sudetenländern (mit Prag, Brünn und den zahlreichen deutschböhmischen und schlesischen Industriestädten) die Quote von Geisteskranken (für 1896) eine vergleichsweise kleinere ist als in den Alpengebieten mit ihren andersartigen, stationäreren und modernen Wandlungen doch nicht in dem Maße zugänglichen Milieueinflüssen. Das sind doch Dinge, die vielleicht ein wenig zu denken geben und mit Tilkowsky die Vermutung nahelegen, daß die heutzutage so gesteigerte Inanspruchnahme der Psychiater vielleicht wesentlich in dem modernen Aufschwung der Fürsorgebestrebungen begründet ist. Gerade neulich wieder formulierte auch ein bedeutender Kliniker, Bleuler in Zürich, den Satz: „Je besser die Versorgungsverhältnisse eines Landes sind, um so größer ist die Zahl der bekannten Geisteskranken."

Indes, es liegt ja nicht im Rahmen meiner heutigen Ausführungen, auf diese angeschnittene Kontroverse irgendwie näher einzugehen. Für den Praktiker resultiert in beiden Fällen die Tatsache, daß er mit psychischen Erkrankungsfällen in seiner Tätigkeit immer mehr und mehr zu rechnen haben wird. Diesem Umstande tragen ja in Österreich und Deutschland auch die neuen Prüfungsordnungen Rechnung, insoferne sie von dem in die Praxis hinaustretenden Arzte ein gewisses Mindestmaß psychiatrischer Kenntnisse verlangen. Aber es ist nicht nur dieses eine Moment, welches erhöhte Berücksichtigung erheischt. Nicht darin allein erschöpft sich die Aufgabe des Praktikers, die Fälle, die sich ihm selber als psychisch-krank präsentieren, richtig zu würdigen, auch einer zweiten, unter Umständen noch wichtigeren Aufgabe muß er gewachsen sein: Geisteskrankheit dort zu konstatieren, wo dem Laienauge kein Anzeichen dafür zu sprechen scheint, sie umgekehrt dort auszuschließen, wo der mehr gefühlsmäßig urteilende Laie sie vermuten möchte; und wie viel laienhaftes Urteil trifft man nicht zuweilen bei Ärzten dort, wo es sich um psychiatrische Fragen handelt, speziell um die eine kardinale, freilich oft so immens schwierige Frage, ob ein Patient als psychisch-krank anzusehen sei oder nicht!

Gestatten Sie mir, m. H., heute vor Ihnen eine psychiatrische Krankheitsform, deren genauere Kenntnis wir wesentlich den Forschungsergebnissen der letzten Dezennien, ja zum Teil der letzten Jahre, verdanken, ihrer praktischen Bedeutung nach zu skizzieren; eine Psychose, welche sich, bei gewissen gemeinsamen Grundzügen, dennoch in ihrer äußeren symptomatischen Erscheinungsform unter den verschiedenartigsten Bildern zu präsentieren vermag und uns daher auch in der Psychiatrie früherer Zeitläufte und zum Teil auch noch in der Gegenwart vielfach, gleichsam in ihre Atome zerlegt, unter die heterogensten klinischen Gruppen aufgeteilt und unter ihrem Namen registriert entgegentritt; eine Psychose, über deren systematische Abgrenzung seit ihrer ersten klinischen Formulierung durch Hecker und Kahlbaum zu Beginn der siebziger Jahre des vorigen Jahrhundert viel debattiert, deren eminente praktische Wichtigkeit aber allgemein anerkannt wird: ich meine das sogenannte Jugendirresein oder, wie wir es mit seinem modernen Neuschöpfer Kräpelin zu nennen pflegen, die Dementia praecox.

Aus dem eben genannten Terminus ergibt sich zunächst scheinbar zweierlei: erstens daß es sich um einen Verblödungsprozeß handelt; zweitens, daß derselbe, im allgemeinen wenigstens, im jüngeren Lebensalter zumindest einsetzt. Damit sind zugleich zwei Grundkomponenten des Krankheitsbildes gegeben und es könnte sonach scheinen, als wäre von vornherein die klinische Begrenzung ziemlich einfacher Natur. Die Sachlage ist aber durchaus nicht so unkompliziert, indem schon die beiden ersten Kardinalworte einer Kommentierung, um nicht zu sagen Einschränkung bedürfen; erstlich ist jener psychische Prozeß, den wir als progredienten Verlust an psychischem Kapital, als Verblödung bezeichnen, durchaus nicht in allen Fällen a priori so manifest, wie meist bei der Dementia paralytica, bei der epileptischen Demenz, beim Greisenblödsinn, beim Blödsinn auf arteriosklerotischer Grundlage oder bei Herdläsionen des Großhirns; in manchen Fällen will er erst gesucht sein, in manchen anderen läßt er scheinbar Jahre auf sich warten, verbirgt sich durch lange Zeit unter dem Bilde der Verwirrtheit, des Stupors, der Verrücktheit, der Manie und Melancholie, der Hypochondrie, Hysterie, der Neurasthenie und selbst gewisser leichter, scheinbar noch fast ins Bereich des physiologischen Seelenlebens fallender Abnormitäten, kurz unter den allerverschiedensten Erscheinungsformen, so daß seriöse Psychiater fast an der Berechtigung des Terminus „Dementia" irre geworden sind. Nicht minderer Verklausierungen aber bedarf das Attribut: „praecox", „vorzeitig": gilt auch für die weitaus überwiegende Mehrzahl der Fälle die Regel, daß die Erkrankung frühestens in den Pubertätsjahren und spätestens am Ende des dritten Lebensdezenniums beginnt — unter dem eigenen, fast 200 selbst beobachtete Fälle umfassenden Material habe ich nur sehr wenige sichere Fälle aus früheren oder späteren Lebensepochen —, so ist doch hinwiederum nicht zu leugnen, daß wir zuweilen dieselbe Erkrankungsform ganz ausgeprägt

*) Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 20. Februar 1905.

noch im Kindesalter, noch häufiger aber das typische Krankheitsbild in den Jahren der vollen Reife, ja selbst im Präsenium einsetzen sehen; das gilt besonders von jenen Formen, die KAHLBAUM als „Katatonie“ bezeichnet hat und auf die wir ja noch genauer eingehen müssen; ich will dabei gleich von vornherein bemerken, daß ich hinsichtlich der klinischen Abgrenzung der Psychose durchaus nicht etwa zur Gänze auf dem liberalen Standpunkte der mir sonst vielfach vorbildlichen KRÄPELINschen Schule stehe, die stellenweise mehr als ein Drittel des gesamten Krankenmaterials unter dieser Bezeichnung registriert und so der Dementia praecox eine Frequenz vindiziert, die selbst jene der progressiven Paralyse hinter sich läßt.

Wenn wir trotz alledem den Ausdruck „Dementia praecox“ beibehalten, so geschieht dies einfach darum, weil uns zurzeit ein besserer bzw. für die Praxis opportunerer Ausdruck mangelt.

Ich habe mir bereits erlaubt, anzudeuten, daß die Dementia praecox zweckmäßig in verschiedene Untergruppen differenziert wird. Das ist nicht etwa so aufzufassen, als wären diese Unterformen scharf voneinander geschieden; nein, zwischen ihnen allen bestehen zahlreiche generelle wie individuelle Übergänge, sie alle haben ferner eine Reihe von Grundzügen gemeinsam, auf Grund derer sich ihre innere Verwandtschaft dokumentiert. Diese Grundzüge können wir hier vielleicht zusammenfassen. In erster Linie verzeichnen wir bei den Kranken einen meist progredienten Verlust der Gefühlsbetonungen des Vorstellungslebens, eine Gemütsverblödung, einen daraus folgenden Mangel oder Defekt dessen, was wir das Interesse, die Anteilnahme an bestimmten Vorstellungen nennen können; die Kranken werden meist „phlegmatischer“ als früher und dieses pathologische „Phlegma“ steigert sich oft bis zu absoluter Teilnahmslosigkeit selbst an ihrer eigenen Person und Lage, bis zu völliger Apathie; mit dieser Apathie kontrastiert nun aber ganz auffällig das oft überraschende Erhaltensein früher erworbenen intellektuellen Kapitals; die Aufmerksamkeit der Kranken leidet naturgemäß, weil ihr Interesse ja erlahmt und daher auch der Neuerwerb von Kenntnissen, der ja ohne Intaktsein der Aufmerksamkeit nur mangelhaft sein kann; hingegen ist bei solchen ihrer absoluten Apathie und Indolenz halber scheinbar fast idiotischen Kranken das Ausmaß dessen, was sie aus früherer Zeit her noch an Kenntnissen behalten haben, oft schier erstaunlich. Zu diesem einen, fast möchte man sagen, pathognostischen Mißverhältnis zwischen intellektuellem und gemütlichem Defekte, zwischen Noo- und Thymopsyche, wenn wir so sagen wollen, gesellt sich noch ein zweites, bei längerem Bestande vielleicht beachtenswertes Symptom, das insbesondere zu Beginn, wenn die eigentliche Demenz noch nicht so stark hervortritt, zuweilen als Wegweiser dienen kann; es ist ein auffälliges, bis zum Kontraste steigerungsfähiges Mißverhältnis zwischen den, namentlich am Beginne oft ganz exorbitanten Affektäußerungen und den sie begleitenden Vorstellungsinhalten in qualitativer und quantitativer Hinsicht: die Kranken berichten etwa lachend über ihre hypochondrischen, oft ins Ungeheuerliche gehenden Beeinträchtigungsideen oder sie weinen, während sie von ihrem Wohlbefinden erzählen, sie geraten in gewaltige zornmütige Erregung über einen, wie sich dann herausstellt, ihnen selbst ganz gleichgültigen Anlaß, deklamieren mit ungeheurem Aufwand von Pathos und Emphase irgendwelche alltäglichen Gemeinplätze oder selbst sinnloses Wortgeklingel, um andrerseits wieder gegenüber wichtigen, etwa ihr Leben, ihre Lage und ähnliches betreffenden Vorstellungen ganz stumpf zu bleiben; in ihrem Affektleben und in ihrem Intellektleben, innerhalb jeder einzelnen dieser Sphären wie in ihrem Zusammenspiel, fällt ein Zug von Unkoordiniertheit, Unsicherheit, Unberechenbarkeit, man könnte sagen, psychologischer Unbegreiflichkeit auf, der sie in der Regel selbst von schwer verworrenen Amentiafällen unterscheidet, namentlich durch seine längere Persistenz und namentlich in jener krassen Ausprägung, wo der scheinbar schwer verworrene Kranke mitten aus seinem total zerfahrenen Gebaren heraus, das etwa durch Wochen angehalten haben kann, urplötzlich durch einige „lichte Momente“ überrascht, in denen sich verrät, daß er seine Situation, freilich meist ohne jedweden gemütlichen Nachdruck halbwegs richtig beurteilt, Namen aus seiner Umgebung kennt, kompliziertere Rechenexempel über Befragen löst, um ebenso plötzlich wieder zwischendurch irgend eine ganz sinnlose, unmotivierte Handlung zu begehen oder gar in sein früheres verworrenes oder stuporöses Verhalten zurückzufallen; diese Pseudoluzidität, dieser kunterbunte Mischmasch von Klarheit und Verworrenheit, dieser regellose Wechsel von scheinbar idiotischem mit vollkommen passendem, selbst der erreichten Bildungsstufe adäquaten Verhalten ist natürlich nicht etwa stets so ausgeprägt zu verzeichnen; auch dieses Symptom versteckt sich zuweilen; wäre dem nicht so, dann gäbe es ja kaum diagnostische Schwierigkeiten. Ich sprach, als ich vor etwa zwei Jahren einen Teil dieser Störungen als charakteristisch für das Krankheitsbild abzugrenzen versuchte, von „intrapsychischer Inkoordination oder Ataxie“, um das Verhalten mit zwei Worten zu kennzeichnen.

Mag vielleicht aus diesen psychischen Elementarstörungen allein schon das übrige Krankheitsbild sich verstehen lassen: vom praktischen Standpunkte aus müssen wir jedenfalls noch einer Reihe anderer wichtiger Züge gedenken. Vor allem ist jener Störungen zu gedenken, die wir als Stereotypien zu bezeichnen pflegen; sie bestehen wesentlich darin, daß bei den Kranken gewisse psychomotorische Kombinationen immer wiederkehren, meist ohne jede Beziehung zur jeweiligen Situation, zum jeweiligen Vorstellungsinhalt: es handelt sich dabei um Zweck-, um Ausdrucks-, um Sprach-, um Schreibbewegungen, um Körperhaltungen, kurz der gesamte psychomotorische Apparat kann zum Schauplatz dieser stereotyp wiederholten Bewegungsformen werden; bald handelt es sich um irgendwelche Gesten und Grimassen, bald um irgend eine gewohnheitsmäßig sich wiederholende, vollkommen zwecklose Handlung, irgend welche Sonderbarkeiten in Attitüde, in Sprech- und Schreibweise, die in beziehungsloser Weise immer und immer wiederzukehren pflegen, von dem Kranken selber oft nicht oder doch nur mangelhaft motiviert werden und in ihrer oft bizarren und manirierten Durchführung dem Benehmen der Kranken einen gewissen automatenartigen, unnatürlichen, zwangsartigen Anstrich geben. Weitere kardinale Störungen, die sich aus dem beschriebenen Auseinanderweichen der beiden psychischen Sphären herleiten lassen, betreffen das Gesamtgebiet der sogenannten Willenstätigkeit. Auf der einen Seite ungemein beeinflußbar in ihrem Vorstellungsablaufe, vermögen andrerseits wieder die Kranken aus uns nicht durchsichtigen Gründen oft geradezu refraktär gegen jedwede von außen kommende Beeinflussung zu werden, ja in manchen Fällen in ihren Willensinnervationen geradezu das Negativ der von außenher kommender Antriebe zu repräsentieren: wir reden dann von Negativismus. Zuweilen beherrscht dabei scheinbar die reine indifferente Passivität, die Unfähigkeit zu spontaner oder reaktiver Willenstätigkeit die Szene; oft berichten die Kranken in luzideren Zeiten über ihre Unfähigkeit, zu wollen, zu wählen, zu deliberieren, von der sie während jener als Stupor imponierenden Phasen beherrscht waren: man sprach beim Negativismus von „Willenssperrung“, indem man sich vorstellte (KRÄPELIN), daß jeder Willensantrieb durch einen entgegengesetzten quasi unterdrückt werde; darauf kann ich hier nicht näher eingehen. Unter Umständen sieht man wieder mitten aus solchen Zuständen heraus blitzschnell irgendeine unvermutete, an sich koordinierte, oft eine Aggression darstellende Handlung sich erheben, einen „Raptus“, nach welchem das Individuum wieder in seine früheren Passivität oder gar sein früheres negativistisches und mutazistisches Verhalten zurückverfällt Über-

haupt ist es der „Verlust der inneren Einheitlichkeit der Verstandes-, Gemüts- und Willensleistungen“, der, wie sich KRÄPELIN ausdrückt, diese Individuen charakterisiert und auf den wohl ein Gutteil der symptomatologischen Eigenheiten zurückgeführt werden kann.

Diese Symptome kommen nun in den verschiedenartigsten Erscheinungsformen zum sichtbaren Ausdruck. So wie bei der Paralyse manische, depressive, stuporöse, delirante Zustandsbilder, sehr oft einander im Verlaufe bei einem und demselben Individuum ablösend, vorkommen können, hinter denen aber, begleitet von den kaum je fehlenden körperlichen Kennzeichen, meist die typische paralytische Demenz hervorlugt, ebenso finden wir auch bei der Dementia praecox Formen, in denen mehr die reine Demenz hervortritt, neben solchen, in denen Wahnbildungen und Sinnestäuschungen im Hintergrunde oder selbst im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen; wir finden Fälle, die das delirante Bild der halluzinatorischen Verworrenheit durch kürzere oder längere Zeit zu setzen vermögen, Fälle mit vorwaltend affektiven, manischen oder melancholischen Störungen. Aber wie ein roter Faden ziehen sich in der Regel durch all diese oft in dem gleichen Falle kaleidoskopisch wechselnden psychotischen Erscheinungen die vorhin erwähnten Grundstörungen in freilich nicht immer vollkommener Ausprägung, bis endlich nach oft wechselvollem Verlaufe in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle die terminale psychische Abschwächung mehr minder rein aus dem Chaos der Zustandsbilder emportaucht. Nicht ohne Grund hat KAHLBAUM, dem wir wesentlich die erste Kenntnis dieser Krankheitsform verdanken, dieselbe mit der progressiven Paralyse verglichen.

Gewöhnlich unterscheiden wir eine hebephrene Unterform, bei der im allgemeinen die einfache Verblödung a priori im Vordergrunde steht, und eine katatone, bei welcher in oft zyklischem Wechsel Bilder von Verworrenheit, von Stimmungsanomalien, von paranoiden Phasen, aber stets eskortiert von einer Reihe noch zu besprechender motorischer Symptome oft jahrelang oder usque ad finem die Szene beherrschen. KRÄPELIN und seine Schüler kennen noch eine eigene paranoide Gruppe, bei welcher es auch zu chronischer, systematisierender Wahnbildung mit Halluzinationen kommen kann. Wir müssen nun wohl zugeben, daß in einzelnen Fällen von Hebephrenie und Katatonie paranoide Bilder eine Zeitlang im Vordergrunde stehen können; ich möchte mich aber doch nicht genötigt sehen, eine eigene paranoide Unterform abzugrenzen; freilich rechnet KRÄPELIN fast alle Fälle chronischer, also echter Paranoia unserer Terminologie hier herein; aber ich vermag ihm auf dieser Bahn nicht zu folgen. Natürlich — wie ich schon früher erwähnte — gibt es keine scharfe Grenzlinie zwischen den einzelnen Untergruppen.

Die Diagnose und Chirurgie des otitischen Hirnabszesses.

Von **Dr. Hugo Frey**, em. Assistenten der Wiener Universitäts-Ohrenklinik.

II.

Es ist ja gar nicht so lange her, daß man von der Lumbalpunktion eine sichere Aufklärung in eben diesen Fragen erhoffte. Aber wir haben in der Zwischenzeit Erfahrungen gemacht, die beweisen, daß auch der Ausfall dieses zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Eingriffes nicht immer einen absolut zuverlässigen Aufschluß gibt. Eine deutlich getrübte Punktionsflüssigkeit, die Eiterzellen enthält und eventuell auch Mikroorganismen, wird im allgemeinen freilich die Diagnose der Leptomeningitis stellen lassen. Daß dies aber auch nicht immer der Fall sein muß, geht aus einer ganzen Reihe von Beobachtungen hervor, die an den verschiedensten Orten gemacht wurden. Einen an Hofrat POLITZERs Klinik vorgekommenen Fall [13]) will ich hier kurz erwähnen:

Ein Pflegling der niederösterreichischen Landesirrenanstalt zu Kierling wurde mit schweren zerebralen Erscheinungen auf die Klinik gebracht. Es bestand bei demselben angeblich seit kurzer Zeit eine akute Otitis media. Die vor allem vorgenommene Lumbalpunktion ergab einen deutlich getrübten Liquor cerebrospinalis, in welchem bei der mikroskopischen Untersuchung Eiterzellen vorgefunden wurden. Trotzdem ging ich an die Aufmeißelung, fand, daß es sich nicht um eine akute Mittelohrentzündung handle, sondern um die akute Exazerbation einer alten, chronischen Otitis, und stieß auf einen extraduralen Abszeß der mittleren Schädelgrube, eine Pachymeningitis purulenta externa. Einige Tage nachher eröffnete ich, da die schweren Erscheinungen nicht wichen, den Intraduralraum und stieß auf einen eben zum Durchbruch sich vorbereitenden Schläfelappenabszeß. Am folgenden Tage trat der Exitus ein.

Bei der Autopsie fand sich nun ein starkes Hirnödem, aber keinerlei Anzeichen einer Leptomeningitis, und man war sehr in Verlegenheit, den Befund der Lumbalpunktion zu erklären, wollte man nicht annehmen, daß einzelne Verklebungen zwischen den Hirnhäuten in der Umgebung des Abszesses Residuen einer abgelaufenen Meningitis, und zwar von ganz geringer Ausdehnung, seien, die aber trotzdem genügt hätte, um die erhobenen Veränderungen der Punktionsflüssigkeit zu erklären. Die weiterhin vorgenommene Eröffnung des Canalis vertebralis ergab nun aber die Aufklärung in dem überraschenden Befunde einer Meningitis cerebrospinalis circumscripta purulenta im Bereiche der oberen Lendenwirbelsäule. Die Nadel war bei der Lumbalpunktion gerade dort eingedrungen.

Es besteht wohl kein Zweifel darüber, daß eine solche isolierte Meningitis, wenn auch eitriger Natur, ausheilen kann, und wäre nicht der Patient, da er relativ spät operirt wurde, an dem in der Umgebung des Hirnabszesses aufgetretenen Hirnödem zugrunde gegangen, so wäre eine Heilung des Falles vielleicht erzielt worden, die niemals hätte eintreten können, wenn man sich durch den Befund des Lumbalpunktates von der Operation hätte abschrecken lassen.

Bereits KÖRNER hat in seinem öfters zitierten Buche Fälle, wie den eben geschilderten, als möglich hingestellt. Mögen sie auch zu den großen Seltenheiten gehören — ihr Vorkommen genügt doch, um begründetes Mißtrauen gegen die absolute Beweiskraft selbst eines scheinbar so sicheren Punktionsergebnisses keimen zu lassen.

Finden wir als Ergebnis der Punktion eine Flüssigkeit von geringer Trübung, die Mikroorganismen enthält, so kann es sich um eine diffuse oder um eine zirkumskripte Meningitis handeln; es könnte aber trotzdem auch ein eben durchgebrochener Hirnabszess ohne Meningitis vorliegen, indem sich ein Theil seines Inhaltes in die Zerebrospinalflüssigkeit entleert hat. Da der Eiter der Hirnabszesse otitischen Ursprungs sehr häufig steril ist oder zumindest sehr wenig virulente Mikroorganismen enthält, kann zwischen dem Durchbruch des Abszesses und dem Eintreten einer Meningitis ein relativ ansehnlicher Zeitraum verstreichen, so daß man auch hier dem Ergebnisse der Lumbalpunktion keinen absolut entscheidenden Einfluß beimessen darf.

Erweist sich andrerseits die Punktionsflüssigkeit klar und frei von Bakterien, so kann dennoch wieder eine zirkumskripte, ja sogar eine eitrige Meningitis bestehen, wenn in letzterem Falle nur wenig Eiter gebildet ist, da dann die unteren Partien des Liquor cerebrospinalis, die in die ersten abgezapften Portionen kommen, noch klar sein mögen — und eine allzu große Menge darf ja bekanntlich nicht entnommen werden.

Es liegen demnach genug Gründe vor, der Lumbalpunktion keinen absolut entscheidenden Einfluß bei der Diagnose und der Indikationsstellung einzuräumen.

[13]) HUGO FREY, Contribution à l'étude des abcès cérébraux d'origine otitique. Archives internationales de Laryngologie, Otologie etc. Vol. 16, 1903.

Die manchmal außerordentlich schwierige Aufgabe der Differentialdiagnose zwischen Hirnabszeß, Urämie, Coma diabeticum, Hirntumoren, insbesondere Tuberkulomen, soll hier nur gestreift werden, ebenso wie die Hindernisse, die bei gleichzeitigem Auftreten mehrerer Abszesse im Gehirn für die Diagnosenstellung sich ergeben.

Daß endlich auch die Hysterie bei bestehenden Ohreiterungen imstande ist, Symptomenbilder, die einen Hirnabszeß vortäuschen, zu liefern, darf ich wohl als bekannt voraussetzen.

Derartige diagnostische Schwierigkeiten, die zu besiegen manchmal von vornherein aussichtslos ist, wären wohl geeignet, auch in bezug auf die Möglichkeit des therapeutischen Eingreifens den größten Pessimismus zu erwecken. Trotzdem ist ein solcher nicht gerechtfertigt, wie Sie schon aus den eingangs erwähnten statistischen Zusammenstellungen der Heilresultate ersehen können. Der vielfach unvollständige Aufschluß, den wir bei otitischen Hirnabszessen aus der Feststellung der vorhandenen Symptome erhalten, ist für uns kein Hindernis, günstige Resultate auch in solchen Fällen zu erhalten.

Die Otochirurgie steht, wie schon eingangs erwähnt, gar nicht mehr auf dem Standpunkte, daß eine exakte, neurologisch vollständig ausgearbeitete und differenzierte Diagnose in jedem einzelnen Falle verlangt wird. Der Fortschritt in unseren Resultaten beginnt eigentlich seit der Zeit, da wir uns dies klar gemacht haben.

Zweifelsohne ist der Hirnabszeß eine Erkrankung, deren absolut tödlicher Ausgang feststeht. Die ganz vereinzelten Fälle von Spontanheilung, über die berichtet wird, sind nichts weniger als einwandfrei. Und angesichts dieser Prognosis infausta entschloß man sich, nicht erst eine sichere Diagnose, beziehentlich die Möglichkeit der Stellung einer solchen abzuwarten, sondern die Indikation für den Eingriff schon dann als gegeben zu betrachten, wenn auch nur die Wahrscheinlichkeit eines Hirnabszesses vorliegt. Diese Auffassung wird heute von allen rationell vorgehenden Otochirurgen geteilt. Welcher Grad von Wahrscheinlichkeit aber genügt, um die Indikation zu rechtfertigen, ist unter solchen Umständen freilich Sache des individuellen Ermessens.

Ich befinde mich in Übereinstimmung mit den allermeisten Autoren, wenn ich schon einen sehr geringen Grad der Wahrscheinlichkeit, unter Umständen auch schon eine einigermaßen gesicherte Möglichkeit für genügend erachte, um zur Trepanation zu schreiten. Diese Auffassung kann nach unseren heutigen Erfahrungen nicht mehr für gewagt erklärt werden. Denn wir sehen ja, daß die allerbesten Heilresultate in denjenigen Fällen erzielt worden sind, in welchen von vornherein an einen Hirnabszeß kaum gedacht wurde, sondern wo man bei Aufmeißelungen des Schläfebeins, die zur Heilung akuter oder chronischer Eiterungen vorgenommen worden waren, zufällig bis zu einem Hirnabszeß gelangte, der eröffnet wurde, wo also klinisch der Abszeß sich noch gar nicht manifestiert hatte und man erst beim Eingriffe selbst Veränderungen konstatierte, die auf einen solchen hindeuteten.

Folgendes Beispiel eines einschlägigen Falles mag hier Platz finden:

Ein zwölfjähriger Knabe wurde auf die Wiener Universitäts-Ohrenklinik mit der Angabe gebracht, daß er vor acht Wochen an einer akuten Mittelohrentzündung erkrankt sei. Der kleine Patient hatte in seiner Heimat entsprechende Behandlung gefunden und die Eiterung sistierte nach ungefähr einem Monate. Seither klagte er über Schmerzanfälle, die, von der Umgebung des Ohres ausgehend, mit kleineren oder größeren Intervallen, aber mit außerordentlicher Heftigkeit auftraten. Die Perkussion des Warzenfortsatzes ergab mäßige Klopfempfindlichkeit. Der otoskopische Befund entsprach dem einer im Ablauf begriffenen, nahezu ausgeheilten Otitis. Nach Aussage seiner Eltern war an dem Knaben innerhalb der letzten Wochen eine gewisse Apathie, Teilnahmslosigkeit aufgetreten, die von gelegentlichen Aufregungszuständen besonders abstach.

Einen operativen Eingriff nahm ich auf Grund der Annahme vor, daß es sich um eine verschleppte Warzenfortsatzeiterung handle. Die Aufmeißelung zeigte in den Zellen des Warzenfortsatzes nur eine mäßige Infiltration der Schleimhaut, im Antrum mastoideum eine geringe Quantität dünnflüssigen Eiters, das Antrumdach hingegen brüchig und morsch. Nach dessen Entfernung erwies sich die nunmehr sichtbar gewordene Dura der mittleren Schädelgrube verdickt, mit Granulationen bedeckt, zwischen denen ein Fistelgang ausmündete. Die Verfolgung desselben führte auf einen etwa walnußgroßen Abszeß im Schläfelappen. Der Patient verließ vollkommen geheilt das Krankenhaus.

Wer es selbst miterlebt hat, wie schwer sich bei unentschiedenen Fällen oft das Warten rächt, wie durch die Verzögerung eines operativen Eingriffes Fälle sogar verloren gehen, weil die Unmöglichkeit einer exakten Diagnosenstellung den Eingriff nicht zu rechtfertigen schien, der wird sich vollständig der Meinung anschließen, die ein englischer Anonymus in den Worten zusammenfaßt: „Waiting for more dates, means waiting for more deaths", ein Satz, den KÖRNER folgendermaßen ins Deutsche übertragen hat: „Auf mehr Zeichen warten, heißt auf mehr Leichen warten."

Nun entsteht die Frage: Kommen wir in Verfolgung eines derartigen Gedankenganges nicht schließlich dazu, Eingriffe innerhalb der Schädelhöhle und sogar im Gehirne vorzunehmen, nicht mehr im Sinne einer auf ein bestimmtes Ziel gerichteten Therapie, sondern aus explorativen Gründen? Wird hier nicht vielleicht im Grunde genommen die einfache Probeinzision des Gehirnes vorgeschlagen?

In gewissem Sinne wohl. Aber das kann kein Vorwurf sein. Eine Inzision des Gehirnes ist, woferne sie unter den richtigen Kautelen vorgenommen wird, nach unseren vielfältigen Erfahrungen als ein absolut ungefährlicher Eingriff zu bezeichnen. Ich habe bereits in diesem Vortrage eines Falles von Extraduralabszeß Erwähnung getan, bei dem mehrfache erfolglose Inzisionen in das Gehirn vorgenommen wurden, die auf das spätere Befinden des Patienten keinerlei schädigenden Einfluß geübt haben. Und ich könnte an diesen Fall noch eine ganze Reihe anderer anschließen, bei denen infolge ungewisser Lokalisation des Abszesses zuerst der Schläfelappen angegangen wurde, während eine weitere Inzision des Kleinhirns den Abszeß daselbst aufdeckte, und umgekehrt. Ich könnte auch über Fälle berichten, in denen hysterische Symptomenkomplexe den Hirnabszeß in einer Weise vortäuschten, daß Eingriffe im Gehirn gerechtfertigt schienen und auch vorgenommen wurden, ohne daß Störungen irgendwelcher Natur darauf gefolgt wären. Ich habe endlich selbst in einem Falle, der nach mehrfachen Inzisionen des Gehirns an einer interkurrenten Erkrankung zugrunde gegangen war, mich bei der Nekropsie durch den Augenschein von der absoluten Reaktionslosigkeit und dem guten Heilungszustande der Hirnwunden überzeugen können.

Es heißt in zweifelhaften Fällen einfach, die Chancen des Eingriffes und des exspektativen Verhaltens gegeneinander abzuwägen. Tut man dies, so hat man auf der einen Seite eine mit größter Wahrscheinlichkeit gefahrlose Operation vor sich, auf der anderen Seite die Besorgnis, durch Unterlassung eines eventuell lebensrettenden Eingriffes den Fall zu verlieren. Gehen wir aber, wie in den meisten hierher gehörigen Fällen, das Schläfebein als den Sitz der mit Sicherheit konstatierten ursächlichen Erkrankung an, so können wir es immer noch vom Befund bei der Operation abhängig machen, wie weit wir den Eingriff fortsetzen sollen.

Je früher wir in der Lage sind, an die Operation zu schreiten, desto günstiger sind nach dem oben Gesagten die Chancen des Erfolges.

Wie verhalten wir uns aber in den Fällen, in denen der Zustand des Patienten bereits ein sehr schlechter ist? Wann ist es zu spät, um einen Hirnabszeß zu eröffnen?



Nur in zwei Fällen: das eine Mal nach bereits erfolgtem Durchbruch eines Abszesses in einem Ventrikel, das andere Mal bei bereits bestehender diffuser, eitriger Meningitis. Hier kommt freilich wieder in Betracht, daß ausgesprochen meningeale Symptome bei Hirnabszeß auftreten können, ohne daß es sich noch um eine wirklich ausgebildete Meningitis handelt, und daß uns von Fällen berichtet wird, wo nicht nur die klinischen Symptome, sondern auch das Ergebnis der Lumbalpunktion derartige waren, wie wir sie bisher als sicheren Beweis für das Bestehen einer eitrigen Leptomeningitis ansahen — und dennoch wurden diese Fälle geheilt.

Daraus kann nur zweierlei gefolgert werden: Entweder daß unsere derzeitigen Untersuchungsmethoden in bezug auf die Diagnose der eitrigen Meningitis nicht absolut zuverlässig sind, oder daß die eitrige Leptomeningitis, wenigstens unter Umständen, chirurgisch heilbar ist.

Fälle, bei denen Nackenstarre, Hyperalgesie, komplette Benommenheit, Spasmen und ausgebreitete Konvulsionen vorhanden waren und bei denen ein Hirnabszeß noch mit Erfolg angegangen wurde, hat wohl jeder Otochirurg mit größerer Erfahrung gesehen. MACEWEN (l. c.) hat sogar einen Fall von Kleinhirnabszeß heilen können, in dem bereits Atmungsstillstand aufgetreten war, als der Patient auf den Operationstisch gelegt wurde.

Bei solchen Fällen, wo der letale Ausgang schon sehr nahegerückt erscheint, und die dem mit den Erfolgen der Otochirurgie nicht Vertrauten sogar schon den Eindruck absoluter Hoffnungslosigkeit machen können, kommt es dann ganz auf die klinische Erfahrung des Operateurs an; je vollkommener diese ist, desto eher wird er es vermeiden können, eine vielleicht doch noch aussichtsvolle Operation zu unterlassen, oder andrerseits einen gänzlich verlorenen Posten noch behaupten zu wollen.

* * *

In welcher Weise geht man nun an die Eröffnung der Hirnabszesse?

Man unterscheidet der Hauptsache nach zwei Methoden: Die eine, die aus der Zeit stammt, wo die Operation des Hirnabszesses bloß von den Allgemeinchirurgen geübt wurde, und die zweite, diejenige, die immer mehr und mehr an Raum gewonnen hat, seitdem speziell otiatrisch gebildete Chirurgen und Ohrenärzte sich mit diesem Gebiete eingehender beschäftigen.

Die erste Methode besteht darin, daß von außen her, d. i. von der Schläfebeinschuppe oder vom Hinterhauptsbeine aus auf die darunter liegenden Hirnteile trepaniert wurde. Der andere, jetzt fast ausschließlich geübte Modus ist der, daß man von den eröffneten und freigelegten Mittelohrräumen her, also von der Schädelbasis aus, die Dura mater freilegt und dann gegen das Gehirn vordringt.

Die zweitgenannte Operationsmethode ist der ersten in mehrfacher Beziehung überlegen. Sie ist es schon darum, weil die pathologisch-anatomische Erfahrung zeigt, daß die Abszesse des Schläfelappens und des Kleinhirns sehr häufig so tief liegen, daß sie nach außen hin eine viel größere (dickere) Schicht von unveränderter Hirnsubstanz deckt als nach unten hin und daß sie von der Basis her auf einem viel kürzeren, demnach auch sichereren Wege erreicht werden können, als von außen her. Noch mehr ins Gewicht aber fällt der Umstand, daß wir von den erkrankten Mittelohrräumen ausgehend die Möglichkeit haben, eine Wegleitung zum Abszeß zu finden, nämlich Veränderungen, wie kariöse Zerstörung des Knochens, Pachymeningitis, Duralfisteln usw. festzustellen, die uns das Suchen des Abszesses unverhältnismäßig leichter machen.

Das Prinzip, die otitischen Hirnabszesse auf dem Wege zu operieren, auf dem sie ursprünglich entstanden sind, wird heute wohl allgemein als das rationellere angesehen. Es vollzieht sich daher der Eingriff systematisch in folgender Weise:

Je nach der Art der Eiterung werden in akuten Fällen in der Regel der Warzenfortsatz und das Antrum allein, bei chronischen Eiterungen auch noch die Trommelhöhle freigelegt, so daß man einen vollständigen Überblick über den Zustand der an die Dura angrenzenden Knochenpartien gewinnt. Zu diesem Zwecke ist es selbst bei akuten Eiterungen manchmal notwendig, auch die Trommelhöhle vollständig zu eröffnen. Finden sich nun bei genauer Besichtigung entweder an der mittleren oder an der hinteren Schädelgrube Anzeichen einer sich fortsetzenden Erkrankung, so werden die betreffenden Knochenpartien entfernt, es sind also in dem einen Falle das Tegmen tympani und antri, im anderen Falle die den Sinus lateralis und die Dura der hinteren Schädelgrube deckenden Knochenlamellen abzutragen. Ebenso verfährt man, wenn die klinischen Symptome eine Wahrscheinlichkeit zugunsten der einen oder anderen Lokalisation ergeben haben. Ist nun die harte Hirnhaut an der einen oder — in zweifelhaften Fällen — an beiden Stellen freigelegt, so wird dieselbe wieder einer genauen Inspektion unterzogen, um aus möglicherweise vorhandenen Veränderungen eine Richtschnur für das weitere Vorgehen zu gewinnen.

Beabsichtigt man, den Schläfelappen anzugehen, so wird, nachdem ein genügend großes Stück des Trommelhöhlendaches mit der schneidenden Zange oder mit dem Meißel entfernt worden ist, eine Kreuzinzision in die Dura gemacht und ihre dadurch entstandenen Lappen nach außen gezogen. Es stellt sich sofort die untere Fläche des Schläfelappens ein und der vorhandene, in pathologischen Fällen meist gesteigerte Hirndruck läßt stets die Hirnmasse so fest an die Umrandung der Duralöffnung sich andrücken, daß der subdurale Raum abgeschlossen wird: eine wirksame Vorbeugung gegen seine eventuelle Infektion.

Es wäre ein Fehler, die Punktion oder Inzision des Gehirnes nicht getrennt von der der Dura mater vorzunehmen, indem man mit einem Schnitte durch die harte Hirnhaut hindurch in das Gehirn eindringen wollte. Die Außenfläche der Dura ist nämlich in bezug auf Mikroorganismen in unseren Fällen stets verdächtig, und es würde die Punktion unter Umständen einem wirklichen Impfstiche gleichkommen.

Das Gehirn soll stets mit einem Messer angegangen werden. Auf der Klinik Hofrat POLITZERS ist man von der früher geübten Punktion mit der Nadel und nachfolgender Aspiration mittelst Spritze gänzlich abgekommen infolge ungünstiger Erfahrungen, die man dabei gemacht hat. So kommt es vor, daß, obwohl die Hohlnadel in den Abszeß eingedrungen ist, doch bei der Aspiration kein Eiter in die Spritze gelangt, weil der Hirnabszeßeiter häufig eine sehr feste, schleimige bis gallertartige Konsistenz hat, so daß er sich nicht aspirieren läßt, und weil auch durch die Aspiration, wenn die Spritze etwas zurückgleitet, die Wände des Stichkanals angesaugt werden können, so daß nichts in die Spritze eintritt. Es wird daher stets die Inzision mit dem Messer, und zwar am zweckmäßigsten mit dem von PREYSING angegebenen (ein Messer mit winkelig gestellter Klinge) vorgenommen, und zwar nach verschiedenen Richtungen. Durch eine eingeführte Kornzange läßt sich die Schnittöffnung zur Exploration noch erweitern.

Etwas schwieriger als die Freilegung des Schläfelappens, bei welcher nur das Tegmen tympani zu entfernen ist, gestaltet sich die des Kleinhirns. Hier hat man vor allem die membranöse Wand des Sinus lateralis freizulegen und von hier aus nach innen und vorne fortschreitend die hintere Wand der Felsenbeinpyramide bis zum Fazialkanal und horizontalen Bogengang zu entfernen und innerhalb dieser beiläufig dreieckig begrenzten Duralfläche die Inzision vorzunehmen.

Ist man auf einen Hirnabszeß gestoßen und entleert sich Eiter durch den Inzisionskanal, so hat man vor allem durch Einführen einer Kornzange und Erweiterung des Zuganges für den genügenden Abfluß Sorge zu tragen. Es ist aber hierbei zu beachten, daß die Hirnabszesse häufig Buchten

und Rezessus besitzen, mit denen sie gelegentlich nur durch schmale Verbindungsgänge zusammenhängen. Um eine vollständige Entleerung herbeizuführen, pflegte man früher solche Abszesse auszuspülen. Eine derartige Ausspülung ist aber nicht immer zweckmäßig. Ein höherer Druck darf nicht angewendet werden, weil durch denselben die Hirnsubstanz zerwühlt und Eiter in die auf solche Weise entstandenen Spalten derselben eingepreßt, auch eventuell eine dünne Scheidewand, die den Abszeß von einem Ventrikel trennt, perforiert werden könnte. Bei geringem Drucke aber wird sich die Entleerung des Eiters oft nicht in der wünschenswerten Weise vollziehen. Es ist deshalb am sichersten, wenn ein Abszeß gefunden wurde, mit dem durch einen sterilen Handschuh geschützten Finger direkt in die Abszeßhöhle einzugehen und dieselbe auszutasten, wodurch eine vollständige Entleerung, Ausräumung von Gewebstrümmern und Aufdeckung eventueller Rezessus in schonendster Weise ermöglicht wird. Auch kann bei dieser Gelegenheit oft gleich eine Kapsel (Abszeßmembran), wenn eine solche vorhanden ist, entfernt werden.

Ist nun die Abszeßhöhle entleert, so genügt es, ein mit Jodoform- oder Xeroformgaze umwickeltes Drainrohr oder nur einen sterilen Gazestreifen zur Drainage einzuführen. Eine leichte Tamponade der Abszeßhöhle wird sich im Anfange schon deshalb empfehlen, damit nicht die Wände an irgend einer Stelle miteinander verkleben und dahinter Retention zustande kommen könne. Zu fest darf diese Tamponade nicht sein, weil sonst, wenn sich die Tampons mit Flüssigkeit angesogen haben, ein zu starker Druck auf das Gehirn ausgeübt würde, der sogar zu bedrohlichen Erscheinungen führen kann. Unter Umständen ist noch insbesonders bei Temporalabszessen die Anlegung einer Gegenöffnung wünschenswert; eine solche kann dann zweckmäßigerweise an einer der Stellen stattfinden, die früher zur Trepanation der Abszesse von außen her benutzt wurden.

Im Anfang muß der Verbandwechsel mindestens täglich einmal vorgenommen werden. Es werden dabei Drain- oder Gazestreifen entfernt, unter Umständen auch neuerlich digital exploriert, und man beobachtet, daß der im Beginne der Wundbehandlung oft fötide, übelriechende Eiter einem gut aussehenden, geruchlosen Wundsekret Platz macht, daß sich die Abszeßhöhle nach und nach verkleinert, nekrotische Hirnmassen sich abstoßen und an den Rändern der Hirnwunde Granulationsbildung beginnt. Die verwendeten Drains oder Gazestreifen werden immer kürzer, die Wunde verkleinert sich im Verlaufe von 1—2 Wochen, und schließlich haben wir nur mehr eine granulierende Fläche vor uns, die mit dem von den Rändern der Dura und des Knochens ausgehenden Granulationsgewebe zusammenfließt, so daß endlich eine feste, bindegewebige Narbe resultiert.

Der Knochen pflegt sich insbesondere bei erwachsenen Individuen an dieser Stelle nicht mehr zu ersetzen. Es entsteht eine derbe, bindegewebige Platte, in welcher freilich Dura, Hirnsubstanz und äußere Decken aneinander adhärieren. Solche Hirnnarben machen, wenn sie nicht allzu groß sind, kaum irgendwelche Beschwerden, und später auftretende, in die Mittelohrräume hinein sich vordrängende Dural- und Hirnprolapse (Meningokele und Encephalokelen) sind ziemlich selten beobachtet worden. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit ihres Auftretens ist es aber geboten, die Öffnung der Dura und des Knochens auf das unumgänglich notwendige Maß zu beschränken, ohne jedoch andrerseits durch übergroße Ängstlichkeit die Chancen des Erfolges der Operation zu gefährden.

Die Heilung vollzieht sich in der Regel anstandslos. In den ersten Tagen muß man wohl noch auf plötzlich auftretende Hirndruckerscheinungen und Hirnödeme gefaßt sein, die aber meist, ohne Schaden anzurichten, vorübergehen. Eine Anzahl von Fällen geht freilich verloren, bei denen zur Zeit der Operation schon eine eitrige Meningitis, Encephalitis oder Hirnödem vorhanden oder im Entstehen war.

Gewisse psychische Störungen, die in den ersten Tagen nach der Operation gelegentlich zur Beobachtung kommen, pflegen sich bald zu verlieren, und nach wenigen Wochen kann bereits vollständige Heilung eingetreten sein. Nur ausnahmsweise werden die Patienten in späterer Zeit durch hin und wieder auftretende Kopfschmerzen und ähnliches an ihren früheren gefahrvollen Zustand erinnert. Manchmal, wenn auch selten, kommt es nach 1—2 Jahren zu stärkeren, anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen, die meist in einer Kontraktion der Hirnduralnarbe ihren Grund haben, so daß eine neuerliche Freilegung derselben und eine plastische Operation geboten erscheint, die einfach und gefahrlos ist.

Es ist mir hoffentlich gelungen, innerhalb der mir zur Verfügung gestandenen kurzen Zeit im wesentlichen die Grundsätze zu erörtern und die Hauptlinien vorzuführen, von welchen wir uns bei den otogenen Hirneiterungen in unserem Denken und Handeln leiten lassen. Es kann nicht verschwiegen werden, daß, so glücklich wir auch in den letzten Jahren auf diesem Gebiete gewesen sind, doch noch alljährlich eine ganze Anzahl von Fällen diesem Leiden erliegt; aber wir können uns wohl der Erwartung hingeben, daß auf Grund der bisher erzielten Erfolge noch mehr Fälle rechtzeitig zur Operation gelangen werden, andrerseits aber auch die Fortschritte in der rationellen Behandlung insbesondere der chronischen Ohreiterungen die Entstehung des Leidens so weit als immer möglich einschränken werden.

Über Bioferrin.

Von **Dr. Julius Zwintz**, Wien.

Cloetta hat in seiner Arbeit „Über die Eisentherapie" in „Die Therapie", 1904, Nr. 8, sehr schön den Stand der Eisenpräparate einerseits, andrerseits die Bedeutung des Hämoglobins bei Stoffwechselstörungen erörtert und die Indikationen beider Heilmittelarten näher präzisiert — zugleich hat er auch gewissermaßen die Existenzberechtigung der Hämoglobintherapie festgesetzt und dem Hämoglobin, resp. speziell dem Bioferrin, einen guten Geleitbrief mitgegeben. Er kommt zu dem Resultate: „. . . das eigentliche Anwendungsgebiet für dieses Bioferrin sind also nicht die Chlorose . . ., sondern jene vielgestaltigen Zustände, in denen es zur verminderten Leistungsfähigkeit des ganzen Organismus oder einzelner Teile desselben gekommen ist, das Heer der sekundären Anämien, beruhend auf Erschöpfung, latenter Tuberkulose, Rekonvaleszenz, mangelnder Energie der ersten Lebenszeit mit oder ohne pathologischen Blutbefund." Mit diesen Worten ist bereits das ganze Anwendungsgebiet für das Bioferrin skizziert. Nicht minder trat Weissmann („Ärztliche Rundschau", 1905, Nr. 4) nach theoretischen Betrachtungen und Erwägungen für das Bioferrin ein. Was den chemischen Teil des Bioferrin anbelangt, liegen die Untersuchungen von Prof. Siegert („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 51: „Enthält das Bioferrin Tuberkelbazillen?") und ein Zeugnis von Dr. Zernik („Arbeiten aus dem pharmazeutischen Institut der Universität in Berlin", mitgeteilt in der „Apotheker-Zeitung", 1905, Nr. 18) vor. Diese Mitteilungen sollen uns hauptsächlich vor der Angst schützen, mit einem Heilmittel auf der einen Seite — schädliche Mikroorganismen in unseren Körper einzuführen.

Mir lag es nun nahe, den Versuch zu unternehmen, den Nutzen der Anwendung des Bioferrin zu zeigen. Um nun den Nährwert eines Mittels zu zeigen, gäbe es verschiedene Wege: am einfachsten wäre es, ein Tier hungern zu lassen und mit dem Hungertiere verschiedene Stoffwechseluntersuchungen vorzunehmen; eine andere Art wäre, das Tier in einen pathologischen Zustand zu versetzen, um dann an ihm die Wirkung des Bioferrin zu studieren. Ich versuchte es nun, den Nährwert an einem thyreoidektomierten Kaninchen zu erproben, ausgehend von der Tatsache, daß nach Ent-

fernung der Schilddrüse als auffallendste Erscheinung eine Abmagerung des Tieres eintritt. Ich entfernte demnach einem 1530 *g* schweren weiblichen Kaninchen die ganze Schilddrüse unter Morphiumnarkose. Das Tier überstand die Operation ziemlich gut, nur daß es danach schnarchend atmete, wenn es erregt oder in Angst war. Überhaupt fiel mir eine gewisse Nervosität bei dem Tiere auf, die sich darin äußerte, daß es bei Anwesenheit mehrerer Personen sich ängstlich zu verkriechen suchte, während doch sonst ein normales Kaninchen davon wenig irritiert wird. Dabei trat auch die schnarchende Atmung stets stärker auf, die auf den operativen Eingriff zurückgeführt wurde. Drei Tage nach dem Eingriff wiegt das Tier nur 1350 *g* und erhält einen Kaffeelöffel voll Bioferrin mittelst Schlundsonde. Zwei Tage später 1320 *g*, wieder ein Kaffeelöffel Bioferrin, einen Tag später 1300 *g*, wieder ein Kaffeelöffel Bioferrin. Vier Tage später 1165 *g*; nun bekommt es die doppelte Menge Bioferrin; zwei Tage später 1225 *g* und wieder die doppelte Menge (zwei Kaffeelöffel voll). Drei Tage später 1385 *g*, ein Kaffeelöffel Bioferrin. Drei Tage später 1335 *g*, wieder zwei Kaffeelöffel; in der folgenden Nacht geht das Tier ein. Die Sektion ergab als Todesursache: Lungenödem; Magenruptur oder Lungenentzündung, die vermutet wurden, waren nicht nachweisbar. Der Tod am 19. Tage nach der Operation stand offenbar in Zusammenhang mit dem Eingriff der Thyreoidektomie. Die Untersuchung an der Operationsstelle ergab das völlige Fehlen von Schilddrüsensubstanz, von der auch keine Spuren vorhanden war.

Zu bemerken ist noch, daß das Tier nach der Operation bis zum Tode das gleiche Futter (Trockennahrung — vorwiegend Hafer) erhielt und zur gleichen Tageszeit gewogen wurde und danach das Bioferrin erhielt. Aus dem Versuche wäre zu schließen, daß ein Kaffeelöffel Bioferrin nicht hinreichte, die Gewichtsabnahme des Tieres hintanzuhalten, jedoch bei Verabreichung von zwei Kaffeelöffeln eine deutliche Zunahme eintrat, und zwar das erstemal in zwei Tagen um 5·1%, das zweitemal in drei Tagen um ca. 13% seines Körpergewichts, jedenfalls ein sehr günstiger Erfolg, der nach einer derartigen Operation an einer relativ kleinen Tierspezies sehr zugunsten des Bioferrin spricht.

Auch in meiner Praxis kam ich oft in die Lage, das Bioferrin verordnen zu können und kann ich behaupten, daß es in allen Fällen — es handelte sich um Erwachsene — anstandslos vertragen wurde. Eine nicht unangenehme Nebenwirkung, die ich in den bisherigen Mitteilungen über Bioferrin nicht vorfand, glaube ich auf das Bioferrin beziehen zu können: bei Frauen, speziell nach Geburten, besteht öfter die Neigung zu Obstipationen; diese Stuhlträgheit hatte sich — wie mir Frauen spontan gesagt haben — während des Gebrauches des Bioferrin nicht eingestellt, so daß der Stuhl offenbar auch durch das Bioferrin geregelt wurde.

Von den verschiedenen Krankheits- resp. Rekonvaleszenzfällen, in denen das Bioferrin zur Anwendung gelangte, will ich nur einige wenige ganz kurz herausheben.

Frau H., 35 Jahre alt, von ziemlich schwacher Konstitution, mangelhaft ernährt, hat viele Geburten durchgemacht, erkrankte an Pleuritis exsudativa, die sehr langsam nach Wochen zum Schwinden kam. 8 Wochen nach Beginn der Erkrankung hatte die Frau noch einen starken Bronchialkatarrh, Rasselgeräusche fast über der ganzen Lunge etc. und war ganz heruntergekommen und appetitlos. Ihr Gewicht betrug 48 *kg*. Sie erhielt Bioferrin. Nach einer Woche betrug das Gewicht 48·45 *kg*, am Ende der zweiten Woche 49·05 *kg*; in der dritten Woche trat keine weitere Gewichtszunahme ein, es hatten sich aber auch der Allgemeinzustand und der Katarrh wesentlich verschlechtert, da die Frau gezwungen war, ihre häusliche Beschäftigung in vollem Umfange aufzunehmen.

2. Frl. H., 20 Jahre alt, seit Anfang 1905 Beschwerden allgemeiner Natur, bedingt durch zunehmende Chlorose. Nach achttägigem Gebrauch von Bioferrin tritt eine Gewichtszunahme um ½ *kg* auf trotz bestehenden Magenkatarrhs, der nebenbei symptomatisch behandelt wird.

3. Schw., Dienstmagd, 12. April erhält sie Levicowasser wegen Chlorose; seit 26. April daneben Bioferrin. Gewichtszunahme in 14 Tagen um 400 *g*, während sie bis zum Beginne der Bioferrinverordnung konstant an Gewicht abnahm; sie leistet auch schwere Arbeit, ohne sich schonen zu können.

4. Außerordentlich günstige Wirkung wurde objektiv und subjektiv erzielt bei einer Frau, welche abortiert hatte und große Mengen Blut verlor.

Im allgemeinen ist zu bemerken, daß sich beim Gebrauche des Bioferrin der Appetit sofort hebt und damit schon das Wohlbefinden eingeleitet wird.

Bioferrin erscheint dort ganz besonders angezeigt, wo starke Blutverluste nach Geburten oder nach Abortus eintraten; da kann man in rascher Zeit den Ernährungszustand des Körpers heben und rasch das Verlorene wieder ersetzen.

5. Bei einer Frau, welche viel Sorge und Leid durchgemacht hatte und in einen schweren neurasthenischen Zustand gekommen war, wobei der Appetit ganz darniederlag und eine starke Abmagerung die Folge war, versuchte ich das Bioferrin. Die Blutzählung in der Zählkammer ergab nach achttägigem Gebrauche des Bioferrins 2,720.000 rote und 6000 weiße Blutkörperchen; nach weiteren 14tägigem Gebrauche stieg die Zahl der roten Blutkörperchen auf 3,250.000 und der weißen auf 7200. Das subjektive Befinden ist ein ausgezeichnetes. Nicht nur der Appetit und die Gewichtszunahme sind gebessert, sondern auch die Stimmung der armen Frau hat sich bedeutend gehoben, so daß sie wieder Lebensfreude hat.

Das Bioferrin wird ohne Ausnahme gut vertragen, der Appetit nimmt zu, die Gewichtszunahme war typisch; sie betrug pro Woche ½ *kg*; in einem Falle sogar ¾ *kg*, so daß ich den Kranken, bei denen das Mittel zur Anwendung kam, schon vor dem Gebrauche eine Zunahme von ½ *kg* pro Woche voraussagen konnte.

Ich kann das Bioferrin demnach mit gutem Gewissen für die verschiedensten Fälle von akuten und chronischen Anämien empfehlen und brauche nur noch daran zu erinnern, welche Erfolge vor zirka einem Jahrzehnt und seither das Hämatogen hatte, nur daß wir es beim Bioferrin mit einem Präparate zu tun haben, das den strengsten Anforderungen genügt und bei dessen „Herstellung alle die wirksamen Faktoren vollständig intakt gelassen werden" (Cloetta, l. c.).

Referate.

G. Forstner (Lund in Schweden): **Über die Möglichkeit, isolierte Eiweißkörper durch die Präzipitinreaktion zu differenzieren.**

Verf. stellt die Ergebnisse seiner Untersuchung in folgenden Sätzen zusammen („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 19): Es gelingt durch die biologische Methode, in derselben Weise hergestellte Lösungen von Leber- und Nierengewebe und das Blutserum vor Meerschweinchen voneinander zu unterscheiden. Injektion von Leberextrakt von Meerschweinchen erzeugt im Serum des behandelten Kaninchens verschiedene Partialpräzipitine; einige von denselben reagieren sowohl mit Blutserum, Nieren- und Milzextrakt, als mit Leberextrakt von Meerschweinchen; andere reagieren nicht mit Milzextrakt oder Blutserum, wohl aber mit Nieren- und Leberextrakt; noch andere sind für das Lebergewebe streng spezifisch. Die durch Injektion von Nierenextrakt gewonnenen Präzipitine zeigen mutatis mutandis ganz das gleiche Verhältnis, d. h. ein Teil der Präzipitine ist für alle vier oben genannten Lösungen gemeinsam, ein anderer Teil für das Leber- und das Nierengewebe gemeinsam, ein dritter Teil ist aber für das letzte streng spezifisch. Ob der Teil von den bei Injektion von Leber- bzw. Nierenemulsionen gewonnenen Präzipitinen, welche auch mit Normalserum reagierten, wirklich durch das Leber- bzw. Nierengewebe erzeugt worden ist oder vielmehr durch die Spur von Blutserum, die trotz aller Vorsicht noch mit den Emulsionen eingespritzt worden sein dürfte, läßt sich wohl kaum mit

Sicherheit entscheiden. Jedoch ist zu bemerken, daß dieselben durch alle drei Organextrakte sehr leicht abgesättigt wurden, obgleich das diesen Lösungen — die viel mehr verdünnt waren als die injizierten Emulsionen — beigemengte Blutserum, wenn überhaupt vorhanden, außerordentlich stark verdünnt gewesen sein muß. Die durch Injektion von Milzextrakt erzeugten Präzipitine reagierten jedenfalls deutlich stärker mit Milzextrakt als mit Leber- und Nierenextrakt. Ein geringer Teil von den mit Blutserum gewonnenen Präzipitinen reagierte auch mit den Organextrakten, ein viel größerer Teil derselben war aber für das Blutserum streng spezifisch. Daß die Fällungen mit den Organextrakten von einer in denselben vorhandenen Menge von Blutserum verursacht wurden, läßt sich wohl kaum ganz ausschließen. Die Leber und die Nieren scheinen mehr gemeinsame Bestandteile zu haben als die Leber und die Milz bzw. die Nieren und die Milz. L.

ZAHRADNICKÝ (Deutschbrod): **Die medullare Anästhesie kombiniert mit dem Adrenalin oder Suprarenin.**

Verf. gebrauchte die kombinierte Medullarnarkose in 60 Fällen im Alter von 12—71 Jahren. In 58 Fällen war die Anästhesie eine totale und nur in 2 Fällen war es nötig, mit der Inhalationsnarkose nachzuhelfen: Im ersten dieser Fälle handelte es sich um einen sehr furchtsamen Menschen (50 *g* Äther), im zweiten um einen Neurastheniker (40 *g* Chloroform). Die Anästhesie war immer eine vollkommene und erstreckte sich bis zum Nabel, dreimal sogar bis zum Rippenbogen. Kollaps nur einmal bei einer 52jährigen Frau. Unbedingt, behauptet Verf., ist die Kombination der Medullarnarkose mit dem Adrenalin oder Suprarenin eine Verbesserung der Methode, denn es stellt sich die Anästhesie regelmäßig und vollständig ein und wird nicht so oft von unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Ohnmacht, Erbrechen, Kollaps, die nur selten vorkommen, begleitet. Auch die sekundären Erscheinungen sind nur unbedeutend und meistenteils fehlen sie vollkommen („Lékařské rozhledy“, 1905, Nr. 2). Die Temperatur steigt nicht so hoch, wie bei der gewöhnlichen Medullarnarkose, die Kopfschmerzen und das Erbrechen sind auch nicht so oft und von geringerer Intensität. Es wurden alte Leute bei dieser Anästhesie ohne schädliche Folgen operiert, und das in solchem Alter, wo man nur ungern zur Inhalationsnarkose greift. Mit Erfolg wurde diese Methode bei ausgesprochenen Arteriosklerotikern gebraucht, was früher als Kontraindikation galt. Nervöse und hysterische Personen wurden dreimal operiert und zweimal war die Narkose vorzüglich, nur bei der dritten war es nötig, die Inhalationsnarkose zuzugeben. Es ist, schließt Verf., eine Methode, die viele Vorzüge vor der gewöhnlichen Medullarnarkose, somit auch der Inhalationsnarkose, hat und die es verdient, bei solchen Verhältnissen weiter geprüft zu werden. STOCK.

V. BRUNS (Tübingen): **Die symmetrische Schwellung der Tränen- und Mundspeicheldrüsen in ihren Beziehungen zur Pseudoleukämie.**

Die Untersuchungen des Verf.s, die er in einem von ihm auf der BRUNSschen Klinik beobachteten Falle von symmetrischer Schwellung der Tränen- und Speicheldrüsen anstellte, sind geeignet, die von anderer Seite bereits ausgesprochene Ansicht über die Stellung dieses interessanten Krankheitsbildes zu bekräftigen. Es handelte sich um ein 4½jähriges Mädchen, das an Schwellung der Tränendrüsen, der Parotiden, der submaxillaren Speicheldrüsen und der Sublingualdrüsen erkrankte; außerdem fanden sich Lymphdrüsenschwellungen, kein Milztumor. Der Blutbefund ergab eine schwere Anämie und eine lymphatische Pseudoleukämie. Trotz der Besserung des Lokalbefundes auf Röntgenbehandlung verschlechtert sich der Allgemeinzustand unter Bildung von Hautinfiltraten und periostaler Auflagerungen und das Kind geht einige Zeit später zugrunde („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 45, H. 2). Die Untersuchung der exstirpierten Tränendrüsen ergab massenhafte Einlagerung von Lymphozyten. Verf. fand in der Literatur Fälle, die alle Übergänge darstellen von den einfachsten Fällen symmetrischer Schwellung (ohne jeden Nebenbefund) bis zu den Fällen, die mit den schwersten leukämischen und pseudoleukämischen Symptomen kombiniert waren, und glaubt daher, daß eine strenge Scheidung dieser nur graduell verschiedenen Fälle nicht am Platze sei. Als Ursache der Erkrankung nimmt Verf. ein infektiöses Agens an, das wahrscheinlich auf dem Wege der Blutbahn sich ausbreitet und sowohl die Drüsen als auch das Blut schädigt. ERDHEIM.

ZENJIRO INOUYE und **TOME KITI KASHIWADO** (Chiba-Japan): **Über die Resorption von Atropin, Salol, Salizylsäure und Rhabarber im Magen.**

Verff. fanden („Arch. f. Verdauungskrankh.“, 1905, Bd. 10, H. 6): Atropinlösung wird im Magen des Hundes und der Katze nicht resorbiert. Wenn man das Salol in den isolierten Magen des Hundes bringt, dessen Inhalt auf HCl reagiert, so tritt die Salizylsäure im Harn auf. Bringt man das Salol unter die Haut des Hundes, so tritt ebenfalls die Salizylsäure im Harn auf. Aus diesen Ergebnissen kann man den Schluß ziehen, daß das Salol von der Magenschleimhaut des Hundes resorbiert, dann im Körper (Blut) zersetzt wird und sein Spaltungsprodukt (Salizylsäure) im Harn zum Vorschein kommt. Wenn das Salol unter Einwirkung des Magenschleims in Phenol und Salizylsäure sich zersetzt, so muß die letztere vom Magen resorbiert werden. Aus dieser Tatsache kann man darum auch schließen, daß die Salolprobe zur Prüfung der motorischen Tätigkeit des Magens nicht verwertet werden kann. Rhabarber wird von der Magenschleimhaut des Hundes nicht resorbiert. Die HERSCHELTsche Probe ist unsicherer als die Methode von PENZOLDT und FABER. B.

EICHHORST (Zürich): **Über multiple Arterienthrombose.**

In zwei vom Verf. beobachteten Fällen sind vielfache Thromben in den verschiedensten Venen und Arterien zustande gekommen, bei der ersten Kranken mit Bevorzugung der Arterien, bei der zweiten mit einer solchen der Venen. Bei beiden Kranken fand sich am Herzen keine Veränderung, welche darauf hindeutete, daß es sich wenigstens in den Arterien um Embolien gehandelt haben könnte. In beiden Beobachtungen bestanden Zeichen allgemeiner Sepsis, und beide Male sprach Alles dafür, daß man es mit einer lokalen infektiösen, aber multiplen Erkrankung der Arterien und Venenwände zu tun gehabt habe, an die sich eine multiple Gefäßthrombose anschloß („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 80, H. 1 und 2). Aus beiden Beobachtungen geht hervor, daß allgemeine Infektionen zu lokalen Schädigungen der Gefäßwand führen, die wieder ihrerseits Thromben in den Arterien und Venen bedingen. Die Zahl der erkrankten Gefäße kann eine sehr bedeutende sein, so daß man sich fast wundern muß, daß trotzdem das Leben verhältnismäßig lange Zeit fortbestehen kann. Die von den thrombosierten Gefäßen mit Blut versorgten Eingeweide leiden unter Umständen überraschend wenig. Störungen eines solchen Gefäßverschlusses treten mitunter genau so plötzlich wie ein embolischer Gefäßverschluß ein, und klinisch ist eine Untersuchung kaum möglich. Bei jedem thrombotischen Gefäßverschluß ist eine genaue mikroskopische Untersuchung der Gefäßwand notwendig, denn nur diese entscheidet, ob autochthone Thrombose oder Embolie, und bei Thrombose, ob eine Thrombose allein infolge von Endarteriitis oder von Entzündung der Adventitia und Media vorliegt. BR.

P. G. UNNA (Hamburg): **Über Keraminseife.**

Die Keraminseife ist nicht überfettet, nur neutral; die Anweisung spricht nicht von gleichzeitigem Salbengebrauch. Nach UNNAs Erfahrungen („Monatsh. f. prakt. Derm.“, Bd. 39) ist die erste Wirkung der Seife in jedem Falle von krustösem Ekzem des Kindskopfes eine vollkommene Desodorisierung der Krusten und eine für die Umgebung sehr merkliche Verminderung des Juckens, also auch des Kratzens. Sodann ergibt die weitere Beobachtung eine stetig zunehmende Trockenheit der Hautoberfläche. In solchen Fällen kann die Keraminseife natürlich nicht mit der üblichen Zinkschwefelpaste, unterstützt durch Ölbäder des Kopfes und Salbenmullverbände, konkurrieren, und es liegt hier offenbar eine Grenze der Wirksamkeit der Seife vor, die erst durch gleichzeitigen Gebrauch von Ölbädern oder sonstiger Schmiermittel aufgehoben werden kann. Sehr



günstig erwies sich dagegen die Eintrocknung des Ekzemgrundes bei allen leichteren, vesiko-papulösen Ekzemen in der Umgebung stark nässender und krustöser Partien, die der Ausbreitung der letzteren vorangehen und mit deren Beseitigung das Ekzem zum Stillstande gelangt. Dieselbe günstige Wirkung ließ sich auch noch wahrnehmen bei jenen besonders im Beginn der wärmeren Jahreszeit so häufig auftretenden und rasch universell werdenden Ekzemen, die aus münzenförmigen Flecken, gelbbraunen bis gelbroten Effloreszenzen bestehen und deutlich die Charaktere seborrhoischer Ekzeme an sich tragen (Ekzema seborrhoicum papulatum). Sie war um so besser, je fettiger und hyperämischer, um so geringer, je trockener die Flecke waren. Dagegen versagt die Wirkung vollkommen bei noch schwereren Formen mit psoriasiformem Habitus der Efflorenzenzen (Ekzema seborrhoicum psoriasiforme). Einen geradezu auffallend günstigen Effekt erzielte UNNA hinwieder bei allen intertriginösen Ekzemen sowohl der Inguinal- und Analgegend, wie des Halses und Nackens bei fetten Kindern. Die Keraminseife besitzt eine nur geringe Verträglichkeit gegenüber anderen guten Ekzemmitteln, so zumal gegenüber der Zinkschwefelpaste. Daher ist der naheliegende Gedanke, sie mit diesem universellsten aller Ekzemmittel zu kombinieren, gar nicht in allen Fällen durchzuführen; wenigstens nicht, wenn die Keraminseife in der empfohlenen Weise zwei- bis dreimal täglich eine längere Zeit eingeschäumt wird und der Schaum auf der Haut eintrocknet. Bei Impetigo vulgaris war die Wirkung der Seife durchaus befriedigend; eine Zwischenbehandlung mit Zinkschwefelpaste wurde hier in allen Fällen gut vertragen. Sehr gut wirkten ferner einfache tägliche Waschungen mit der Keraminseife bei weit über den Körper verstreuten einfachen Follikulitiden trocken-entzündlicher oder eitriger Art, besonders bei fettreicher Haut. Ein gutes Adjuvans bildet die Keraminseife ferner bei der echten, juvenilen Akne pustulosa des Gesichtes, der Brust und des Rückens. Ebenfalls unterstützend wirkt der häufige Gebrauch der Seife beim Lupus des Gesichtes, wenn derselbe mit starker Hyperämie und Krustenbildung kompliziert ist. Endlich hat UNNA noch einen entschieden günstigen Einfluß täglicher Waschungen bei allen Arten der Urtikaria gesehen, sowohl des Lichen urticatus der Kinder wie der Urticaria chronica und des akuten QUINCKEschen Ödems der Erwachsenen, wie selbst auch der Urticaria pigmentosa und Urticaria factitia (zwei Fälle). Bei letzteren gebrauchte er die Seife nicht allein, sondern gleichzeitig mit Ichthyolfirnis und Aspirin-Ichthyoltabletten innerlich. G.

HEUKING (St. Petersburg): **Einiges über stärkere Blutungen nach Operationen an hypertrophischen Gaumentonsillen.**

Verf. hat in 5 Fällen Gelegenheit gehabt, stärkere Blutungen nach Abtragung der hypertrophischen Gaumentonsillen zu beobachten; in 4 Fällen handelte es sich um Tonsillenoperationen; das eine Mal wurde eine Exstirpation der hypertrophischen Mandel mit der Schere angestrebt. Die Blutung erfolgte jedesmal aus dem bei der Abtragung der Mandel angeschnittenen hinteren Gaumenbogen (Arc. palatopharyngeus). Auf diese Quelle der Blutung wird weder in den chirurgischen, noch den spezialistischen Werken aufmerksam gemacht. Die Hartnäckigkeit der Blutung erklärt sich zur Genüge aus dem Umstande, daß hierbei eine nicht ganz unbeträchtliche Muskelwunde gesetzt wird (der hintere Gaumenbogen besteht aus recht massiver, von Schleimhaut überkleideter Muskelsubstanz); bei jedem Schluck- und Sprechakte, nicht weniger aber bei den meist zur Blutstillung angewandten Manipulationen wie Abtupfen, Aufpinseln von Stypticis, kurzdauerndes Aufdrücken von mit Stypticis getränkten Wattebäuschchen etc. wird an dieser Wunde gezerrt und die Bildung eines soliden Blutschorfes nicht gefördert, sondern eher verhindert. Die Verletzung des hinteren Gaumenbogens findet besonders bei jenen hypertrophischen Rachentonsillen statt, bei denen die Mandelgeschwulst in Form einer Halbkugel zusammen mit den ihrer Basis festanliegenden Gaumenbögen sich gegen die Mittellinie der Fauces vorwölbt; der Gaumenbogen wird weniger der Verletzung ausgesetzt in jenen Fällen, wo die hypertrophische Tonsille mehr in Gestalt eines gestielten Tumors über das Niveau der Gaumenbögen frei hervortritt. Der Gebrauch des Tonsillotoms scheint mehr zur Verletzung zu disponieren als der des Messers oder der Schere, wahrscheinlich weil man beim Gebrauch letzterer das Operationsfeld besser im Auge behält, als bei Benutzung des automatisch wirkenden Tonsillotoms. Therapeutisch komme sofort die Kompression der blutenden Stelle mittelst des in den Mund des Kranken eingeführten Zeigefingers zur Anwendung. Bei schwersten, sofort mit großer Vehemenz auftretenden Blutungen, bei denen der Verdacht auf Verletzung einer der größeren Arterienstämme begründet ist, würde die Fingerkompression vom Munde aus nicht genügen und nur die Unterbindung der Karotis Abhilfe schaffen. G.

KASIMIR STRZYZOWSKI (Warschau): **Über eine in der Praxis leicht durchführbare Harnreaktion bei Diabetes.**

Setzt man zu einem zuckerhaltigen Harn 5%ige Formalinlösung hinzu, so entsteht in vielen Fällen nach 24—48 Stunden eine glänzende grünliche Färbung, die desto intensiver sein wird, je mehr abnorme Stoffwechselprodukte (Azeton, Essigsäure etc.) im Harn enthalten sein werden. Während bei gewöhnlicher Zimmertemperatur die Grünfärbung nach 24—48 Stunden eintritt, tritt sie bei höherer Temperatur (50—60°) etwas früher und bei niedrigerer (0—10°) etwas später ein. Durch zahlreiche Beobachtungen hat („Wratschebnaja Gazetta", 1905, Nr. 3) sich Verf. überzeugt, daß diese Reaktion bei leichten Formen von Diabetes fehlt, während der positive Ausfall der Reaktion auf eine ernste Form schließen und eine infauste Prognose stellen läßt. Bemerkenswert ist noch der Umstand, daß man die Ursache dieser Reaktion auf das Vorhandensein der oben erwähnten abnormen Stoffwechselprodukte im Harn nicht zurückführen kann. Das bei dieser Reaktion entstehende Pigment ist alkalisch und löst sich am besten in Chloroform. Zu diesem Zwecke sättigt man den Harn mit Ammoniak (3 cm^3 zu 100 Harn), filtriert und schüttelt mit 10 bis 20 cm^3 Chloroform. Das Filtrat hat dann eine sehr schöne blau-grüne Farbe. Bei Zusatz von zirka 40 cm^3 mit einem Tropfen Salzsäure angesäuerten Wassers fällt das Pigment wieder aus der Chloroformlösung aus und die entstehende wässerige Lösung des Pigments absorbiert die blauen und blau-violetten Strahlen des Spektrums. Die chemische Zusammensetzung des Pigments ist noch nicht festgestellt; wahrscheinlich handelt es sich um ein Stoffwechselprodukt, welches mit dem Formalin ein grünes Kondensationsprodukt gibt, aber weder mit dem Fluoreszin, noch mit dem grünen Pigment, welches vom Bacillus pyocyaneus produziert wird, identisch ist. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Über die **Behandlung des inveterierten Pruritus ani** berichtet CHARLES BALL („Brit. med. Journ.", 1905, Nr. 3). Er durchtrennt alle die Umgebung des Afters versorgenden sensiblen Nervenzweige, die von Ästen des 3. und 4. Sakralnerven stammen, auf den Levator ani herabsteigen und den Sphincter extern. durchbohrend zur Haut gelangen, bevor sie in diese eintreten. Das juckende Territorium um den Anus bildet gewöhnlich eine Ellipse und sein antero-posteriorer Durchmesser ist reichlich zweimal so groß als der quere. Verf. umschneidet nun dieses Gebiet so, daß nur vorn und hinten eine schmale Brücke undurchtrennt bleibt, und präpariert von dem Schnitt aus mit der Schere auf beiden Seiten die Haut nach dem After hin bis in die Gegend, wo sie in die Mastdarmschleimhaut übergeht, von dem darunterliegenden Sphincter externus ab; in gleicher Weise unterminiert er auch die vorn und hinten stehen gebliebene Hautbrücke. Nach sorgfältigster Blutstillung wird dann der Lappen wieder in die richtige Lage gebracht und durch Nähte fixiert. Die unmittelbare Folge des Eingriffs ist, daß die ganze umschnittene Partie anästhetisch wird und das Jucken aufhört. Auch wenn die Sensibilität später sich wieder einstellt, kehrt der Pruritus nicht zurück.

— Das Prinzip der **Phlebitisbehandlung** ist nach MARCHAIS („Gaz. des hôpit.", 1905, Nr. 15), so lange zu immobilisieren, als die Gefahr einer Embolie besteht und zu massieren usw., sobald diese nicht mehr zu befürchten ist. Der Beginn einer Phlebitis kündigt





sich durch Temperatursteigerung, welche sich auch bei jedem Nachschub einstellt, an. Es bleibt Regel, bei Phlebitis keine Massage oder Bewegungstherapie zu machen, bevor 14 Tage seit der letzten Temperaturerhöhung verstrichen sind; nach 5—6 Tagen fieberloser Zeit kann man plötzlich wieder Ansteigen der Temperatur sehen und muß dann wieder auf 14 Tage Ruhe verordnen. Ähnlich wie bei der puerperalen sind die Verhältnisse bei Phlebitis nach Typhus, Erysipel, Tuberkulose und anderen Infektionen. Bei Phlebitis suppurativa, die nichts anderes als eine Periphlebitis ist, gelten die gleichen therapeutischen Vorschriften. Die Fälle von subakuter, rezidivierender Phlebitis, wie sie bei Varizen, bei Gicht, Rheumatismus, vorkommen, sind langwieriger und bezüglich des Zeitpunktes der Massage noch sorgfältiger zu beobachten. Die Anwendung einer Hohlschiene zur Ruhigstellung empfiehlt MARCHAIS, wenn beide Beine befallen sind. Bezüglich der Bewegungstherapie gibt er den Rat, in den ersten vier Tagen passive Bewegungen mit den Zehen und im Fußgelenk und ganz leichte Streichungen zum machen, ohne das Bein von der Unterlage zu heben; am fünften Tage macht der Kranke selbst diese Bewegungen und am Ende der ersten Woche läßt man Bewegungen im Knie vornehmen und massiert die Muskulatur. Nach 8—10 Tagen kommt das Hüftgelenk an die Reihe und nach zirka 14 Tagen kann der Patient einige Schritte gehen; dabei sollte er sich aber keines Stockes oder keiner Krücke bedienen, welche fehlerhafte Haltung begünstigen, sondern von irgend jemandem gestützt werden. Das in den ersten Tagen auftretende Ödem wird allmählich zurückgehen und ist ohne Bedeutung, bedarf also keiner künstlichen Mittel, wie Bindenwicklung.

— In einigen Basedow-Fällen hat PETERS von der Darreichung des **Antithyreoidin Moebius** guten Erfolg gesehen („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 11). Er ließ z. B. eine Patientin jedesmal innerhalb zweier Tage 10 cm^3 einnehmen, und zwar so, daß sie mehrfach am Tage 10 Tropfen nahm, bis das halbe Fläschchen = 5 cm^3 verbraucht war. Daneben gab er dreimal täglich 5 Tropfen Strophanthus. Das Resultat war folgendes: Die Glotzaugen sind bis auf einen geringen Grad zurückgegangen, die Schwellung der Schilddrüse ist fast gänzlich geschwunden, das Schwirren in derselben hat bedeutend nachgelassen, Herzklopfen und Zittern sind besser, das Allgemeinbefinden ein solches, daß die Frau außer Bett sein, im Zimmer herumgehen, auch wieder vor dem Haus in der Sonne sitzen konnte. Aszites hat sich nochmals eingestellt, jedoch nicht in dem Grade wie vorher, eine erneute Darreichung von Theophyll. Natr. hatte den gleich guten Erfolg wie vordem; die Urinmenge stieg prompt an, der Leib wurde kleiner und weicher. Ödem der Beine fehlte. Ähnlich war der Erfolg in zwei anderen Fällen des Autors. Ähnliches berichtet DÜRIG (Ibidem, 1905, Nr. 18).

— Über **Myringotomie** als Mittel zur Gehörverbesserung bei chronischer Otitis berichtet STEFANOWSKI („Archiv f. Ohrenheilkunde", Nr. 62) folgendes: Die Myringotomie ist leicht ausführbar, fast schmerzlos und weder quoad vitam noch quoad functionem mit einer Gefahr verknüpft, und infolgedessen muß die Myringotomie möglichst häufig als ein Mittel angewendet werden, welches das Gehör zu bessern und das Ohrensausen zu verringern vermag. Die Myringotomie ist also ein Mittel, welches bei Otitis media chronica das Gehör bessert. In den Fällen des Verf.s ergaben sich in 62·5% Besserungen, darunter in 12·5% vollständige Heilung. In sämtlichen Fällen hat die Operation das Ohrensausen verringert oder vollständig beseitigt. Der Kopfschwindel verschwand vollständig oder ließ bedeutend nach. Die Anfälle wurden seltener, die Intensität schwächer, Übelkeit und Erbrechen kamen nicht mehr vor. Je früher man zu der Operation schreitet, desto sicherer kann man auf einen Erfolg rechnen. Nur in zwei Fällen hat Verf. einen Teil des Hammers und das ganze Trommelfell entfernt und in beiden Fällen Besserung erzielt; in den übrigen Fällen haben die Patienten in diese radikalere Operation nicht eingewilligt. In sämtlichen Fällen verlief die Operation gut ohne üble Zufälle und ohne Komplikationen. In drei Fällen wurde ein Versuch mit dem Tragen eines künstlichen Trommelfells gemacht; dabei besserte sich stets das Gehör; da aber die Patienten es nicht erlernen konnten, die Wattekügelchen von Zeit zu Zeit selbst auszuwechseln, so mußte sich die Beobachtung auf die Zeit beschränken, während welcher sich die Patienten unter der Überwachung des Verf.s befanden. Bei sämtlichen Patienten ist während der Behandlungsperiode eine Verwachsung der künstlichen Öffnung im Trommelfell nicht eingetreten.

— Im Laufe seiner Beobachtungen an Diabetikern hat KAUSCH gefunden („LANGENBECKs Arch.", Bd. 74), daß bei **Operationen an Diabetikern** die Narkose die größte Schädlichkeit darstellt; er rät daher, die Inhalationsnarkose zu meiden und durch Lokalanästhesie zu ersetzen. Die Chloroformnarkose schädigt die Diabetiker mehr als die Äthernarkose und ist daher zu verwerfen; für kurze Narkosen ist der Ätherrausch empfehlenswert. Mehrere hintereinander folgende Narkosen sind, als besonders schädlich, zu meiden, und die Dauer der Narkose soll nach Möglichkeit abgekürzt werden. Außerdem muß man trachten, die Hungerzeit vor der Narkose auf das Möglichste einzuschränken, daher sollen Diabetiker frühmorgens narkotisiert werden. Jeder Diabetiker soll, wenn möglich, vor der Narkose in das zuckerfreie Stadium gebracht werden, außerdem sollen Alkalien in größerer Menge, bis zur alkalischen Reaktion des Urins, gereicht werden, um dem Koma entgegenzuarbeiten. Bei eingetretenem Koma ist eine energische Natrontherapie, eventuell der Versuch mit Kohlehydratsäuren (Glykuronsäure), einzuleiten.

— Das **Stypticin** gebraucht ISENBURG („Medico", 1905, Nr. 17) seit fünf Jahren. Dasselbe verursacht niemals unangenehme oder gar bedrohliche Erscheinungen. Auch bei längerer Darreichung sind Nebenwirkungen nicht beobachtet worden. Die wirksame Dosis liegt zwischen 0·05—0·1 *g* und wird 4—8mal pro die verabreicht. Da es einen intensiv bitteren Geschmack hat, empfiehlt es sich, das Medikament in Pulverform mit Saccharum oder in der Form der von MERCK hergestellten überzuckerten Tabletten, à 0·5 *g*, zu verordnen. Die subkutane Anwendung hat sich nach GOTTSCHALK wirksamer erwiesen als die per os. Erstere Form ist auch deswegen zu empfehlen, weil die Injektion nur wenig schmerzhaft ist und bei vorschriftsmäßiger Antisepsis entzündliche Reaktion an der Einstichstelle nicht eintritt. Verf. verordnete das Stypticin zumal bei rein klimakterischen Blutungen und bei Menorrhagien infolge mangelhafter Involution nach Geburt oder Abort.

— Als **Medikation bei Pruritus ani** ist empfehlenswert („Zentralbl. f. d. ges. Therap.", 1905, Nr. 4):

Rp.	Aluminis	0·4
	Calomelan.	1·0
	Glycerini	30·0
MDS.	Auf die wunde Fläche zu streichen.	

Oder

Rp.	Liq. plumb. subacet.	4·0
	Lactis	ad 25·0
MDS.	Täglich auf die wunden Stellen zu bringen	

Ferner

Rp.	Acid. carbolic.	
	Zinci oxydat.	aa. 4·0
	Glycerini	12·0
	Aq. Calcis	ad 250·0
MDS.	Ein- oder zweimal täglich aufzutragen, um das Jucken zeitweilig zu mildern	

Auch

Rp.	Acid. carbolic.	4·0
	Calamin. praeparat.	8·0
	Zinci oxydat.	16·0
	Glycerini	24·0
	Aq. Calcis	30·0
	Aq. Rosae	ad 250·0
MDS.	Mittelst Kompressen auf die wunde Fläche zu bringen.	

Bei Exkoriationen der Schleimhaut:

Rp.	Extr. Hamamelid. fluid.	30·0
	Extr. Secal. cornut. fluid.	
	Extr. Hydrast. fluid.	
	Tct. Benz. comp.	aa. 8·0
	Ol. carbol. (5%)	30·0
MDS.	Vor dem Gebrauch gut umschütteln.	

— Die **flüssige Somatose** stellt nach den Erfahrungen von LUTAUD („Journ. d. Méd.") eine angenehm schmeckende gebrauchsfertige Form der bekannten pulverförmigen Somatose vor. Sie kommt in zwei Sorten in den Handel: süß — eine süßlich-mild aromatisch schmeckende Flüssigkeit, herb — eine würzig nach Suppenkräutern schmeckende Flüssigkeit. Erwachsene nehmen 2—4mal im Laufe

des Tages, wenn möglich eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten, je einen Eßlöffel voll; Kinder, entsprechend dem Alter, je einen Teelöffel bis einen halben Eßlöffel voll. Die flüssige Somatose „herb“ wird am besten mit der 2—3fachen Menge Wasser verdünnt gereicht oder während der Mahlzeit in Fleischbrühe, Suppe, Gemüse u. dgl. untergebracht.

— Aus den klinischen Beobachtungen über die **Wirksamkeit des Ferratins** von A. VARESE („Annal. di Farmacoterap.“, Mailand 1905) geht folgendes hervor: Verf., der an dem Krankenmateriale der medizinischen Klinik zu Cagliari seine Versuche angestellt hat, teilt eine Reihe ausführlicher Krankengeschichten mit und gelangt zu dem Schlusse, daß das Ferratin bei allen Krankheiten, die aus der Blutarmut entspringen, als Heilmittel von größtem Nutzen ist, da es schon in kurzer Zeit den Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen vermehrt, das Körpergewicht steigert und von allen anderen Eisenpräparaten anhaftenden Nebenerscheinungen frei ist. Die gute Bekömmlichkeit des Präparates hebt Verf. besonders hervor.

Literarische Anzeigen.

An Introduction to Dermatology, by **Norman Walker.** Mit 49 Tafeln und 50 Illustrationen; 3. Auflage, verbessert und vermehrt. Bristol 1904, John Wright & Co.

Seit dem Jahre 1899 hat das Buch die 3. Auflage erlebt, und schon das ist ein Beweis für den Wert des Buches und die große Beliebtheit bei den Landsleuten des Verfassers. In gedrängter Kürze werden Ätiologie, pathologische Anatomie, Differentialdiagnose und Klinik, schließlich Therapie bei den einzelnen Dermatosen abgehandelt. Das Hauptgewicht legt dabei Verfasser auf Differentialdiagnostik und namentlich Therapie, bei der die neuesten Methoden berücksichtigt werden. Zuerst gibt Verfasser einen kurzen Überblick der Histologie der Haut; dann die Einteilung, der er gefolgt ist und die sich an die von UNNA gegebene anlehnt. Er unterscheidet, Anomalien der Sekretion, Sensation, Zirkulation, Entzündungen, Neubildungen, Mißbildungen, Saprophyten und Pigmentanomalien. Die Entzündungen teilt Verf. ein in traumatische, infektiöse und neurotische. Auffallend ist es, daß z. B. Cheiropompholi, Sudamina, Miliaria zu den infektiösen Entzündungen gerechnet werden, ebenso Seborrhöe und Psoriasis; sogar die Ichthyosis wird in diese Gruppe eingereiht. Zwischen Epizoen- und Bakterienerkrankungen könnte eine schärfere Grenze gezogen werden, als dies Verfasser tut. Dann folgt ein kurzes Kapitel über den Vorgang bei der Diagnosenstellung und schließlich eine präzise Abhandlung über allgemeine Therapie der Hautkrankheiten, mit einem besonderen Abschnitt über Röntgenstrahlen und Lichttherapie. Nun folgen die einzelnen Dermatosen entsprechend der obigen Einteilung. Den Kapiteln der wichtigeren Dermatosen sind zum Teil farbige Abbildungen, zum Teil Abbildungen nach Photographien beigegeben, und es ist gewiß ein Vorteil, daß damit nicht gespart wurde. Leider sind die farbigen Abbildungen nicht besonders gut ausgefallen, so daß manche geeignet sind, mehr Verwirrung als Klärung der Diagnose herbeizuführen. Die photographischen Tafeln sind sehr gut ausgeführt, und es wäre vielleicht von Vorteil gewesen, nur solche anzuwenden. Doch ist dies nur ein geringer Nachteil, und im ganzen und großen kann das Buch zur raschen Orientierung in puncto Differentialdiagnose und Therapie bestens empfohlen werden. E. F.

Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von **Dr. Ernst v. Leyden,** o. ö. Professor an der Universität Berlin, und **Dr. Felix Klemperer,** Privatdozent an der Universität Berlin. Berlin und Wien 1904, Urban & Schwarzenberg. Lieferung 126—127 und 139—142.

Die vorliegenden Lieferungen bilden den Hauptteil des Bd. 7, Kinderheilkunde, des großen Werkes. Sie enthalten folgende Themen: Säuglingsskorbut (BARLOWsche Krankheit) bearbeitet von H. NEUMANN, Keuchhusten, bearbeitet von A. BAGINSKY, Parotitis epidemica von H. FALKENHEIM, die funktionellen Nervenkrankheiten von H. NEUMANN, Rachitis von J. ZAPPERT, Krämpfe bei Kindern von K. HOCHSINGER, über einige dem Kindesalter eigentümliche Erkrankungen der Nase und des Rachens von J. ZAPPERT, die chronischen Verdauungsstörungen des Säuglingsalters von B. BENDIX, die Krankheiten des Neugebornen in den ersten Lebenstagen von C. KELLER. Eine ausführliche Besprechung der einzelnen, groß angelegten Vorlesungen entzieht sich dem Referate. Es sei nur betont, daß auch diese Lieferungen für die ausgezeichnete Durchführung des schönen Planes der Herausgeber zeugen. NEURATH.

Über Gehirnzystizerken. Von **F. Marchand.** Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge 371.

Der Vortrag MARCHANDs enthält die Mitteilung einer Reihe interessanter einschlägiger Fälle, woran sich eine eingehende Besprechung der anatomischen Veränderungen unter Berücksichtigung der Literatur knüpft. Auch die klinischen Symptome werden entsprechend gewürdigt und aus den Leichenbefunden erklärt. Dr. S.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

XIV. Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft.

Homburg v. d. H., 9. und 10. Juni 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

II.

SCHÖNEMANN (Bern): **Bestehen Beziehungen zwischen der Schläfenbeinform und der Konfiguration der Paukenhöhle?** (Mit Demonstrationen.)

Als die zwei Grundformen der Schläfenbeine unterscheidet SCHÖNEMANN den flachdachigen und den spitzdachigen Felsenbeinpyramidentypus.

Auf die absolute Lage der Trommelfellebene im Schädel (Messungen mit dem Goniometer) hat die Spitzdachigkeit oder Flachdachigkeit keinen sichtlichen Einfluß, dagegen ist die Form der Trommelhöhle bei spitzdachigen Pyramiden, wie an 72 Knochenpräparaten gezeigt wird, anders als bei flachdachigen. Bei spitzdachigen Pyramiden nähert sich der Sinus der hinteren Gehörgangswand viel mehr als bei flachdachigen Pyramiden dem Nullpunkte.

ALBRECHT (Heidelberg): **Die Prognose der Frühfälle von akuter Mittelohrentzündung.**

Nur die innerhalb der ersten 3 Erkrankungstage in Behandlung kommenden Otitiden können allein ein richtiges Bild vom Ablauf der akuten Mittelohrentzündung geben, weil sie leichte und schwere Fälle im wahren Prozentverhältnisse wiedergeben. Genuine Erkrankungen sind von sekundären, d. h. im Anschluß an Infektionskrankheiten oder Konstitutionsanomalien entstehende Affektionen bei der Statistik streng zu trennen, weil sie sowohl in bezug auf die Restitutio ad integrum als auch auf die Funktion sehr differieren.

Ein Vergleich der spontan perforierten und der parazentesierten Fälle ergab das überraschende Resultat, daß letztere den ungünstigeren Verlauf nahmen; ALBRECHT will jedoch aus diesem Ergebnis keine allgemein bindenden Schlüsse gezogen, noch die Indikationsstellung für die Parazentese geändert wissen.

Scheibe (München): Nach Ansicht SCHÖNEMANNS gibt es zwei zuverlässige Methoden, die wichtige Frage der besten Therapie der akuten Mittelohrentzündungen zu lösen: Man behandelt ohne Auswahl die auf die geraden Nummern des Krankenjournals treffenden Fälle nach der bisherigen Methode; die ungeraden Fälle auf die von anderer Seite vorgeschlagene Weise. Oder auch man legt der Untersuchung die Statistik zugrunde, welche ALBRECHT für die Frühfälle angegeben hat; auch diese Methode muß zum Ziele führen, wenn andere Kollegen, welche die von der ALBRECHTschen (BEZOLDschen) Behandlungsweise abweichende Therapie in Anwendung bringen, in gleicher Weise verfahren. Die Frage nach dem Werte der Parazentese, der Ausspritzungen, der Borsäureinsufflation, der warmen Umschläge, der Eisapplikation harren noch ihrer definitiven Lösung. Nur eines beweist die ALBRECHTsche Statistik auch in therapeutischer Beziehung schon jetzt, nämlich, daß die Vorwürfe, welche gegen die BEZOLDsche Behandlungsmethode — Luftdusche, Ausspritzung, Borsäureinsufflation nach erfolgter Austrocknung — fortgesetzt erhoben werden, nicht berechtigt sind.

BLOCH (Freiburg) beschreibt und zeigt einen einfachen Apparat, der für alle Stimmgabeln bis zur eingestrichenen Oktave hinauf einen zuverlässigen Ausgangspunkt der Hörmessung abgibt. Der Apparat, zwei Metallplatten mit Ausschnitten, auf beide Zinken montiert, leistet

erheblich mehr als die ähnliche optische Methode von GRADENIGO und eignet sich im Gegensatz zum OSTMANNschen Verfahren auch für die Messung des Gehörs in Knochenleitung.

A. POLITZER (Wien): **Labyrinthbefunde bei chronischen Mittelohreiterungen.**

POLITZER bespricht unter Vorführung von großen Zeichnungen und Lupenpräparaten 11 Fälle von seinen bisher untersuchten 21 Fällen, welche die verschiedenartigen Veränderungen an den Labyrinthfenstern, im Vorhof, den Bogengängen und der Schnecke zeigen. Bei fast der Hälfte der untersuchten Fälle war Meningitis die Todesursache. POLITZER fand öfter bei Durchbruch der Eiterung von der Schnecke in den Gehörgang den peripheren Teil der Hörnerven eitrig infiltriert und mehrere Male diesen Teil von dem zentralen Teil des Akustikus durch eine Demarkationslinie markiert. Nach kurzen Bemerkungen über Diagnose und Prognose der Labyrintheiterungen bespricht POLITZER die bisherigen Operationsmethoden und geht näher auf eine von seinem Assistenten K. NEUMANN vorgeschlagene Methode ein, bei welcher man nach sorgfältiger Abmeißelung des hinteren inneren Teiles des horizontalen Bogenganges mit Schonung der Fazialis bis zum äußeren Gehörgange vordringt und das in den inneren Gehörgang eindringende, den Akustikus und Fazialis einschließende Segment der Dura freilegt, wodurch im Falle einer eitrigen Affektion des peripheren Teiles des Hörnerven dieser freigelegt wird. Von den an der Klinik POLITZERS operierten Fällen wurde bisher in 6 Fällen Heilung erzielt.

MANASSE (Straßburg): **Über chronische, progressive labyrinthäre Taubheit.**

MANASSE hat 29 Felsenbeine mit chronischer progressiver Taubheit mikroskopisch untersucht. Davon zeigten typische Spongiosierung mit Stapesankylose nur 3. Stapesfixierung durch Kalk bzw. Bindegewebsneubildung am Stapes 2. Die übrigen 24 wiesen ausschließlich Veränderungen am schallempfindenden Apparat auf, also Labyrinth und N. acusticus, die hauptsächlich an 4 Stellen beobachtet wurden: 1. am Ductus cochlearis; 2. am Gangl. cochleare; 3. an den feinen Nervenkanälchen der Schnecke; 4. am Stamm des N. acusticus. Die Veränderungen bestanden in Atrophie bzw. Degeneration der präformierten nervösen Elemente, also des CORTIschen Organes, des Gangl. cochleare, der feinen Nervenverzweigungen des Stammes des Akustikus sowie in Neubildung von Bindegewebe.

BRÜHL (Berlin): **Schneckenschnitte von einem 44jähr., im Verlaufe von Tabes ertaubten Manne.**

Es handelt sich um hochgradige Degeneration des Hörnerven und des Spinalganglions der Schnecke bis in die Kerne der Medulla oblongata.

ALB. BLAU (Görlitz): **Über den experimentellen Verschluß des runden Fensters.**

Es wurde bei 25 Katzen bzw. Hunden das runde Fenster fest verschlossen und die Tiere 14 Tage bis 5 Monate am Leben erhalten. Die doppelseitig operierten Tiere verhielten sich reaktionslos dem Schall gegenüber, die einseitig operierten normal bzw. bei Annäherung an die operierte Seite ab und zu träger. Es traten Gangstörungen auf, Schwanken, Schiefgehen etc., die nach mehr oder weniger langer Zeit schwanden.

HEINE (Berlin): **Über die Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrentzündung mittelst Stauungshyperämie nach BIER.**

Der Vortragende hat an der LUCAEschen Klinik mit diesem Verfahren 19 Fälle bzw., da 4 doppelseitig waren, 23 Mittelohrentzündungen behandelt, die sich auf folgende Gruppen verteilten: Otitis media ohne Perforation 2, Otitis media perforativa ohne Mastoiditis 3 bzw. 4, Otitis med. mit Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes ohne Schwellung 6, mit Infiltration der Weichteile 5, mit subperiostalem Abszeß 3. 9 Fälle sind gänzlich geheilt worden, bei 2 ist die Mastoiditis — wenigstens äußerlich — zurückgegangen und 8 sind operiert worden. Bei den übrigen 4 Ohren plus den 2 obenerwähnten wird die Stauung noch fortgesetzt. Unter den Geheilten befinden sich 3 Fälle von Abszeß, bei denen der Eiter nur durch eine kleine Inzision abgelassen wurde (der 3. wird voraussichtlich auch auf diese Weise zur Heilung kommen). In einem Fall von BEZOLDscher Mastoiditis, bei dem durchaus die Operation indiziert schien, ist die Schwellung vollkommen zurückgegangen, so daß von einer Warzenfortsatzerkrankung jetzt nichts mehr wahrzunehmen ist. Es besteht nur noch eine geringe schleimig-eitrige Sekretion. HEINE glaubt nach seinen bisherigen Erfahrungen, daß es sich empfiehlt, die BIERsche Stauung in erster Linie bei Fällen von Mastoiditis mit Abszeß oder Infiltration der Weichteile weiter versuchsweise anzuwenden. Unbedenklich ist aber auch bei Mittelohreiterungen das Verfahren nicht.

HENRICI (Rostock) spricht über die Warzenfortsatztuberkulose im Kindesalter. Er weist darauf hin, daß die Tuberkulose des Warzenfortsatzes im Kindesalter unerwartet häufig vorkommt, und daß die Tuberkulose auf dem Wege der Blutbahn und nicht durch die Ausbreitung einer Paukenhöhlentuberkulose in den Warzenfortsatz gelangt.

G. ALEXANDER (Wien) berichtet über die Untersuchungsergebnisse einer größeren Anzahl von Fällen von Arteriosklerose mit Symptomen von innerer Ohrerkrankung und normalem übrigen Gehörorgan. Es fanden sich Atrophie der Schneckennerven und des Spinalganglions, Atrophien und degenerative Veränderungen des CORTIschen Organs. Sodann stellt ALEXANDER die Ergebnisse der Medullauntersuchungen in 15 Fällen von Lymphomatosen dar, unter anderem Marchi-Degenerationen des Oktavus nach Labyrinthblutung (apoplektiformer Ménière im Verlauf von akuter Lymphämie). Die Degeneration erstreckt sich bis auf die Wurzelkerne, nicht aber zentralwärts über diese heraus, so daß die hinteren Vierhügel normal erscheinen. Endlich beschreibt ALEXANDER die Befunde am peripheren Gehörorgan: Blutungen, lymphoide Infiltrationen, entzündliche Prozesse mit konsekutiven degenerativen Veränderungen der einzelnen Teile des Ohres.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 20. Juni 1905.

(Orig.-Ber. der „Wiener Med. Presse".)

E. FRIEDJUNG demonstriert ein 6monatliches Kind, welches nach dem Abstillen einen Darmkatarrh bekam. Es würde daher 14 Tage nach dem Absetzen der Versuch gemacht, das Stillen fortzusetzen. Die Milchsekretion begann binnen 3 Tagen, und nach 14 Tagen war die Milch in hinreichender Quantität vorhanden. Der Fall zeigt, daß man sich durch einen Mißerfolg bei den ersten Versuchen nicht von der Fortsetzung des Stillens abschrecken lassen soll.

NORB. SWOBODA zeigt ein 3jähriges rachitisches, hochgradig abgemagertes Kind, welches nach Masern heftigen Husten und plötzlich am ganzen Körper Emphysem bekam. Der gewöhnliche Weg ist dabei der, daß Lungenbläschen infolge des Exspirationsdruckes beim Husten platzen, das Emphysem sich interlobulär bis zum Lungenhilus und von da bis zum Jugulum verbreitet. Vielleicht liegt in dem vorgestellten Falle Lungentuberkulose vor.

E. Friedjung hat das Auftreten von Hautemphysem nach Operationen wegen Pleuraempyems beobachtet; das Emphysem verbreitete sich von der Operationswunde aus über den ganzen Körper und in einigen Tagen verschwand dasselbe.

W. Knöpfelmacher bemerkt, daß nach Operationen wegen Pleuraempyems nicht gar selten ein subperikardiales und subpleurales Empyem auftritt, welches sich manchmal über den ganzen Körper verbreitet.

N. Swoboda erinnert daran, daß in seltenen Fällen vor der Tracheotomie sich ein Emphysem entwickelt, bevor noch die Trachea eröffnet ist.

N. SWOBODA demonstriert ein tetaniekrankes Kind, welches an nächtlichem Kopfschütteln leidet. Es bekam im Anschlusse an Darmkatarrh Konvulsionen; seither führt es beim Einschlafen durch ungefähr eine Stunde mit dem Kopfe im Takte bis 90mal in der Minute nach links und rechts pendelnde Bewegungen aus, wobei es mit einer Hand den Kopf hält oder dieselbe vor sich hinstreckt und mit ihr die Pendelbewegungen mitmacht. Das Leiden geht nicht vom Ohr aus. Richtiger wäre für dasselbe die Bezeichnung Jactatio nocturna.

J. Zappert hat den in der Diskussion zu seinem Vortrage über Kopfwackeln von Dr. STEINER erwähnten Fall gesehen; in demselben traten die Pendelbewegungen nicht nur in der Nacht, sondern auch beim Tage auf. Der Beginn dürfte gewöhnlich mit einem bewußten Akt angefangen und später automatisch fortgesetzt werden.

J. ZAPPERT führt ein 3jähriges Mädchen mit einem taumelnden Gang vor, welcher dem eines Betrunkenen ähnlich ist und seit einem Jahre in gleichem Maße vorhanden ist. Weiter zeigt das Kind erhöhte Reflexe, ausgesprochenes ROMBERGsches Phänomen und geringe Ataxie der oberen Extremitäten, aber keinen Nystagmus. Der Fall gehört in die Gruppe der hereditären Ataxien, zu welchen auch die FRIEDREICHsche Krankheit und die zerebellare Ataxie gehören. Die hierhergehörigen Fälle lassen sich nicht alle in Gruppen einteilen, da sie oft voneinander abweichende Bilder bieten, sie haben aber das gemeinsame Moment der endogenen (hereditären oder familiären) Entstehung.



K. Leiner demonstriert mikroskopische Präparate von Schaudinnschen Spirochäten, welche aus dem Pemphigusinhalt eines hereditärsyphilitischen Kindes stammen. Dieselben waren nicht in frischen Blasen, sondern nur in solchen mit eingedicktem Inhalt durch kurze Zeit nachweisbar.

Th. Escherich stellt ein Kind mit einem durch Atrophie des Oberkiefers vorgetäuschten Exophthalmus vor. Es finden sich: hoher Gaumen, vorstehende Zähne, Abflachung des Gesichtes, bedingt durch geringe Entwicklung der Highmorshöhlen, ferner eine stark vorspringende Nase.

Weiter demonstriert **Escherich** das anatomische Präparat eines großen Adenosarkoms der Niere, welches von einem 11monatlichen Knaben stammt, der im 7. Monate eine apfelgroße Geschwulst im Abdomen und Verstopfung bekam. Der Tumor wuchs rasch und füllte bald die linke Bauchhälfte aus. Er war prall gespannt, fluktuierend, glatt, die Probepunktion ergab in demselben eine visköse Flüssigkeit. Bei der Obduktion fand sich ein erweichtes Adenosarkom, welches in das Mesenterium eingewachsen war und von der Niere ausging.

H. Lehndorff bemerkt, daß A. Fränkel bei einem 5 Monate alten Kinde einen kindskopfgroßen Tumor durch Laparotomie entfernte.

Lehndorff und Knöpfelmacher: Untersuchungen über das Fett im Säuglingsalter.

Das Fettgewebe des Erwachsenen ist weich, gelb und läßt auf der Schnittfläche Fetttropfen zurück, das der Neugebornen ist weiß und läßt keine Fetttropfen zurück. Das Fett selbst ist beim Erwachsenen bei Zimmertemperatur flüssig, gelb, das des Neugebornen weiß und fest, es schmilzt erst bei 40°. Die Konsistenzunterschiede sind in der chemischen Zusammensetzung begründet, indem die Säuren im Fette des Neugebornen zu 67% aus der flüssigen Ölsäure, zu 33% aus festen Säuren (Palmitin- und Stearinsäure) bestehen, während sich im Fette des Erwachsenen 90% Ölsäure finden. Nach den Untersuchungen von Knöpfelmacher nimmt der Ölsäuregehalt des Fettes von der Geburt an zu und erreicht im zweiten Jahre den des Erwachsenen; bei abgemagerten Kindern ist der Ölsäuregehalt vermehrt. In einer neuen Untersuchungsreihe haben die Vortr. eine Erklärung für die voneinander abweichenden Resultate anderer Autoren über das Verhalten des Fettes im Säuglingsalter zu finden gesucht und kamen dabei zu folgenden Resultaten: Das Fett des Neugebornen hat einen Ölsäuregehalt von 50%, welcher allmählich bis zum zweiten Lebensjahre bis auf 72% ansteigt und sich hierdurch dem Fette des Erwachsenen nähert, wobei auch der Schmelzpunkt von 40—45° auf einen geringen Wert absinkt. Das Fett von Brustkindern ist ölsäurereicher als dasjenige künstlich genährter, das rührt daher, daß das Fett der Frauenmilch mehr Ölsäure enthält als das der Kuhmilch; es zeigt sich also eine Abhängigkeit der Zusammensetzung des Fettes von der Nahrung. Bei Darmkatarrhen und überhaupt bei allen Krankheiten, welcher mit einem Absinken des Körpergewichtes einhergehen, vermindert sich der Ölgehalt des Fettes. In geringer Menge finden sich im Fette auch freie Fettsäuren, es zeigt sich aber keine Abhängigkeit ihrer Menge von der Nahrung oder von dem Gesundheitszustand.

W. Knöpfelmacher bemerkt, daß nach der Ansicht von Siegert die Zusammensetzung des Fettes bis zum 9. Lebensmonate des Kindes gleich bleibt; das ist daraus zu erklären, daß das Kind bis dahin ausschließlich mit Milch ernährt wird. Aus dem höheren Schmelzpunkte des Fettes des Säuglings ergibt sich auch, daß das Sklerem nur bei kleinen Kindern entstehen kann, indem nämlich die Temperatur so weit sinkt, daß das Fett gerinnt.

Notizen.

Wien, 8. Juli 1905.

Hermann Nothnagel †.

In der Nacht vom 6. auf den 7. Juli ist Hofrat Professor Hermann Nothnagel, Vorstand der I. med. Klinik der Wiener Universität, plötzlich gestorben. Die in den Morgenstunden des gestrigen Tages wie ein Lauffeuer sich verbreitende Nachricht von dem jähen Ableben des großen Klinikers hat in allen Schichten der Bevölkerung, vor allem aber in akademischen und ärztlichen Kreisen tief erschüttert.

Wir legen mit dieser Nummer ein Lorbeerblatt auf den Sarg des so jäh geschiedenen Menschenfreundes, ein Zeichen der Dankbarkeit und treuen Gedenkens. Die wissenschaftliche, didaktische und ärztliche Bedeutung Nothnagels wird einer seiner Schüler in der nächsten Nummer der „Wiener Med. Presse" zu würdigen versuchen.

Akademische Grade und ärztliche Praxis.

Im Abgeordnetenhause hat der Unterrichtsminister am 4. d. M. die von uns gekennzeichnete Interpellation des Abg. Dr. Heilinger ausführlich beantwortet. Der derzeitige Leiter des Unterrichtsressorts benutzte diesen Anlaß zu in mehrfachem Sinne bemerkenswerten Ausführungen.

„Ich nehme um so eher Gelegenheit — sagte der Minister —, diese Interpellation zu beantworten, als es sich hierbei zum Teile um ärztliche, mit den medizinischen Fakultäten in Beziehung stehende Standesfragen handelt, welche erst kürzlich Gegenstand öffentlicher Diskussion in Ärztekreisen waren. Die Interpellanten beschweren sich nämlich darüber, daß die Professoren und Privatdozenten für die praktisch-klinischen Fächer an den medizinischen Fakultäten in allzu ausgedehntem Maße, zum Nachteile für die Ausbildung der Studierenden und zum materiellen Schaden für die praktizierenden Ärzte in der ärztlichen Praxis tätig seien, und sprechen den Wunsch aus, daß die Ausübung der ärztlichen Praxis den Lehrpersonen der medizinischen Fakultäten in Hinkunft nur in beschränktem Grade und nie auf Kosten ihrer Lehrtätigkeit gestattet werden solle, daß aber Professoren und Honorardozenten dafür entsprechend pekuniär staatlich honoriert werden sollen.

„Ich glaube, hierauf aus vollster Überzeugung erwidern zu dürfen, daß die mit bestimmten Lehrverpflichtungen ausgestatteten Lehrkräfte der medizinischen Fakultäten und insbesondere die Vorstände der Universitätskliniken stets der verantwortlichen Pflichten ihres Lehramtes vollauf sich bewußt sind und waren, daß sie ihren lehramtlichen Obliegenheiten mit aller, für die Erzielung guter Unterrichtsergebnisse nötigen Gewissenhaftigkeit nachkommen.

„Es erweckt mehr den Anschein, als es den Tatsachen entspricht, daß die praktische, sich hauptsächlich auf Konsilien und größere Operationen erstreckende Tätigkeit der Klinikvorstände den regelmäßigen Fortgang des klinischen Unterrichtes beeinträchtigte. Es schien mir aber auch als ein gar nicht zu rechtfertigendes Vorgehen, wenn den Klinikvorständen ausdrücklich zur Pflicht gemacht würde, die Praxis nur im beschränkten Maße auszuüben. Denn den unbemittelten wie den minder bemittelten Kranken steht das erprobte Können und die reiche Erfahrung des Klinikvorstandes und der unter seiner Verantwortung arbeitenden Assistenten an der Klinik und im Ambulatorium jederzeit unentgeltlich oder gegen Entrichtung der dem Krankenhause zufallenden Taxe zur Verfügung. Wäre es nicht in hohem Grade unbillig, diese ärztliche Hilfe des Klinikvorstandes jenen zu entziehen, welche für eine verläßliche Diagnose, für die Wiederherstellung oder Besserung ihres Gesundheitszustandes die größten pekuniären Opfer bringen wollen und können, und welche eben deshalb die ersten Autoritäten des Faches, als welche eben die Klinikvorstände unter allen Umständen und mit Recht gelten werden, zur ärztlichen Beratung und Behandlung aufsuchen?

„Es würde auch wohl ein kurzsichtiges, dem Ansehen der medizinischen Fakultäten abträgliches Beginnen sein, wollte man den Klinikvorständen in der Wahl oder Zahl ihrer Patienten Schranken auferlegen. Denn da der Staat sowohl bei uns als auch in jedem anderen Lande nicht entfernt in der Lage wäre, einem hervorragenden Kliniker die mit seinem wissenschaftlichen Ansehen in innigster Beziehung stehenden Erträgnisse der Praxis durch eine äquivalente staatliche Besoldung abzulösen, so würde sich als notwendige Folge ergeben, daß gerade jene, welche das größte fachliche Ansehen genießen und eben deshalb als Ärzte in den schwierigsten Fällen am meisten aufgesucht werden, für die klinischen Lehrkanzeln nicht mehr gewonnen werden könnten und so für die Wissenschaft und für den Unterricht verloren gingen.

„Was die Privatdozenten und die nicht mit bestimmten Lehraufträgen ausgestatteten Professoren betrifft, kommen sie für die Fakultäten als akademischer Nachwuchs in Betracht. Es wäre weder finanziell möglich, noch auch überhaupt rätlich, allen diesen akademischen Lehrkräften aus Staatsmitteln eine Besoldung zu gewähren. Es entspricht vielmehr der Sachlage, daß jene, welche für die praktisch-klinischen Fächer habilitiert sind, sich ihren Lebensunterhalt durch die Ausübung der ärztlichen Praxis verschaffen; daß sich die Erträgnisse dieser nicht selten weit höher gestalten werden als bei den praktischen Ärzten, findet eben wieder die Erklärung darin, daß jene, die nach mehrjähriger fachwissenschaftlicher Betätigung den nicht geringen Anforderungen entsprochen haben, die bei der Habilitation als Privatdozent gestellt werden, dem Patientenpublikum von vornherein kraft ihrer Stellung an der Universität besser empfohlen sind als praktische Ärzte, die ihren Ruf erst im einzelnen durch die Erfolge ihrer praktischen Betätigung erwerben

müssen; daß es aber die medizinischen Fakultäten bei der Habilitierung von Privatdozenten und bei den Anträgen auf Beförderung solcher zu Extraordinarien an Strenge und Sachlichkeit nicht fehlen lassen, unterliegt keinem Zweifel. Ich will nur das eine hervorheben, daß zum Beispiel das medizinische Professorenkollegium in Wien schon vor einiger Zeit spontan Maßnahmen in Erwägung gezogen hat, durch welche einem über das Bedürfnis der Universität hinausgehenden allzustarken Anwachsen der Anzahl der zur Fakultät gehörigen Privatdozenten und Extraordinarien wirksam vorgebeugt werden soll.

„Schon vor längerer Zeit habe ich alle Universitätsrektorate aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, daß sich die habilitierten Privatdozenten ausschließlich dieser ihnen zukommenden Bezeichnung bei wissenschaftlichen Arbeiten und Vorträgen, wie überhaupt in der Öffentlichkeit bedienen und sich nicht anderweitige Titel, wie Universitätsdozenten und dergleichen, beilegen, welche in der weiteren Öffentlichkeit den Anschein zu erwecken vermögen, ob der Privatdozent nicht ein bloß zugelassener, sondern ein vom Staate bestellter Lehrer wäre. Die Abstellung solcher unrichtiger Bezeichnungen ist namentlich bei jenen Privatdozenten von Belang, welche für die praktisch-klinischen Fächer habilitiert sind und die ärztliche Praxis ausüben."

Wir haben den von der Reichsrats-Korrespondenz publizierten Wortlaut der Interpellationsbeantwortung wiedergegeben, weil diese Antwort geeignet ist, das volle Interesse nicht nur der akademischen Kreise, sondern auch der praktischen Ärzte zu erregen, aus deren Mitte eine Art Aktion gegen jene Privatdozenten und Extraordinarii ausgegangen ist, die Praxis ausüben. Mit Unrecht, wie wir glauben. Wohl muß zugegeben werden, daß der praktische Arzt in einer großen Universitätsstadt härter zu kämpfen hat, als etwa in einer Großstadt, die keine medizinische Fakultät besitzt. Allein, ist die Konkurrenz der mit akademischen Titeln versehenen Ärzte größer und erfolgreicher, als die der Primarärzte, Sanitäts- und anderen Räte etc.? Besteht überhaupt eine nennenswerte Konkurrenz in der großen allgemeinen Praxis zwischen Professoren und Dozenten — pardon Privatdozenten — einer- und praktischen Ärzten andrerseits? Das Gros der Akademiker übt ausschließlich Konsiliar- und Spezialpraxis aus, einige wenige Privatdozenten und Extraordinarii gehen der allgemeinen Praxis nach, einige betreiben allgemeine und Konsiliarpraxis, notabene, wenn sie letztere haben. Und hier ist, wie wir glauben, der Hebel anzusetzen. Wenn es wirklich Akademiker gibt, die, als Consiliarii ein Haus betretend, sehr geneigt sind, den Ordinarius zu verdrängen, wenn es wirklich Akademiker gibt, welche die Honorare drücken, dann rufe man sie eben nicht zu Konsilien, ein weit sicherer und radikaler wirkendes Mittel, als der Schmerzensschrei über die allzu große Zahl von Extraordinarii und Privatdozenten. Man boykottiere und stigmatisiere solche Herren, mit einem Worte, man übe Selbstpolizei. Inzwischen hat der Notschrei des „kleinen Mannes" im Vereine mit dem Rückgang der Frequenz unserer Fakultät zum Antrage neuerlicher Erschwerung der Habilitation und des Vorschlages von Privatdozenten zu außerordentlichen Professoren seitens des Kollegiums der Wiener med. Fakultät geführt, dessen Genehmigung angesichts der Haltung des Unterrichtsministers sehr wahrscheinlich ist. Die Forderung der qualifizierten Zweidrittelmajorität des Kollegiums in den genannten Fällen würde dem „akademischen Nachwuchs", wie ihn der Minister nannte, nichts weniger als förderlich sein. Ob es tatsächlich nottut, das gegenwärtige, sicherlich vorübergehende Sinken der Fakultätsfrequenz und jene mit Unrecht gegen die Quantität der Privatdozenten und Extraordinarii gerichteten Beschwerden aus den Kreisen der praktischen Ärzte mit einer erheblichen Verschärfung jener Habilitationsordnung zu beantworten, die vom Minister selbst als „nicht geringen Anforderungen entsprechend" bezeichnet wird, bezweifeln wir entschieden. Dies sollte nicht der Leitstern sein für Verfügungen, welche die Axt anlegen an die Wurzeln der Fakultät.

(Universitätsnachrichten.) Der Oberarzt am städtischen Krankenhause in Barmen, Geh. San.-Rat Dr. Heusner, ist zum Professor, Prof. Dr. v. Mering in Halle a. d. S. ist zum Geheimen Medizinalrate ernannt worden. — Hofrat Prof. Dr. Alfred Przibram ist zum Dekan der deutschen medizinischen Fakultät in Prag für das kommende Studienjahr gewählt worden.

(Personalien.) Dem Hofrate em. Professor Dr. Isidor Neumann in Wien ist der Adelstand mit dem Ehrenworte „Edler" und dem Prädikate „Heilwart" verliehen worden. — Prof. Dr. M. Benedikt (Wien), Geh. Rat Prof. R. Olshausen (Berlin) und Ober-Med.-Rat Dr. G. Merkel (Nürnberg) haben in diesen Tagen ihr 70. Lebensjahr vollendet. — Das „Royal College of Surgeons" hat anläßlich seiner Zentennarfeier die Hofräte Anton Freiherr v. Eiselsberg und Ernst Fuchs in Wien zu Ehrenmitgliedern ernannt. — Der Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Pistor ist zum Ehrenmitgliede der Londoner epidemiologischen Gesellschaft ernannt worden. — Die russische chirurgische Pirogoff-Gesellschaft hat den Prof. Dr. Metschnikoff in Paris zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt. — Der praktische Arzt Dr. Leopold Pergher in Trient und der Landessanitäts-Inspektor Regierungsrat Dr. Salomon Spitzer sind zu ordentlichen Mitgliedern des Landessanitätsrates ernannt worden. — Die Polizeiassistenz-Ärzte Dr. Karl Prager, Dr. Siegfried Kolben, Dr. Julius Rechnitzer, Dr. Josef Friedmann, Dr. Aladar Robitsek, Dr. Ignaz Popper und Dr. Ignaz Mandl sind zu Bezirksärzten der X. Rangsklasse extra statum ernannt worden. — Der Bezirksarzt in Zara Dr. Rudolf Battara hat das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Der 23. Deutsche Ärztetag) hat am 23. und 24. Juni zu Straßburg i. E. stattgefunden und hauptsächlich das Thema der freien Arztwahl verhandelt. Man berichtet uns über seinen Verlauf u. a. folgendes: Gleich den Ärztetagen von Königsberg, Berlin, Köln und Rostock hielt auch der diesjährige an der Notwendigkeit der gesetzlichen Regelung der Kassenarztfrage fest und verlangte, daß die freie Arztwahl, die seit langem an vielen Orten Deutschlands besteht und allen Beteiligten zum größten Vorteil gereicht, in vollem Umfange belassen und weiter ausgebildet werde.

(Tuberkulosen-Kongreß.) Vom 2. bis 7. Oktober 1905 wird in Paris ein Internationaler Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose tagen. Das vorbereitende Komitee steht unter dem Präsidium der Professoren v. Schrötter und Weichselbaum in Wien. Das Bureau befindet sich auf der Klinik Schrötter, IX., Alserstraße 4. Als offizielle Berichterstatter werden von Österreichern fungieren: Prof. Dr. Theodor Escherich, Primararzt Dr. Friedrich v. Friedländer und Prof. Dr. Maximilian Sternberg.

(Die Salzburger Ärztekammer und der Generalstreik der Ärzte.) In einer Vorstandssitzung hat die genannte Kammer zu dem auf dem IX. Kammertage gemachten Vorschlage, betreffend die Organisation eines Generalstreiks zum Zwecke der Einführung der freien Ärztewahl Stellung genommen und es als Utopie bezeichnet, bei den unzulänglichen Machtmitteln, über welche die Kammern derzeit verfügen, die Kassenärzte in ihrer Gesamtheit oder einzelne Kategorien derselben zur Niederlegung ihrer Stellen zwingen zu wollen. In keinem Falle könnten die Kammern die Verantwortung übernehmen, den pauschalierten Kassenärzten die Schadloshaltung ihrer bisherigen Bezüge zu garantieren. Die Durchführung eines derartigen, in seinen Ausgängen durchaus gewagten Unternehmens würde aber sicher zu Meinungsverschiedenheiten und Spaltungen der Ärzteschaft führen, von den Schwierigkeiten und Hindernissen abgesehen, welche derselben selbst bei einem solidarischen Vorgehen von auswärts erwachsen würden. Eine Niederlage würde auf die Kammern zurückfallen und deren Ansehen auf das empfindlichste treffen.

(Die Ärztekammern und die Reform der Arbeiterversicherung.) Über das Programm der Regierung betreffend die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung hat außer der Wiener vorläufig nur die Salzburger Ärztekammer ein Gutachten abgegeben. Die steiermärkische Kammer hat beschlossen, von einer solchen Äußerung Umgang zu nehmen, da diese Angelegenheit auf dem diesjährigen Ärztekammertage diskutiert werde, die deutsch-tirolische Ärztekammer wird hingegen in eine genaue Beratung des Regierungsentwurfes eingehen.

(Aus der ärztlichen Praxis.) Die deutsche Sektion der Ärztekammer für das Königreich Böhmen hat kürzlich die Frage verhandelt, ob Gemeinde- bzw. Stadtärzte eines Kurortes, wenn sie die zum Brunnendienste sich meldenden Mädchen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes untersuchen, eine der den Gemeinden auferlegten Pflichten ausführen und ob es gestattet sei, daß mit einer solchen Untersuchung Ärzte betraut werden, die nicht Gemeinde- bzw. Stadtärzte sind. Die erste Frage wurde unbedingt bejaht, bezüglich der zweiten Frage der Verpflichtung der Gemeinden hervor

gehoben, im Falle des zeitweiligen Abganges eines Stadtarztes dafür Sorge zu tragen, daß die diesem obliegenden Dienstesverpflichtungen in Ansehung des Sanitätsdienstes von einem anderen Arzte provisorisch besorgt werden.

(Epileptikerfürsorge.) Aus Prag schreibt man uns: Der hier gegründete und zu segensreichem Wirken berufene „Deutsche Verein für Epileptikerfürsorge" hat bereits seine Tätigkeit begonnen. Er beabsichtigt zunächst, allen mittellosen Epileptischen unentgeltliche Medikamente verabreichen zu lassen. Der Verein will seine Tätigkeit auf das ganze deutsche Sprachgebiet Böhmens erstrecken.

(Die HUFELANDsche Gesellschaft) stellt folgende Preisaufgabe: „Es sollen im Anschlusse an die W. A. FREUNDschen Untersuchungen die Ursache der Stenose der oberen Thoraxapertur und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Spitzenphthise untersucht werden. Preis 800 Mark."

(Humanitäre Stiftungen.) Der kürzlich in Tilsit verstorbene Sanitätsrat Dr. GOBUREK hat für notleidende Arztwaisen 200.000 Mk., zur Erweiterung der Versicherungskasse der Ärzte Deutschlands 200.000 Mk., für die ärztliche Unterstützungskasse Ostpreußens 100.000 Mk., zur Gewährung zinsfreier Darlehen an medizinstudierende Frauen 250.000 Mk., zur Durchführung von Wohlfahrtszwecken in der Stadt Tilsit 200.000 Mk., zur Errichtung eines öffentlichen Volksbrause- und Warmbades 150.000 Mk. hinterlassen.

(Statistik.) Vom 25. Juni bis inklusive 1. Juli 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7584 Personen behandelt. Hiervon wurden 1661 entlassen, 214 sind gestorben (11·4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 55, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 4, Dysenterie —, Blattern 1, Varizellen 25, Scharlach 37, Masern 233, Keuchhusten 122, Rotlauf 37, Wochenbettfieber 1, Röteln 15, Mumps 13, Influenza —, Genickstarre 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 620 Personen gestorben (— 83 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Holzappel der praktische Arzt Dr. FELDER; in Franzenzbad der Distrikts- und Bahnarzt aus Bodenbach Dr. VIKTOR ZOPF im Alter von 60 Jahren; in Karlsbad der Nestor der dortigen Ärzte Dr. EDUARD STARK, 74 Jahre alt; in München der Vorstand der laryngologischen Poliklinik daselbst, Prof. Dr. PHILIPP SCHECH, im 60. Lebensjahre. Seine Hauptwerke sind: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase", das bereits in vielen Auflagen erschienen ist, und „Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre"; in Berlin der bekannte Chirurg Dr. A. BIDDER, 61 Jahre alt; in Toronto der Professor der Pharmakologie Dr. JAMES THORBURN; in Kasan der Privatdozent für Chirurgie Dr. MICHAEL KRASSIN.

Ungiftigkeit des „Lysoform". Wie Dr. MODE in Karlshorst mitteilt, wurde er am 27. Oktober v. J. nachmittags 4 Uhr zu einer 23jährigen Frau E. gerufen, welche vor einer halben Stunde irrtümlich statt eines Löffels Ergotin Lysoform unverdünnt (konzentriert) getrunken hatte. Die Patientin hat zwar den Geschmack unangenehm empfunden, es aber verschluckt, ohne Erbrechen zu bekommen. Als Dr. MODE sie nach etwa einer Stunde wieder sah, fühlte sie sich bis auf ein geringes Brennen im Schlunde ganz wohl, derselbe nahm daher von einer Ausspülung Abstand und empfahl, nur reichliche Mengen Milch und Reisbrei zu genießen. Patientin ist seitdem unverändert wohl geblieben, Puls und Temperatur normal. Ein Beweis, daß das Lysoform, in der Menge von einem Eßlöffel konzentriert innerlich genommen, nicht giftig gewirkt hat.

Aus Franzensbad wird uns geschrieben: „Die Saison nimmt einen äußerst günstigen Verlauf, da die diesjährige Frequenz abermals ein bedeutendes Plus gegen das Vorjahr verzeichnet. Reges Kurleben pulsiert an den zahlreichen Quellen, in den vier modern ausgestalteten Badeetablissements und in den reizend schönen, wohlgepflegten Park- und Waldanlagen. Aus dem österreichischen Herrscherhause sind Ihre kaiserl. und königl. Hoheit Erzherzogin Maria Annunziata, Äbtissin des Prager Theresianischen Damenstiftes, und deren Schwester Ihre kaiserliche Hoheit Elisabeth, vermählte von und zu Liechtenstein, sowie ein distinguiertes Kurpublikum aus dem Adel und anderen Gesellschaftskreisen des In- und Auslandes hier anwesend."

Nur noch Anastigmate von C. P. GOERZ u. a. erhalten von jetzt an die bekannten Union-Cameras der Firma Stöckig & Co., Dresden, Bodenbach, Zürich. Alle weniger leistungsfähigen Objektive, wie Landschaftslinsen, Periskope, Aplanate usw. sind ausgemerzt worden. Wir empfehlen unseren Lesern, den unserem heutigen Blatte beiliegenden Prospekt genannter Firma aufmerksam durchzulesen und besonders die günstigen Bezugsbedingungen zu beachten.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

v. Leyden u. Klemperer, Die Deutsche Klinik. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg. Lief. 151—154.

Nagel, Handbuch der Physiologie des Menschen. 1. Bd., 1. Hälfte. Braunschweig 1905, F. Vieweg & Sohn.

Schwalbe, Jahrbuch der praktischen Medizin. Jahrgang 1905. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 11·—.

v. Bergmann u. v. Bruns, Deutsche Chirurgie. Lief. 62a. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 30·—.

H. Ribbert, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. 2. Auflage. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel. — M. 14·—.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.



XLVI. Jahrgang. Wien, den 16. Juli 1905. Nr. 29.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der I. medizinischen Abteilung im k. k. Allgemeinen Krankenhause zu Wien (Vorstand: Professor Pal).

Striae bei Typhus.

Von **Dr. Siegfried Tauber**, Assistent der Abteilung.

Im vergangenen Jahre bemerkten wir bei einem Kranken, der mit Influenza in Pflege stand, zahlreiche ausgeprägte alte Striae an den Knien und oberhalb der Ellenbogen, die in der Jugend während eines schweren Typhus aufgetreten waren. Seither hatten wir noch 3mal Gelegenheit, bei Leuten, die in ihrer Jugend Typhus durchgemacht hatten, ähnliche, aber weniger auffallende, alte Striae an den Knien zu sehen. In der letzten Zeit konnten wir bei einem Knaben das Auftreten von Striae an den Oberschenkeln im Verlaufe eines schweren Typhus beobachten. Dies veranlaßt uns, diesen und den eingangs erwähnten Fall [1]) mitzuteilen.

Fall I. S. W., 50 Jahre alt, vom 9.—23. Februar 1904 sub Journal-Nr. 3703 auf Saal 49 wegen Influenza. Aus der Anamnese möge hier nur erwähnt werden, daß der Kranke im Alter von 18 Jahren — gleichzeitig mit seiner Schwester — Typhus hatte; er war durch 6 Monate bettlägerig und magerte sehr ab; als Komplikation trat Gesichtserysipel und Dekubitus an der rechten Schulter auf. Im vierten oder fünften Monate der Erkrankung wurden die erwähnten Striae an den Knien bemerkt.

Aus dem Status praesens: Mittelgroß, schwächlicher Knochenbau, schlaffe Muskulatur, Fettpolster sehr gering, Haut dünn, schlaff. Lunge und Herz ohne wesentlichen krankhaften Befund. Patellarreflexe lebhaft. Bei längerem Stehen Cyanose der Beine mit leichtem Ödem in



Fig. 1.

der Knöchelgegend. Über beiden Knien und oberhalb derselben (Fig. 1) zahlreiche, zur Längsachse des Oberschenkels annähernd quer ver-

[1]) Diese beiden Fälle wurden in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien am 31. März 1905 vorgestellt.

laufende, in ihrer Farbe von der umgebenden Haut nicht verschiedene, alte Striae. Ihre Länge beträgt 2—10 *cm*, ihre Breite bis 1 *cm*. In der Mitte sind die einzelnen Striae meist verbreitert, gegen ihr Ende laufen sie spitz zu. Die untersten ziehen über die Mitte der Kniescheibe, die obersten sind zirka 10 *cm* oberhalb. Die äußere Fläche



Fig. 2.

des Oberschenkels und Knies ist fast frei, während sich die Striae nach innen weithin auf die mediale Fläche des Oberschenkels oberhalb des Kondylus medialis femoris erstrecken. Die Striae sind quer zu ihrem Längsdurchmesser gefältelt und sehen wie gestrickt aus. Sie zeigen leichten Glanz. In ihrem Bereiche sind Hautvenen deutlich sichtbar, die durch die übrige Haut nur undeutlich durchschimmern. Beim Betasten erscheinen die Striae gegen die umgebende Haut vertieft, die Haut über ihnen ist stark verdünnt. Die Sensibilität ist in ihrem Bereiche unverändert. Die einzelnen Striae haben das Aussehen der Striae gravidarum. Bei genauer Untersuchung der übrigen Körperhaut finden sich lediglich an der Streckseite beider Oberarme oberhalb des Ellbogens ähnliche, jedoch weit weniger ausgeprägte, quer über den Oberarm ziehende Striae, und zwar rechts fünf, links vier. Dieselben sind schmäler und kürzer als die am Oberschenkel und heben sich nur durch ihre quere Fältelung von der umgebenden Haut ab. Der Kranke weiß von ihrem Bestehen nicht. Ein während des Spitalsaufenthaltes des Kranken aufgetretenes Erythem am rechten Beine ließ die Striae an letzterem als dunkelkarminrot scharf hervortreten.

Fall II. R. S., 18 Jahre alt, Faßbindergehilfe, vom 8. Januar bis 25. April 1905 auf Saal 49 sub Journal-Nr. 648 mit Typhus.

Anamnese: Vor der gegenwärtigen Erkrankung stets gesund. Seit dem 25. Dezember 1904 Fieber, Appetitlosigkeit, Schmerzen im Bauche, heftiger Husten, Abmagerung.

Aus dem Status praesens bei der Aufnahme: Mittelgroß, schwächlich, Ernährungszustand herabgesetzt. Leicht benommen. Zunge in der Mitte belegt. An der Brust- und Bauchhaut zahlreiche Roseolen. Temperatur 39·9, Puls 122, Blutdruck 75 *mm* (GÄRTNER), Atmung 36. Über der Lunge rechts hinten unten 4 Finger breite Dämpfung, über derselben reichliches Knisterrasseln; sonst diffuser Katarrh. Auswurf reichlich, schleimig-eitrig, blutig tingiert. Zirkulationsorgane ohne wesentlichen krankhaften Befund. Der untere Milzpol deutlich palpabel. Stühle gelb, flüssig. Leukopenie; WIDALsche Reaktion positiv.

Aus dem Dekursus: 22. Januar 1905: Der Kranke anhaltend benommen, fiebernd. Über der beschriebenen Lungendämpfung (rechts hinten unten) reichliche klingende Rasselgeräusche, Sputum rubiginös. Inzision je eines Abszesses beiderseits am Fußrücken; im Eiter mikroskopisch und kulturell (Assistent Dr. WIESNER des pathologisch-anatomischen Institutes) Typhusbazillen.

24. Januar: Otitis media suppurativa sinistra, mit Perforation im vorderen unteren Quadranten.

3. Februar: Afebril.

8. Februar: Hochgradige Schwäche, anhaltende Benommenheit; abgemagert, sehr blaß. Temperatursteigerung auf 37·8. Über der Lunge nur mehr katarrhalische Erscheinungen. Mäßig reichliches, schleimig-eitriges, nicht mehr blutig tingiertes Sputum. Milz nicht vergrößert. Inzision eines Abszesses in der linken Glutäalgegend; in demselben sehr reichlich und ausschließlich Staphylokokkus pyogenes aureus (Professor GHON).

14. Februar: Erstes Bad.

19. Februar: Schwäche anhaltend. Bedeutender Haarausfall. Puls 160, Blutdruck 60 *mm*. Der Kranke auffallend kindisch, ängstlich und trotzig. An der Vorder- und Innenfläche beider Oberschenkel (Fig. 2) oberhalb des Kniegelenkes streifenförmige, zur Achse des Oberschenkels quer verlaufende, lebhaft rot gefärbte Flecke in mehreren, untereinander fast parallelen Reihen. Sie beginnen rechts zwei, links drei Finger über der Kniescheibe. Die Außenfläche und die Beugeseite des Kniegelenkes erscheinen frei. Ihre größte Breite beträgt 6 *mm*, die längsten Streifen sind $3^1/_2$ *cm* lang. Die einzelnen Streifen sind an den Enden meist zugespitzt und in der Mitte verbreitert. In ihrem Bereiche erscheint die Haut stark verdünnt und glänzend; beim Betasten hat man deutlich das Gefühl der Vertiefung. Auf Fingerdruck blassen sie nicht ab. Die größeren Streifen sind quer zu ihrer Längsachse feinst gefältelt und erinnern an frische Striae gravidarum. Eben solche, gleichfalls horizontale Streifen in größerer Anzahl an der Außenseite des rechten Oberschenkels, unterhalb des Trochanter beginnend und von da bis beinahe zur Mitte des Oberschenkels reichend; sie sind jedoch zumeist kürzer als die beschriebenen. Sie bilden ungefähr 10 Reihen, deren Anordnung weniger regelmäßig ist als über den Knien. An der Außenseite des linken Oberschenkels nur wenige kurze Streifen. Patellar-, Achillessehnen- und Plantarreflexe lebhaft. Keine Sensibilitätsstörung, keine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme an den

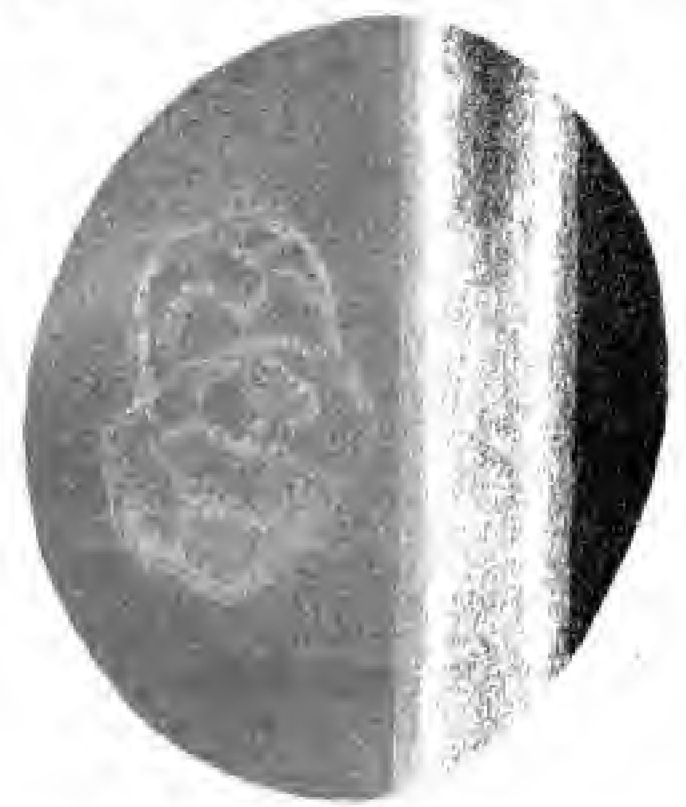


Fig. 3.

unteren Extremitäten. Während der Entstehung der Striae keine lokalen Schmerzen.

20. März: Wohlbefinden. Pulsfrequenz anhaltend über 100. Herzgrenzen normal, Herztöne dumpf. Cyanose der Hände und Füße, die beim Sitzen sehr intensiv wird. Beim Verlassen des Bettes steigt die Pulsfrequenz auf 144, der Puls wird hierbei kleiner. Die be-

schriebenen Striae etwas abgeblaßt, sonst unverändert; sie haben weder an Zahl, noch an Ausdehnung zugenommen. Der Kranke klagt über Schmerzen an der Vorderseite des linken Oberschenkels, besonders beim Verlassen des Bettes, die er seit ungefähr einer Woche aus Furcht vor einer Operation verheimlicht. Die Vorderfläche des linken Oberschenkels etwas unter ihrer Mitte nach innen und vorne leicht vorgewölbt, in der Haut vermehrte Venen gegenüber der gesunden Seite sichtbar. Die Haut sonst ohne Veränderungen. Bei der Palpation zeigt sich entsprechend der Vorwölbung ein hühnereigroßer, sehr leicht beweglicher Tumor von glatter Oberfläche und knochenharter Konsistenz. Derselbe läßt sich bis an den Knochen andrücken und in weitem Ausmaße in horizontaler Richtung verschieben, in der Längsachse der Extremität nur in sehr geringem Maße. Die Haut ist von dem Tumor leicht abzuheben. Bei Anspannung des Musculus quadriceps wird der Tumor undeutlicher, einige gespannte Muskelfasern ziehen über ihn hinweg; durch die Anspannung des Musculus quadriceps wird der Tumor fast vollkommen unbeweglich. Gegen den Knochen ist er abzugrenzen. Beim Anpressen des Tumors gegen die innere Peripherie des Femur und Verschieben nach innen und hinten ist ein deutliches Krepitieren fühlbar. Der Tumor ist nicht druckempfindlich. In inguine keine Drüsen tastbar.

Röntgenbefund (Privatdozent Dr. HOLZKNECHT): Dem palpablen Tumor entsprechend findet sich in der Muskulatur der Streckseite des Oberschenkels bis auf einige Millimeter an die Knochenoberfläche angerückt ein kibitzeigroßer, an der Oberfläche einige Einkerbungen zeigender, undeutlich wabenartig konstruierter, mäßig dichter, verkalkter Tumorschatten (Fig. 3).

25. April: Die Striae bei der Entlassung wie am 20. März, keinerlei Beschwerden seitens der Geschwulst am linken Oberschenkel; dieselbe hat an Größe abgenommen. Hände und Füße blau und auffallend kühl. Die Cyanose der Beine beim Stehen noch immer sehr intensiv. Gewichtszunahme seit dem 24. Februar um zirka 7 *kg*.

Ende Mai stellte sich der Kranke wieder vor; bis auf eine geringe weitere Verkleinerung des Tumors war der Befund der gleiche. Ein Arbeitsversuch mißlang wegen Schwäche.

In beiden vorstehenden Fällen sind demnach bei jugendlichen Individuen im Verlaufe eines schweren Typhus Striae entstanden, und zwar im ersten Falle an den Knien und oberhalb der Ellbogen, im zweiten über beiden Knien und an der Außenfläche beider Oberschenkel. Im zweiten Falle konnte beobachtet werden, daß diese Striae bei dem sehr kachektischen Kranken während der Rekonvaleszenz zu einer Zeit entstanden, als er begann, die Beine im Kniegelenk gebeugt zu halten. Kurze Zeit später trat das oben beschriebene Hämatom des Musculus quadriceps femoris der linken Seite auf, welches sich im weiteren Verlaufe zu einem Tumor organisierte. Beide Patienten zeigen noch heute, also der erste Kranke mehr als 30 Jahre, der zweite mehrere Monate nach seiner Erkrankung, vasomotorische Störungen an den Beinen.

Wie ich dem „Berichte über den Typhus" von R. FÖRSTER (Dresden)[2]) entnehme, wurden Striae nach Typhus zuerst von ACHERSON[3]) in Berlin im Jahre 1855 beschrieben, und zwar in zwei Fällen von schwerem Typhus, bei einem 13jährigen und bei einem 14jährigen Individuum. ACHERSON vergleicht die Striae den Verdünnungen, welche entstehen, wenn man eine zähe elastische Membran auseinanderzieht, doch mit Vermeidung wirklicher Zerreißung. Ihre Entstehung erklärt er durch die bei seinen Typhuskranken beobachtete Lage mit gekrümmten Beinen. DUPUYTREN, der den einen der beiden Fälle gesehen hatte und für ein Unikum hielt, glaubte, daß das schnelle Wachstum des damals 11jährigen Kindes ein begünstigendes Moment dargestellt habe.

REUSS[4]) in Stuttgart bezeichnet die bei zwei protrahiert verlaufenen Typhusfällen (Alter 15 und 16 Jahre) an den Beinen beobachteten Striae als umschriebene primäre Hautatrophie, die durch eine Ernährungsstörung der Haut entstehe. Bezüglich der Lokalisation der Striae ähnelt unser Fall II dem einen der beiden REUSSschen Fälle ganz auffallend: „1. mehrere Streifen staffelförmig übereinander unterhalb des Trochanter major, quer über den Tensor fasciae latae; 2. mehrere Streifen quer oberhalb der Patella; 3. quer oberhalb des Kondylus medialis femoris; 4. quer an der äußeren Seite des Unterschenkels; zusammen etwa 20—30 solcher Streifen an jedem Bein." In beiden Fällen bestand Hypalgesie im Bereiche der einzelnen Striae.

RÖSER[5]) sah die Striae achtmal, und zwar nur bei Typhus. Es waren stets schwere Fälle; mehrere der Kranken standen im Alter von 15—20 Jahren. Die Erscheinung wurde meist erst in einer vorgerückten Periode des Typhus beobachtet, immer an den Oberschenkeln, in einigen Fällen überdies an der hinteren Fläche des Oberarmes oberhalb des Ellbogens; nur fanden sie sich hier in etwas geringerer Zahl und waren in ihren Konturen kleiner. RÖSER gibt an, daß diese Striae nach einem halben Jahre spurlos verschwanden; er vermutet, daß ein bestimmtes Beugen an den Knien und Ellbogen durch einen eigentümlichen Zusammenhang der Haut mit den darunterliegenden Muskeln in der in ihrer Ernährung geschwächten Haut diese Koriumrisse bedinge. Bei einem der acht Fälle, einem 20jährigen Burschen, bei welchem die Streifen am stärksten ausgebildet waren und etwa in der dritten Woche entstanden, trat in der Rekonvaleszenz Paraplegie und starkes Fußödem auf.

Auch im Falle von R. FÖRSTER[6]), bei einem 15jährigen Typhuskranken, trat nach der Entstehung der Striae oberhalb der Kniee starkes Fußödem und Parese der unteren Extremitäten auf. Der Kranke starb im Rekonvaleszenzstadium „durch die Weiterentwicklung einer älteren Lungen- und namentlich Drüsentuberkulose". Die Striae zeigten sich etwa von der 4. Woche des Typhus ab und nahmen während des fast vierteljährigen Verlaufes der Krankheit fortwährend zu.

Mehrere teils eigene, teils von REGNIER, BOUCHARD und PERROUD beobachtete Fälle von Striae („vergétures") bei Typhus veröffentlichte ANBOYER[7]) (1881); dieselben betreffen jugendliche Individuen mit Striae oberhalb der großen Gelenke der Extremitäten, am häufigsten oberhalb der Kniee und Ellbogen. Wegen ihrer Bedeutung für die Entstehungsweise der Striae sollen sie noch weiter unten besprochen werden.

SIEVEKING[8]) beobachtete bei einem 17jährigen Patienten mit sehr schwerem Typhus am 40. Tage das Auftreten von Striae dicht oberhalb der Kniescheiben symmetrisch an beiden Oberschenkeln. In den ersten Tagen war ihre Berührung sehr schmerzhaft, später ganz schmerzlos. Acht Tage nach der endgültigen Entfieberung, als der Kranke schon 7 *kg* an Gewicht zugenommen hatte, erschienen neue Striae symmetrisch an der Dorsalfläche beider Fußgelenke und asymmetrisch in der Mitte der linken Crista tibiae. Der Kranke lag stets auf dem Rücken mit stark flektierten Knien. Sorgfältige Messungen der Beine vom ersten Auftreten der Striae bis zur Entlassung schlossen hier jedes Knochenwachstum aus. SIEVEKING stellte überdies fest, daß die Striae artefiziell nicht zu erzeugen waren, und betont, daß neue Striae auftraten, als bereits die Zunahme des Panniculus adiposus und die Besserung des gesamten Ernährungszustandes deutlich

[2]) SCHMIDTS Jahrbücher, Bd. 117 (1863), pag. 103.

[3]) „Med. Zeitung des Vereines für Heilkunde in Preußen", 1855.

[4]) REUSS, Über umschriebene primäre Hautatrophie. „Arch. für physiologische Heilkunde", Stuttgart 1856, pag. 580.

[5]) Hofrat RÖSER in Bartenstein, Eine eigentümliche stereotype Auseinanderweichung der Kutis an der unteren Vorderseite der Schenkel und der unteren Hinterseite der Oberarme beim Typhus. Memorabilien, IV. 4. 1859. Zitiert nach R. FÖRSTER, l. c.

[6]) R. FÖRSTER, l. c.

[7]) ANBOYER, De la croissance et de ses rapports avec les maladies aigues fébriles de l'enfance et de l'adolescence. Paris 1881.

[8]) H. SIEVEKING, Über Striae distensae cutis. Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten, Bd. 3 (1891/92), pag. 301.

war, auch in der Gewichtszunahme und der guten Funktion der vegetativen Organe ihren Ausdruck fand. Auch bei einer 41jährigen Frau, die im Alter von 16 Jahren durch ein halbes Jahr wegen Typhus bettlägerig gewesen war, fand er viele breite, lange Striae an der Innenseite beider Kniee und über den Trochanteren.

Georg Fischer[9]) konnte die Entwicklung von Striae symmetrisch oberhalb beider Kniescheiben bei einem 14jährigen Knaben mit mittelschwerem Abdominaltyphus verfolgen; bei mehreren Leuten mit alten Narben an der vorderen oder an der äußeren Seite des Oberschenkels konnte er anamnestisch Abdominaltyphus erheben. Er bezeichnet diese Streifen als Striae patellares nach Typhus, eine schon wegen des Vorkommens derselben auch an anderen Teilen der Extremitäten unzutreffende Bezeichnung.

Köbner[10]) veröffentlicht zwei von ihm im Jahre 1867 und 1872 beobachtete Fälle von Striae bei Typhus (Alter 13 und 14 Jahre); im ersten Falle traten sie etwa acht Tage nach völligem Aufhören des leichten, aber schleppenden Fiebers auf, und zwar symmetrisch oberhalb beider Kniescheiben. Die Kranke war in ihrer Ernährung sehr herabgekommen. Im zweiten Falle waren die Streifen asymmetrisch an der Vorder-, Innen- und Außenseite beider Oberschenkel verteilt. Beide Patienten waren während der Krankheit mit gebeugten Unterschenkeln gelegen. Im zweiten Falle wurde eine Stria exzidiert und mikroskopisch untersucht. Köbner betont die rein mechanische Entstehung durch Zerreißung und verwirft daher den gebräuchlichen Ausdruck Striae atrophicae; er schlägt die Bezeichnung Striae cutis distensae vor.

Einen weiteren Fall beschreibt Bunch[11]) bei einem 13jährigen Typhuskranken mit trägen Patellarreflexen, überdies einen zweiten bei einem 12jährigen Mädchen mit Endokarditis und Pleuritis, welches vier Monate bettlägerig war. Bunch erwähnt ferner aus der Literatur mehrere Fälle von Striae bei Typhus (Northrup, Shepherd, Norris, Dyce Duckworth, Gubler, Bouchard, auch ein Präparat von Striae bei Typhus an den Flanken im Museum des Hôpital Saint-Louis).

Die beschriebenen Striae sind für Typhus nicht spezifisch. Ganz abgesehen von den Striae, welche bei großen Abdominalgeschwülsten auftreten, ferner bei Aszites, bei Obesitas und bei bedeutenderen Gelenkergüssen, speziell des zu solchen durch seinen Bau und seine Größe mehr disponierten Kniegelenkes[12]), können sie mit ähnlicher Lokali sation wie bei Typhus auch bei anderen fieberhaften Erkrankungen vorkommen. Daß dies meist Krankheiten des Darmes sind, betont schon Kirstein[13]), welcher bei einem 18jährigen Patienten mit schwerer Blinddarmentzündung Striae beobachtete und gleichzeitig einen von Senator im Jahre 1877 beobachteten Fall von Striae bei Dysenterie mitteilt. Die beiden Fälle sind durch die Lokalisation der Striae am Stamm, mit völliger Freilassung der Extremitäten, ausgezeichnet, ferner durch — wenn auch unbedeutende — Schmerzhaftigkeit beim Beginn. Die schmerzhaften Erscheinungen (Stiche und Prickeln auf der linken Seite des Rückens) dauerten im ersten Falle drei Tage. Die querverlaufenden Streifen befanden sich auf der linken Seite des Rückens, etwa von der Höhe des zehnten Brustwirbels bis herab zur oberen Grenze des Darmbeines. Sensibilitätsstörungen in ihrem Bereiche bestanden nicht. Der Kranke starb später an Lungenschwindsucht. In dem Falle von Dysenterie traten nach einjährigem Bestehen des Leidens unter Jucken im Kreuz mehrere Striae am Rücken auf, von der Höhe des ersten Lendenwirbels bis in die Lenden- und Glutäalgegend. Es bestand Empfindlichkeit gegen Druck vom 5. bis zum 8. Brustwirbel.

Einen Fall von Chevallereau mit Striae über dem rechten Knie bei Colitis sinistra erwähnt auch Anboyer[14]); der 20jährige Kranke lag in einer Bonnetschen Drahthose und konnte nur das rechte Bein bewegen.

Auch Kreibich[15]) bemerkt in seinem Lehrbuche, daß während einer Perityphlitis durch fortgesetzte Beugestellung parallel über die Patella ziehende narbige Streifen entstehen können.

Seltener als bei Darmerkrankungen treten bei Erkrankungen anderer Art Striae auf. So beschreibt Sam. Wilks[16]) Striae bei einem 18jährigen hysterischen Mädchen, bei welchem die Berührung der affizierten Stellen äußerst schmerzhaft war, ferner Oppenheimer[17]) im sekundären Stadium der Syphilis; die letzteren sind jedoch mehr rundlich, und Balzer[18]) schlägt daher für dieselben den Namen „vergétures arrondies" vor.

Anboyer[19]) beschreibt Striae bei Kindern mit Lungentuberkulose und mit krupöser Lungenentzündung, A. Gilbert[20]) Striae an der Rückseite des Thorax bei Lungenerkrankungen, und zwar einseitig an der gesunden Hälfte, und erwähnt analoge Fälle von Thaone und Gimbert.

Troisier[21]) fand bei einem Kranken mit vorgeschrittener Lungentuberkulose zahlreiche Striae an der rechten Thoraxhälfte, ohne daß Pleuritis oder eine Asymmetrie des Brustkorbes vorhanden gewesen wäre. Diese Striae unterschieden sich histologisch in nichts von den Striae gravidarum.

F. Reiche[22]) erwähnt einen Fall von Meningitis cerebrospinalis mit Striae an beiden Knien. Der 14 Jahre alte Patient hat immer mit flektierten Knien, meist auf der rechten Seite gelegen, dauernd starke Hyperästhesie an der Streckseite der Extremitäten, auch am linken Bein eine Thrombose gehabt. Drei Tage nach deren völligem Rückgange (am 67. Krankheitstage) wurden tiefrote Striae, symmetrisch auf der rechten Seite beider Kniee bis unterhalb der Kniescheiben konstatiert. Dieselben waren, zwei Jahre nach seiner Krankheit gesehen, weiß und glänzend, sonst unverändert.

J. P. zum Busch[23]) sah Striae an den Knien auch nach Osteomyelitis.

Von den Striae im Verlaufe eines Typhus und anderer schwerer Erkrankungsformen zu sondern sind die gelegentlich bei gesunden Individuen, namentlich zurzeit der Pubertät vereinzelt auftretenden Striae, wie sie Schultze[24]) in der Pubertätsperiode bei Weibern unabhängig von der Schwangerschaft in 36%, bei Männern nur in 6% an der vorderen Fläche der Oberschenkel fand. Schultze erklärt diese Streifen bei Weibern mit dem Breitenwachstum des Beckens während der Pubertätsperiode; sie verlaufen daher meist längs an der vorderen Fläche der Oberschenkel und

---

9) Georg Fischer in Stuttgart, Striae patellares nach Typhus. „Münchener med. Wochenschr.", 1904, pag. 482.

10) Prof. Heinrich Köbner in Berlin-Charlottenburg, Über Striae cutis distensae. „Münchener med. Wochenschr.", 51. Jahrgang, 1904, pag. 928.

11) J. L. Bunch, Striae patellares. „British Journal of Dermatology", Januar 1905.

12) Wir hatten jüngst Gelegenheit, das Entstehen von Striae bei einem Erguß ins Kniegelenk zu beobachten. Die Striae waren kurz, befanden sich an der Innenfläche des Knies und verliefen annähernd parallel zur Längsachse des Beines.

13) Alfred Kirstein, Über streifenförmige Divulsion der Haut als Begleiterscheinung schwerer fieberhafter Krankheiten. Nach einem in der Berliner medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage. „Berliner klin. Wochenschr.", 1893, Nr. 41, pag. 988.

14) Anboyer, l. c.

15) Kreibich, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien 1904, pag. 367.

16) Sam. Wilks, Guy's Hospital Rep. 1861 (Zitiert nach Kirstein, l. c.).

17) Eduard Oppenheimer, Über einen Fall von sogenannter zirkumskripter Atrophie der Haut nach sekundärer Syphilis. „Arch. f. Derm. u. Syph.", XXIII, 1891.

18) Balzer, „La semaine médicale", 1887, Nr. 44, pag. 448.

19) Anboyer, l. c.

20) Gilbert, „Arch. génér. de Méd.", 1887, pag. 685.

21) Troisier, „La semaine médicale", 1887, pag. 448.

22) Reiche, „Zentralblatt für klin. Medizin", 1893, Nr. 52, pag. 1093. — Vgl. auch Sieveking, l. c.

23) J. P. zum Busch, London. „Münchener med. Wochenschr.", 1905, pag. 617.

24) Bernhard S. Schultze in Jena, „Jenaische Zeitschrift für Med. und Nat.", IV, 3 u. 4, pag. 577.

unterscheiden sich schon dadurch von durch Krankheit erworbenen, quer zur Körperachse verlaufenden Striae. Bei Männern mit vorwiegend raschem Längenwachstum seien diese Streifen allerdings von minder konstanter Richtung.

Für die Erklärung der Entstehung der Striae bei Typhus und anderen schweren Krankheiten kommen mehrere Momente in Betracht. Zunächst das rein mechanische Moment der Dehnung der Haut nach Art der Entstehung der Striae gravidarum. Für manche Fälle kommt man jedoch mit dieser Erklärung, also z. B. bei Typhus durch Hochziehen der Kniee, nicht aus; so bemerkt auch JESSNER [25]), daß durchaus nicht immer eine in dieser Richtung vielleicht Schaden bringende Lagerung vorhanden gewesen sei, und daß durch eine derartige Hypothese durchaus nicht erklärt werde, warum gerade mit Darmerscheinungen verbundene Leiden zu diesen Striae disponieren; liegen doch auch andere Kranke oft Wochen, ja Monate mit krummen Knien. Auch der der Spaltungsrichtung nicht entsprechende quere Verlauf der Streifen am Oberschenkel spreche dagegen.

Auch der obenerwähnte Fall von KIRSTEIN (Einseitigkeit der Affektion und Lokalisation am Stamm) gestattet eine derartige Erklärung nicht mit Bestimmtheit; KÖBNER [26]) nimmt allerdings auch für diesen Fall eine mechanische Entstehungsweise an: der an Blindarmentzündung leidende Kranke sei wahrscheinlich auf der rechten Seite gelegen und habe daher mit der linken Thoraxhälfte stärker geatmet. Er erwähnt diesbezüglich einen Fall von MANOUVRIER, welcher einmal neben Querstreifen oberhalb der Kniee nach stark flektierter Haltung solche auch an einer Hüfte und auf der rechten Rückenseite sah, auf welcher der Typhöse gekrümmt gelegen hatte. Auch in unserem Falle II erscheint es bemerkenswert, daß bei dem Kranken, der wegen seines linksseitigen Glutäalabszesses meist rechte Seitenlage einnahm, an der Außenseite des rechten Oberschenkels zahlreiche, an der des linken hingegen nur spärliche Striae vorhanden waren.

Es sei hier erwähnt, daß die von A. GILBERT [27]) beschriebenen Striae rückwärts am Thorax, und zwar in einem Falle von Pneumonie nach Typhus und in zwei Fällen von Pneumothorax bei Tuberkulösen, sich einseitig in den Interkostalräumen der gesunden Seite befanden; es könnte demnach die stärkere Atmung mit der gesunden Brustkorbhälfte zur Erklärung herangezogen werden.

Die Bedeutung des starken Längenwachstums typhuskranker Kinder — und um solche handelt es sich in den meisten Beobachtungen — hat schon DUPUYTREN [28]) erwogen. Am genauesten wurden diese Verhältnisse von ANBOYER [29]) studiert.

ANBOYER stellte durch sorgfältige Messungen das rapide Wachstum der Röhrenknochen, hauptsächlich der unteren Extremitäten, während des Typhus und in der Rekonvaleszenz fest; doch finden sich unter seinen Beobachtungen auch Fälle von Lungentuberkulose und krupöser Pneumonie bei Kindern im Alter von 5—14 Jahren mit raschem Wachstum. ANBOYER bemerkt auch, daß das rasche Knochenwachstum allein zur Erklärung der Entstehung der Striae nicht genüge.

HENOCH [30]), welcher auf das Mißverhältnis zwischen der Macies bei Typhus und dem ungewöhnlich starken Längenwachstum, besonders der Röhrenknochen der unteren Extremitäten, aufmerksam macht, erklärt die Bildung der Querrisse der Haut an der Streckseite der unteren Extremitäten durch die besonders bei flektierten Kniegelenken übermäßige Spannung der Haut, welche für die schnell wachsenden Knochen zu eng geworden ist. HENOCH betont auch die Seltenheit der Erscheinung.

Eine trophoneurotische Entstehungsart stellt zuerst G. FISCHER [31]) als möglich hin, unter Hinweis auf die Beobachtungen von REMLINGER [32]) (Fehlen des Patellarreflexes in zahlreichen Typhusfällen) und von NONNE [33]), der bei einem Typhuskranken mit Fehlen der Kniesehnenreflexe nach 14tägiger Krankheitsdauer isolierte Neuritis des N. cruralis nachwies. Doch bemerkt schon KÖBNER [34]), daß das Zusammenvorkommen von Striae und fehlendem Patellarreflex nicht festgestellt sei. Sicherlich spielt jedoch der schlechte Ernährungszustand der Haut bei der Entstehung von Striae eine Rolle, indem er eine Disposition für Schädigungen durch mechanische Momente schafft.

Die Striae nach Typhus sind ebensowenig wie die fälschlich Schwangerschaftsnarben genannten Striae gravidarum Narben. Bezüglich der letzteren wurde schon von LANGER [35]) betont, daß hierbei Gewebszerreißungen nicht stattfinden, sondern daß die faserigen Bestandteile der Haut durch die übermäßige Dehnung der Bauchhaut bei der Schwangerschaft auseinandergezerrt werden. Dementsprechend führt KÖBNER [36]) den Ausdruck „Striae cutis distensae" für die gewöhnlichen Bezeichnungen „Striae atrophicae cutis" und „Striae patellares" (G. FISCHER) ein; KIRSTEIN [37]) gebraucht den Namen „Streifenförmige Divulsion der Haut".

Histologische Untersuchungen von Striae bei Typhus liegen von KÖBNER und von BUNCH [38]) vor; sie stimmen im wesentlichen mit den Angaben von TROISIER und MÉNÉTRIER [39]) überein, speziell auch in bezug auf den partiellen Schwund des elastischen Gewebes an Stelle der Stria. Es finden sich innerhalb der Striae zerrissene elastische Fasern. Das kollagene Gewebe erleidet im Bereiche der Stria durch die Spannung eine Verlagerung, wird parallelfaserig und rarefiziert, und unterscheidet sich schon dadurch vom dichten Gewebe einer Narbe.

Die Striae bei Typhus sind selten, wenigstens in ihrer ausgeprägten Form. So konnten PERROUD und ANBOYER während einer großen Typhusepidemie in Paris keinen einzigen Fall finden; BETKE [40]), welcher auf Anregung von LIEBERMEISTER sich an der Hand von 1420 im Spital zu Basel (1865—1868) beobachteten Typhusfällen mit den Komplikationen des Abdominaltyphus beschäftigt und auch den Komplikationen von Seite der Haut ein Kapitel widmet, erwähnt die Striae nicht, ebenso wie die Monographien über Typhus von CURSCHMANN (in NOTHNAGELS Handbuch), LIEBERMEISTER (in ZIEMSSENS Handbuch) und CHANTEMESSE (Traité de médecine).

Auch in der „Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten" von KAPOSI und in den „Hautkrankheiten" von JARISCH sind Striae nach Typhus nicht erwähnt.

Geringe und weniger ausgeprägte Striae, namentlich über den Kniescheiben, sind jedoch bei genauer und darauf gerichteter Untersuchung häufiger. Sie bilden ein bleibendes Kennzeichen in der Jugend durchgemachter schwerer Erkrankung und sind daher auch von einer gewissen forensischen Bedeutung.

Im Falle II trat neben den Striae am Oberschenkel ein Hämatom des M. quadriceps femoris auf, wie ROKITANSKY

[25]) S. JESSNER, Königsberg, DRASCHES Bibliothek medizinischer Wissenschaften, Venerische und Hautkrankheiten. 1900, pag. 531.

[26]) KÖBNER, l. c.

[27]) GILBERT, l. c.

[28]) DUPUYTREN, l. c. bei ACHERSON.

[29]) ANBOYER, l. c. — Vgl. auch: COMBY, „Arch. gén.", Févr. 1890; BOUILLY, „Rev. de Méd. et de Chir.", 1879.

[30]) HENOCH, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 11. Auflage, Berlin 1903, pag. 822.

[31]) G. FISCHER, l. c.

[32]) REMLINGER, „Revue de médecine", 1901, pag. 46.

[33]) NONNE, EPPENDORFER-Festschrift, 1889.

[34]) KÖBNER, l. c.

[35]) C. LANGER, Über die Textur der sogenannten Graviditätsnarben. STRICKERS Wiener medizinische Jahrbücher, 1880, pag. 49.

[36]) KÖBNER, l. c.

[37]) KIRSTEIN l. c.

[38]) BUNCH, l. c.

[39]) TROISIER und MÉNÉTRIER, Histologie der Striae. „Arch. de Méd. expér.", Bd. 1, 1889, pag. 131. — Vgl. auch UNNA, Histopathologie. Berlin 1894, pag. 1011.

[40]) D. BETKE, Die Komplikationen des Abdominaltyphus. Deutsche Klinik, 1870, Bd. 22, pag. 380.

(1856) es zuerst im M. rectus abdominis beschrieben hatte. VIRCHOW erklärte diese Muskelrupturen und Hämorrhagien durch parenchymatöse, ZENKER[41]) durch wachsartige Degeneration der quergestreiften Muskelfasern. In der vorliegenden Beobachtung stellen die Striae in pathogenetischer Hinsicht ein Analogon der Veränderung im Muskel dar.

Über die Dementia praecox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis.

Von **Dr. Erwin Stransky**, Assistent der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik, Wien.

II.

Lassen Sie mich nun zunächst mit einigen Worten die Hebephrenie schildern. Sie befällt Individuen, von denen ein Teil hereditär belastet ist, ein anderer wieder nicht. Unter unseren zur Dementia praecox zu rechnenden Fällen, von denen ich 171 statistisch durchsah, sind 91 Hebephrene und darunter 34 früher als erblich belastet eruiert. In einer Anzahl von Fällen handelt es sich um junge Leute, die schon von Geburt auf, aus individueller oder genereller Ursache, eine psychische Entwicklungshemmung dargeboten hatten; ich zählte 18 sichere solcher Fälle; freilich versagt oder fehlt ja in einem Teile eine brauchbare Anamnese. Ein anderer Teil wird als normal, ja zuweilen als besonders begabt hingestellt (mehrmals unter meinen Fällen sicher); zeitweise wurden charakterologische Abnormitäten (8 sichere Fälle) schon früher vermerkt. Kurz, Sie sehen, der Boden, auf dem sich die Psychose entwickelt, scheint a limine kein einheitlicher. Dagegen fällt gewöhnlich der Beginn in die Jahre von der Pubertät bis ums Ende des dritten Lebensjahrzehnts; ich verzeichnete nur einmal unter den bisher durchgesehenen 171 Fällen sicher einen späteren Beginn, zweimal datierte das Leiden vielleicht früher zurück.[1])

Verschiedenförmig ist wieder die Art der ersten Manifestationen des Leidens. Sie können scheinbar akut hereinbrechen; meist aber scheint der Beginn ein schleichender. In nicht wenigen Fällen verzeichnen wir einleitend affektive Störungen: die jungen Leute werden ohne rechtes Motiv verstimmt, ziehen sich zurück, äußern vage, undefinierbare Befürchtungen, werden menschenscheu, moros; andere Male wieder fällt eine gewisse leichte Reizbarkeit auf oder unmotivierte, gegenstandslose Heiterkeit. Auch zyklischer Phasenwechsel kommt vor. Bedenkt man, daß das zirkuläre, manisch-depressive Irresein sehr häufig im gleichen Lebensalter zum ersten Male auftritt, so erhellt, wie sehr oft diagnostisch-prognostischen Verwechslungen Tür und Tor offen steht.

Andere Male wieder sind die psychotischen Erscheinungen ausgesprochener. Vereinzelte Halluzinationen der verschiedensten Sinnessphären tauchen auf; es kommt zur Bildung von Wahnideen verschiedensten Charakters, meist ohne Zusammenhang, ohne Persistenz, ohne Konsequenz; der Kranke glaubt sich von seinen Eltern zurückgesetzt, fürchtet, vergiftet zu werden, er glaubt sich hypnotisiert, „durch Betäubung", zur Onanie gezwungen; Mädchen glauben, daß ihnen nachgestellt, daß sie geschlechtlich vergewaltigt werden; der Kranke hat gehört, er sei ein Königssohn, werde von den Sozialisten verfolgt; oder er hat „durch innere Offenbarung" gehört, er sei der Sohn des „Kaisers von Bayern", „Kaiser Max von Mexiko sei sein Advokat", er sei zu Hohem berufen; er hat das Perpetuum mobile erfunden; andrerseits „habe er kein Gehirn mehr", „die Pupillen sind ausgeronnen", ist nur ein „lebender Leichnam", müsse zugrundegehen, habe sich schwer versündigt, u. dgl. Es fällt auf, daß der Kranke oft abrupt und nebeneinander, oft ohne Affekt, oder mit inadäquatem oder selbst konträrem Affektausdruck all diese disparaten Wahnideen produziert; es fehlt jene innere Zusammengehörigkeit und Folgerichtigkeit sowohl innerhalb des Geisteslebens, wie innerhalb des Gemütslebens, und auch innerhalb des Zusammenspiels beider, wie wir es bei anderen, sonst in Frage kommenden Psychosen meist sehen, etwa der Paranoia und Melancholie; es ist, als hätte man ein regelloses, beziehungsloses Durcheinander von Fragmenten heterogenster Psychosen vor sich; kein Wunder, wenn mancher dieser Fälle anfänglich als „atypische" Paranoia oder Melancholie imponiert, oder wenn bei jungen Mädchen mit hysterischen Stigmen etwa das billige Auskunftsmittel „hysterische Psychose" herhalten muß.

Kein Wunder auch, wenn eine dermaßen in Unordnung geratene Psyche nun auch in dem Benehmen und Handeln des Individuums ihre Zerfahrenheit verrät. In der Tat, oft sind es gerade die Anomalien des Handelns, welche die erkrankten Individuen zuerst auffällig werden lassen und den Anlaß zu psychiatrischer Intervention geben. Die Kranken beginnen ihr Studium, ihre Tätigkeit zu vernachlässigen, selbst auch ohne jedes Motiv ganz einzustellen, sich mit unpassender, ihrer Bildungsstufe nicht entsprechender Lektüre, mit ebensolchen philosophischen, physikalischen, medizinischen Problemen zu beschäftigen. Ein junger Arbeiter oder ein Kommis oder ein Gymnasialschüler debütiert etwa mit irgendwelchen Essays über wissenschaftliche Fragen, aber es fällt sogleich auf, daß sie inhaltlich nicht einmal gutgemeinte Ansätze zur Lösung enthalten, sondern nichts als hohle leere Phraseologie, die unter Umständen einen fast pathognostischen Charakter annehmen kann: bei korrekter oder mindest halbwegs korrekter Satzfügung blühendste Unsinnigkeit des Satzinhaltes, einigermaßen an den berühmten kommentmäßigen „Bierschwefel" erinnernd; FOREL hat die schweren Grade dieser charakteristischen Sprachverwirrtheit treffend „Wortsalat" genannt; es fällt dabei auch die Tendenz auf, bestimmte Worte und Redewendungen in oft ganz beziehungsloser Weise „zu Tode zu reiten", es fällt die gegen die scheinbar hochfliegenden Intentionen grell dissonierende, ganz abnorme Armut an Gedanken, es fällt ferner das oft ungeheure, ungereimte Pathos in Rede und Schrift auf, mit dem all diese bis zur Unsinnigkeit inhaltsleeren Phrasen vorgebracht werden. Ist schon dies genug auffällig, besonders wenn dergleichen bei früher psychisch vollkommen normalen Individuen in Erscheinung tritt, so gewinnen andere Störungen des Benehmens und Handelns oft schon direkt den Charakter der Selbst- oder Gemeingefährlichkeit; ein Kranker öffnet etwa plötzlich die sämtlichen Wasserleitungshähne des Hauses, ein anderer beginnt die Einrichtungsgegenstände der Wohnung zu demolieren, ein dritter wird aggressiv gegen Eltern und Geschwister; all diese „Streiche" werden von den Kranken selber nicht selten nur dürftig oder selbst gar nicht motiviert, oft direkt als „Einfälle" bezeichnet, die der Kranke nicht unterdrücken konnte und wie triebartig in Handlungen umsetzte; es wird uns dies Verhalten, wenn wir an die obenerwähnten Willensstörungen bei unserer Erkrankung denken, einigermaßen verständlicher; zuweilen auch ist die Motivierung gegeben durch Wahnideen, die vielleicht bis dahin latent geblieben waren, oder durch Halluzinationen, besonders imperative „Stimmen", aber es fällt dabei die absolute Hemmungslosigkeit, das Mißverhältnis zwischen Ursache und Wirkung, die Affektlosigkeit oder der inadäquate Affekt und die oft blitzartige Plötzlichkeit auf, mit der diese „Streiche" aus oft relativ geordnetem Gebaren heraus erfolgen; einer meiner Kranken, der seit Tagen wegen einer Angina zu Bette lag und sich ganz ruhig und gefügig verhielt, fast ohne Spontaneität dalag, sprang einmal plötzlich auf, trank ein

[41]) F. A. ZENKER, Über die Veränderungen der willkürlichen Muskeln im Typhus abdominalis. Leipzig 1864 bei F. C. W. Vogel.

[1]) Anm. bei der Korrektur: Seit dem Vortrage (damals hatte ich erst 110 Fälle zusammengestellt) habe ich die Durchsicht des selbst beobachteten Materials vollendet; daher sind die entsprechend höheren Zahlen hier eingesetzt.

neben ihm stehendes Tintenfaß bis zur Neige aus und legte sich wieder zu Bette; die Magenausspülung ließ er dann ganz ruhig und ohne Widerstreben über sich ergehen und meinte zu mir bezüglich seines „Streiches", „es sei ihm halt so der Gedanke gekommen"; ein junges Mädchen aus guter Familie rannte auf die Straße, warf sich fremden Männern in die Arme, macht ihnen recht weitgehende Anträge; an der Klinik meinte sie lachend, „die Franzosen, ein Bischof hätten sie suggeriert"; ein anderer Kranker wirft sich von Zeit zu Zeit platt auf den Bauch, „weil man ihn einen Juden heiße und er zeigen wolle, daß er keiner sei"; wieder ein anderer wollte durch Herabspringen von einem fahrenden Eisenbahnzug ein Suizid begehen, „weil die Küche in Wien so schlecht ist; man gebe ihm Watta ins Fleisch". Solche instruktive Beispiele ließen sich natürlich noch in Menge beibringen.

Neben solchen schon dem Laienauge als eminent pathologisch erscheinenden Vorkommnissen treten die meist allmählich und schleichend sich etablierenden Veränderungen in dem psychischen Gesamtverhalten der Kranken wohl zuweilen in den Hintergrund, ohne aber darum minder charakteristisch zu sein. Die Gemütsverblödung äußert sich zu Beginne gewöhnlich zunächst in einer Abstumpfung an Interesse für die höheren intellektuellen Leistungen des Einzelindividuums. Ist die gewohnheitsmäßige Tätigkeit des Kranken etwa mehr mechanischer Natur, so wird naturgemäß die Störung für seine Umgebung weniger frühzeitig sich offenbaren, als wenn etwa der Patient den höheren Berufsständen angehört, bzw. für diese sich vorbereitet; der junge Studierende, der bis dahin den an ihn gestellten Anforderungen entsprochen hat, beginnt nun allmählich nachzulassen; zuweilen beginnt der frühere Fleiß zu schwinden; statt zu studieren, ergeht er sich in allerhand seiner Altersstufe nicht mehr recht angepaßten kindischen Spielereien, oder spaziert und faullenzt herum; der frühere Ehrgeiz schwindet dahin, Tadel in der Schule oder im Hause, früher ein mächtiger Ansporn, beginnen ihre Wirkung einzubüßen, das Studium muß schließlich, nachdem Echec auf Echec erfolgt, aufgegeben werden. In anderen Fällen scheint der Fleiß als solcher nach wie vor vorhanden, ja selbst vermehrt, aber die Auffassung des neu zu Erlernenden, früher normal oder selbst vorzüglich, wird schwerer und schwerer, die Unfähigkeit — trotz scheinbar gesteigerter Arbeitsleistung —, den Anforderungen des Studiums nachzukommen, immer manifester, der junge Mann sitzt wohl den ganzen Tag über seinen Büchern, seinen Aufgaben, müht sich scheinbar, ihnen nachzukommen, aber es will nicht mehr recht vorwärts gehen, denn es beginnt jegliches Interesse an der Sache zu erlahmen, jenes Interesse, das ja nötig ist, um die physiologischen Hemmnisse des Arbeitens zu überwinden; stundenlang liest er, starrt er auf denselben Passus in seinem Lehrbuche, unfähig — trotz scheinbar besten Willens —, dessen Inhalt recht zu erfassen; natürlich ist auch hier das Ende vorauszusehen. Mutatis mutandis gilt dann dasselbe von allen Berufsarten bzw. ihren Adepten. In weiterer Folge leiden aber die höheren Gefühlsregungen, insbesondere diejenigen ethischer, ein koordiniertes Zusammenspiel intellektueller und gefühlsmäßiger Leistungen erfordernder Natur; es leidet die Anteilnahme an den den Staat, die Nation, die Gesellschaft, die Familie bewegenden Vorgängen; es sinkt das Interesse für früher bevorzugte Zerstreuungen höherer und anregenderer Art, wie Theater, Musik, Literatur; es vermindert sich schließlich das Interesse des Kranken für sein eigenes Schicksal, seine eigene Person, für sein eigenes Wohl und Wehe. Wohl kommt es noch zu Affektäußerungen, oft selbst von exorbitantem Ausmaße; aber, wie ich es schon früher erwähnte, es besteht nicht mehr die normale Beziehung zwischen Vorstellungs- und Affektleben, die jeweiligen Affekte erscheinen uns gegenstandslos, das ganze Verhalten des Kranken, mag er nun heiter oder traurig oder zornig bewegt oder, wie in der Regel, phlegmatisch erscheinen, macht den Eindruck des Albernen, Läppischen, Unangemessenen; der Kranke kramt etwa lachend weltschmerzlerische Phrasen aus, oder erzählt lachend oder in ganz affektloser Weise, „sein Gehirn sei ihm ausgeronnen", oder er gerät wieder wegen einer harmlosen Zurechtweisung in den sinnlosesten, oft zu gefährlichen Aggressionen führenden Zorn. Aber mehr als all das, wir registrieren, wie ebenfalls schon bemerkt, auch innerhalb jeder einzelnen der beiden psychischen Sphären eine eigentümliche Zerfahrenheit: Mimik und Ausdrucksbewegungen nehmen einen eigenartig ungeordneten, verschrobenen Zug an, kombinieren sich aus oft ganz disparaten Komponenten: gleichgültige Wünsche — etwa um ein Päckchen Tabak — werden tagaus, tagein in demselben singenden, tremolierenden, predigerhaften Tone fast deklamiert; die Kranken heulen und lachen zuweilen in einem Atem durcheinander; in ihrer Haltung offenbart sich eine oft fast komische linkische Steifheit, Eckigkeit und Fahrigkeit. Dazu kommen noch eine Reihe oft ganz sinnloser, aber stereotyper Bewegungskombinationen: der Kranke spricht etwa in ganz geordneter Weise, wiederholt aber dabei wie tic-artig von Zeit zu Zeit gewisse barocke Grimassen oder sinnlose Bewegungen mit den Armen; oder er nimmt von Zeit zu Zeit in ebenso beziehungsloser Weise eine outriert-militärische Haltung an; oder er sucht ganz gewohnheitsmäßig, ohne es irgendwie motivieren zu können, zu bestimmten Zeiten immer wieder denselben Fleck im Garten auf, um dort regungslos eine Weile zu verharren. Diese Stereotypien erscheinen oft in Form ganz abstruser und bizarrer Manieriertheiten. In gleicher Weise kommt es zu Störungen auf assoziativem Gebiete. Spontan produzieren die Kranken oft gar nichts oder es kommt zu ganz sinnlosen Monologen, innerhalb deren etwa einige selbst sinnlose oder neugebildete Worte oder Phrasen in beziehungsloser Weise sich immerfort wiederholen; es macht dieses Verbigerieren, wie wir es nennen, den Eindruck des Zwangsmäßigen, zumal die Kranken hierfür sehr oft keine rechte Begründung zu geben vermögen. Bei der Exploration zeigt sich, daß die Kranken meist Fragen gut verstehen, früheren Erfahrungsstoff, soweit er nicht durch Nichtübung verloren gegangen, gut zu reproduzieren vermögen; hingegen leidet die Neuaufnahme von Erfahrungsstoff, eben wegen der durch die Interesselosigkeit bedingten Aufmerksamkeitsstörung regelmäßig; überhaupt ist die Aufmerksamkeit des Kranken herabgemindert; sehr häufig beantwortet er vorgelegte Fragen in sinnloser Weise mit einer mit dem Frageinhalt in bloß entfernter Beziehung stehenden Floskel, die wohl verrät, daß er das Gehörte ungefähr erfaßt hat, daß er aber nicht vermag, das geringe Quantum psychischer Konzentration aufzubringen, um eine vollkommen passende Antwort zu geben; es kommt dergestalt zum sogenannten Vorbeireden, Paralogieren; ein Kranker antwortet etwa auf die Frage nach der Hauptstadt von Deutschland: „Bistritz"; oder auf die Frage 3 × 6? „80 Kreuzer"; in beiden Fällen verrät die Antwort ein Verständnis des Frageinhalts, sie erfolgt oft recht prompt, nichts weist auf Schwerbesinnlichkeit oder Bewußtseinstrübung hin; der Mangel an Aufmerksamkeit ließ eben die nächstliegende Assoziation laut werden. In anderen Fällen erfolgt auch eine ganz sinnlose Antwort mit dem erstbesten Einfall. Begnügte man sich damit, so könnte man den Kranken für ganz „verworren" halten; inquiriert man dann genauer, stimuliert man die darniederliegende Aufmerksamkeit, so erhält man oft zwischendurch durch solche sinnlose Antworten ganz korrekte, selbst auf komplexere Frageinhalte. Ganz ähnlich verhält es sich mit den schriftlichen Emanationen der Kranken; auch da verzeichnen wir oft ein kunterbuntes Neben- und Durcheinander sinnloser und korrekter Äußerungen; sehr oft notieren wir auch da stereotype, sinnlos sich wiederholende Schnörkel, Unterstreichungen, Manieriertheiten und dergleichen.

Wahnideen, Sinnestäuschungen, Verstimmungen aller Art können interkurrieren; sie manifestieren sich bei der

eigenartigen Verschrobenheit der Kranken in oft kurioser Weise; es tritt uns, zum Unterschiede von vielen anderen Psychosen, auch da das Ungereimte, Inkonsequente und Zerfahrene im Gebaren des Kranken auffällig entgegen. Die Halluzinationen und die Reaktionen darauf sind oft ganz sinnlos; „Rab', Rab', der Baum ist eine Schlange geworden", hörte eine meiner Kranken; sie zertrümmerte unversehens eine Fensterscheibe, „weil man sie kämmen wollte"; ein anderer Kranker ängstigte sich sehr, weil er eine Stimme hörte: „Der Pichler (Name eines Pflegers), der Pichler, der Pichler sitzt im Bauch"; ein anderer Kranker übt grinsend und unter stetem hartnäckigen Stillschweigen, Mutazismus, durch Wochen hindurch den militärischen Parademarsch; er erzählte später, er mußte dies tun, weil er zu hören glaubte, er werde widrigenfalls „umgebracht" werden; nichts hätte je darauf hingewiesen, daß dem absonderlichen Gebaren des Kranken als Motiv solche vermeintliche Bedrohungen zugrunde lagen; man beachte dabei auch das beharrliche, einförmige, modulationslose Festhalten an ein- und derselben Handlungsweise durch viele Wochen! Klebenbleiben, Perseverationserscheinungen finden wir überhaupt in Rede und Gebaren bei unseren Kranken sehr häufig. Kaum je werden etwaige Wahnideen irgendwie systematisiert, oft die widersprechendsten sinnlos aneinandergereiht; inhaltlich und formell entbehren sie oft jeder Logik, jedes Ausmaßes; zuweilen erinnern sie geradezu an jene der Paralytiker; dabei fehlt ihnen wieder gewöhnlich jede zugehörige Affektbetonung. Ein gegen seine Internierung gar nicht sonderlich protestierender, gewöhnlich initiativelos umherschlendernder Kranker trägt sich mit dem Plane, auf dem Mariahilferberge nächst Passau eine Strohhutfabrik zu errichten, weil dort die Aussicht so schön sei; ein anderer bemerkt beiläufig, seine Mutter sei ein Schwein, er wolle sie abschlachten, damit man Fleisch zu essen habe; derselbe Kranke verlangt gegen Kopfschmerzen Menschenkot zu essen, man solle ihm denselben auf acht Tellern servieren; ein ehemaliger Studiosus Juris teilt dem Arzt seinen Wunsch mit, zu konvertieren, um einer katholischen Studentenverbindung beitreten zu können; auch plant er, sämtliche Juden taufen zu lassen und sie dann ins gelobte Land zu führen; gefragt, wie er sich die Durchführung dieses Planes vorstelle, meint er, „der Rothschild werde ihm dazu schon das Geld geben". Wieder ein anderer, ein ehemaliger Finanzwachaufseher, produziert die ebenso bescheidene als sinnlose Größenidee, er sei „zum Juwelenabstauber von ganz Wien" ernannt worden; und ähnliches mehr; einen wesentlichen Zug des Krankheitsbildes stellen all die letztgenannten Dinge nicht dar, sie können auch vollkommen fehlen; immerhin müssen sie verzeichnet werden, weil gerade durch ihr Vorhandensein bei oberflächlicher Betrachtung diagnostische und prognostische Irrtümer provoziert werden können.

Im weiteren Verlaufe des Leidens tritt dann die eigentliche Demenz in ihrer Reinheit immer deutlicher hervor. Die Individuen entbehren jeder höheren Initiative; fast nur noch das Essen vermag, wie Kräpelin treffend bemerkt, zuweilen noch ihr Interesse wachzurufen; sie vernachlässigen ihr Äußeres, schlendern in verwahrlostem Zustande umher, meist mit blödem Lächeln oder ohne jeglichen Affekt; sie beschäftigen sich mit nichts mehr recht, lungern müßig herum, wunschlos und teilnahmslos, sind höchstens zu irgendeiner mechanischen Verrichtung zu gebrauchen und auch das, namentlich in der ersten Zeit, wenn noch nicht das Moment der Gewöhnung eingetreten ist, nur auf spezielleren Antrieb; zuweilen auch wird irgendein Wunsch, etwa der nach Entlassung, gelegentlich in gewohnheitsmäßig-mechanischer Weise heruntergeleiert, aber es fehlt jeder affektive Nachdruck; das psychische Stilleben wird allenfalls ab und zu durch irgendwelche der erwähnten Raptus oder von meist kurzdauernden, meist durch Halluzinationen beeinträchtigenden Inhalts bedingten Erregungszuständen unterbrochen, im allgemeinen aber fehlt auch den etwa noch fragmentarisch, kaum je ohne spezielles Befragen produzierten Wahnideen und Sinnestäuschungen jede entsprechende oder doch die adäquate Gefühlsbetonung. Sinnloses Widerstreben wird regellos durchbrochen von erhöhter, gleichfalls wohl auf die geschilderte psychische Grundstörung zu beziehender Beeinflußbarkeit, die Kranken neigen zuweilen zu mechanischem Kopieren des Gebarens anderer, zu Echopraxie, zum Kopieren in ihrer Umgebung fallender Äußerungen, zu Echolalie; bisweilen kommt das Sinnlose dieses Verhaltens den Kranken selber in luzideren Zeiten dunkel zum Bewußtsein und wir hören dann von ihnen, daß sie dies und das tun „mußten", wie unter einem Zwange gehandelt hätten. In manchen Fällen sinken die Kranken auf die Stufe tiefster Idiotie herab, verunreinigen sich mit Fäkalien, speicheln, müssen gefüttert werden, verharren monate- und jahrelang in derselben stumpfen, wortlosen Regungslosigkeit, höchstens noch gewohnheitsmäßig mit der „Herde" einhertrabend, nur auf gewisse gewohnte Zurufe gleich Haustieren reagierend; würden nicht zeitweise, ganz unvermittelt auftauchende pseudoluzide Phasen von meist nur kurzer Dauer oder hie und da die sonst meist ganz unergiebige verbale Exploration das Vorhandensein von chaotischen Resten früher erworbener Kenntnisse enthüllen, man könnte glauben, es handle sich um schwerste Formen angeborener Idiotie.

Nicht in allen Fällen besteht indes der Endausgang in so schwerer Verblödung. In der Regel sogar bleibt eine gewisse äußere Ordnung im äußeren Verhalten bestehen. In nicht wenigen Fällen ist die intellektuelle Verblödung keine so schwere, daß nicht die Kranken imstande wären, gewissen, wenig Anforderungen an die selbständige Intelligenz stellenden Beschäftigungen und Tätigkeiten, meist mechanischer Natur, wie Abschreiben, Kopieren, handwerksmäßigen und landwirtschaftlichen Arbeiten niedrigeren Grades u. dgl. nachzukommen, kurz nicht als Handlanger jeder Art verwendbar wären. Immer aber fällt die Gemütsstumpfheit, Teilnahms- und Interesselosigkeit der Kranken auf; der Kranke sinkt gleichsam zur Maschine herab, und wo sich etwa Züge von Spontaneität äußern, dort tragen sie den Stempel des Albernen, Kindisch-Läppischen, Ungereimten in der vorhin beschriebenen Weise an sich. In den leichtesten Fällen endlich verrät sich der intellektuelle Defekt bloß in einer mehr minder erheblichen quantitativen Abnahme der Intelligenz, ohne daß indes dabei der Defekt ein so hochgradiger wäre, daß der Kranke als aktives Mitglied der sozialen Gemeinschaft vollkommen eliminiert würde; in solchen leichtesten Fällen — sie kommen viel häufiger vor, als es den Anschein hat, denn sie entziehen sich naturgemäß öfters der psychiatrischen Beobachtung — sinken die Individuen bloß auf eine tiefere Lebensstufe, auf einen tieferen Standard of life herab; der frühere Vorzugsschüler beginnt etwa in den obersten Schulklassen nachzulassen, kommt nur mit Mühe durch die Barrière der Reifeprüfung, um schließlich an der Hochschule gegenüber den gestellten Ansprüchen gänzlich zu versagen; aus der früheren Hoffnung der Familie wird etwa ein armseliger Schreiber, Diurnist oder Praktikant, und auf dieser Stufe vermag er sich dann immerhin schlecht und recht durchs Leben durchzuschlagen; der frühere Schullehrer, der es immerhin bis zur Anstellung gebracht hat, erweist sich unfähig, Unterricht zu halten; als ländlicher Hilfsarbeiter vermag er schließlich gerade noch den Ansprüchen zu genügen; ein Techniker vernachlässigt sein Studium, vermag dafür weder Interesse, noch Kapazität mehr aufzubringen, aber immerhin noch eine Hilfsbeamtenstelle in einem Handlungshause auszufüllen u. dgl. m. Daß solche Fälle, meine Herren, sozusagen fließend in die physiologische Gesundheitsbreite überzugehen scheinen, liegt auf der Hand; fast jeder unter uns erinnert sich ja aus seiner Studienzeit her solcher einzelner Kollegen, die, anfänglich normal oder selbst gut befähigt, um die Pubertätszeit und in den darauffolgenden Jahren zu versagen begannen und heute weit, weit unter

unserer sozialen und Bildungsstufe vergessen und verschollen sich durchfristen. Zuweilen kombiniert sich diese einfache psychische Abschwächung auch mit vereinzelten Spuren der oben geschilderten greifbaren psychischen Abnormitäten; manch „harmloser Narr", den man immerhin sozial toleriert und dem man trotz seiner schwachsinnigen, aber weiter nicht gemeingefährlichen Verschrobenheiten sein kümmerliches Dasein in der Freiheit läßt, ressortiert wohl in diese Kategorie.

In einer anderen Gruppe von Fällen wieder befällt die Verblödung vorwiegend die ethische Sphäre, bzw. die hierhergehörigen Vorstellungs- und Gefühlskomplexe: früher moralisch gesunde Individuen beginnen nun auf die Stufe jener Individuen herabzusinken, die wir als moralisch Schwachsinnige, als „moral insans" zu bezeichnen pflegen: nicht nur, daß sie an der früheren geordneten Betätigung kein Interesse mehr haben, nein, mehr als das, sie werden arbeitsscheu, entweichen, suchen ihren Unterhalt in illegaler Weise zu finden, werden besonders häufig zu Vaganten und Landstreichern; zuweilen aber auch kommt es zu verbrecherischen Handlungen anderer Kategorie; der Kranke kommt in Konflikt mit der Strafrechtspflege und — zuweilen auch nach mehrfachen Abstrafungen und Abschiebungen — wandert der Kranke schließlich ins Irrenhaus. Auch da gibt es „leichte" Formen, in denen die moralische Entartung wohl manifest wird, ohne doch gerade zu ausgesprochener Kriminalität zu führen: der früher „ordentliche brave junge Mann", beginnt um die kritische Zeit herum „rätselhafter Weise" auf „Abwege" zu geraten, treibt allerhand Allotria, vertrinkt sich, lottert die Nächte in zweifelhafter Gesellschaft durch, vergeudet sein und der Familie Vermögen, unverbesserlich, unbelehrbar, unaufhaltsam auf der schiefen Bahn herabgleitend, er „verlumpt" sich völlig, endet schließlich als Abenteurer oder „in Amerika"; der früher tüchtige, verwendbare und unbescholtene junge Offizier beginnt „plötzlich", „unverständlicher Weise" auf Abwege zu geraten, kontrahiert „schmutzige Sachen", wird kassiert, deklassiert, endet irgendwo als Kellner, Bedienter, wenn nicht gar noch tiefer; ein junger Arzt vernachlässigt seine Tätigkeit, lungert in Kaffeehäusern herum, führt ein Bohèmeleben, bleibt taub gegenüber den Vorwürfen der Familie, die ihm unter den schwersten Opfern das Studium ermöglichte, gerät in Schulden über Schulden, bis ihn schließlich irgend ein gröbliche Verletzung der Standesehre oder ein durch grobe Unkenntnis verursachter Kunstfehler um das mühsam erworbene Diplom bringt und ins Lumpenproletariat versinken läßt; anständige junge Mädchen gleiten in die Demi-monde herab und ergeben sich schließlich der Prostitution; u. ä. m.

Referate.

A. Schittenhelm (Göttingen): **Die Purinkörper der Fäzes.**

Die tägliche Ausscheidungsgröße der Kotpurine ist großen Schwankungen unterworfen. Sie hält sich bei normalen Verhältnissen zwischen 0·013 und 0·138 *g* Basenstickstoff (= 0·027 und 0·285 *g* Purinbalsam) („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 81, H. 5 u. 6). Der Purinstickstoff des Kotes steht in direkter Beziehung zur Menge seiner Trockensubstanz. Ein schlackenreicher Kot enthält stets auch relativ reichlich Purinstickstoff. Es findet sich daher bei kohlenhydratreicher grober Diät, auch wenn sie vollkommen purinfrei ist, ebensoviel oder sogar noch mehr Purinstickstoff im Kot, wie bei einer leicht verdaulichen und vollkommenen resorbierbaren Kost, die sogar mäßige Mengen Purinstickstoff enthält. Es kommt dies davon her, daß der schlackenreiche Kot mehr Bakterien enthält und die Darmwand in erheblicherem Maße abscheuert, als schlackenarme Fäzes. Durch nukleinreiche Nahrung (Thymus) kann eine Steigerung der Kotpurine hervorgerufen werden, ohne daß dies jedoch in allen Fällen stattzufinden braucht. Dagegen werden die im Muskelfleisch vorhandenen Purinbasen, wenigstens bei mittlerer Zufuhr, offenbar gut und vollständig resorbiert. Es hat diese Erscheinung jedenfalls seinen Grund in der von Hall festgestellten schlechteren Resorbierbarkeit der Aminopurine gegenüber der guten Resorbierbarkeit der Oxypurine. Hundekot und die Fäzes der Herbivoren (Kaninchen) enthalten gleichfalls Purinbasen. Bei Pankreaserkrankung steigt die Kotpurinmenge infolge schlechter Nukleinverdauung. Bei Diarrhöen kann ein Durchtritt von Nahrungspurinen in nicht unerheblichem Maße eine Steigerung der Kotpurinmenge hervorrufen. Bei Obstipation tritt ein Sinken der Kotpurine hervor. Es werden dabei einerseits unter dem Einfluß anhaltender Fäulnis Purinbasen zerstört, andrerseits verlängert sich die Resorptionszeit durch die Obstipation und damit steigt auch die Ausnutzung der Fäzes, in welchen auf bakteriellem Wege durch Umwandlung von schlecht resorptionsfähigen Aminopurinen in gut resorbierbare Oxypurine zweckmäßig vorgearbeitet wurde. Hand in Hand mit vermehrter Resorption von Purinkörpern geht eine Steigerung der Harnsäure- und Basenausscheidung im Urin. Im acholischen Stuhl findet sich trotz hoher Mengen Gesamtstickstoff eine relativ geringe Menge von Purinstickstoff. Eine Steigerung der Ausscheidung von Kotpurinen infolge leukämischer Erkrankung anzunehmen, liegt kein Grund vor. Im Mekonium findet sich meist Harnsäure, welche aus den Resten verschluckten Fruchtwassers stammt. Im extrauterinen Leben findet sich nie Harnsäure in den Fäzes. Die Purinbasen finden sich in den Fäzes zu einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz in freiem Zustand, der übrige Teil gehört ihnen in gebundener Form, als Nuklein, an. In den Fäzes findet sich eine Nukleinsäure, welche außer Purinbasen Pentose und Hexose enthält. Der Purinbasengehalt der Bakterien macht einen ganz erheblichen Anteil am Gesamtbasengehalt des Kotes aus. In der normalen Galle finden sich keine Purinbasen; dagegen treten dieselben sofort in geringer Menge auf, sobald die Gallengänge in entzündlichen Zustand versetzt werden. Als eine beachtenswerte Quelle der Kotpurine kann die Galle nicht angesehen werden. Die Purinbasen sind ein regelmäßiger Bestandteil des Pankreassekretes. Die Menge ist jedoch eine so geringe, daß sie jedenfalls keinen bemerkenswerten Anteil der Kotpurine ausmacht. Die Darmwand enthält reichlich Purinbasen, und zwar vorwiegend Adenin und Guanin, in kleineren Mengen auch Xanthin und Hypoxanthin. Man wird nicht fehlgehen, anzunehmen, daß ein beträchtlicher Teil der Kotpurine ihren Ursprung in der Darmwand hat. Br.

J. L. Morse (New-York): **Hämaturie als erstes oder einziges Symptom des Skorbuts bei Kindern.**

Die Hämaturie ist von der Mehrzahl der Autoren als ein seltenes und wenig wichtiges Symptom des kindlichen Skorbuts gekennzeichnet worden. Morse widerlegt auf Grund zahlreicher Beobachtungen diese Meinung („Journ. of the Amer. Med. Assoc.", 17. Dezember 1904). Die Gegenwart von Blut im Urin ist eine recht häufige Erscheinung bei an Skorbut erkrankten Kindern und zuweilen für lange Zeit das einzige Krankheitssymptom. Bei 3 Kindern sistierte die Hämaturie nach wochenlanger Dauer sofort, als eine antiskorbutische Therapie eingeschlagen wurde. In drei anderen Fällen war die Hämaturie 8 Tage, 3 Wochen bzw. 3 Monate den anderen Symptomen der Barlowschen Krankheit vorausgegangen. Die angeführten Fälle kamen innerhalb 3 Jahre in die Beobachtung des Autors. Während dieser Zeit sah Morse nur einen einzigen Fall infantiler Hämaturie andern Ursprungs, woraus er einen Schluß auf die Häufigkeit der skorbutischen Hämaturie zieht. J. St.

M. Reeb (Straßburg): **Über den Einfluß der Ernährung der Muttertiere auf die Entwicklung ihrer Früchte.**

Zur Klärung der strittigen Frage über den Einfluß der Ernährung der Mutter auf das Kind wurden Tierexperimente an Kaninchen unternommen, bei denen immer derselbe Bock zur Verwendung kam und bei denen die Vergleichsreihen von derselben Mutter ausgingen. Die Ergebnisse stellten sich in folgender Weise dar („Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäk.", 9. Bd., 3. H.): Was die Anzahl der Jungen pro Wurf betrifft, so steht diese mit der Ernährung in keinem Zusammenhang, kann auch mit derselben nicht

in Bezug gebracht werden, da die Ernährung zurzeit der Beschälung und im Beginne der Trächtigkeit die gleiche war. Dasselbe gilt auch vom Geschlecht der Jungen; speziell ist in dem nach der schlechten Ernährung folgenden Wurf kein Vorherrschen von männlichen Tieren nachzuweisen. Was hingegen das Gesamtgewicht des frischen Wurfes anbetrifft, ist es bei schlechter Ernährung des Muttertieres durchwegs viel niedriger als bei guter, im Durchschnitt um 41·2% geringer. Das Gesamtfett ist bei schlechter Ernährung im Durchschnitt um 61·9% geringer als bei guter. Die prozentische Zusammensetzung der Tiere, insbesondere was N-Gehalt und Aschengehalt betrifft, war aber durch die schlechte Ernährung nicht beeinflußt (auf 100 Gewichtsteile fettfreie Trockensubstanz berechnet). Der konstante Aschengehalt mag beweisen, daß der unorganische Knochenbau nicht durch schlechte Ernährung des Muttertieres beeinflußt wird. Diese Resultate lassen die Angaben PROCHOWNIKs als richtig erscheinen. FISCHER.

KAPOSI (Heidelberg): **Hat die Gelatine einen Einfluß auf die Blutgerinnung?**

Um diese für die Therapie so wichtige Frage zu entscheiden, hat Verf. mehrere Tierexperimente ausgeführt, die ergaben, daß die Gelatine eine die Blutgerinnung beschleunigende Wirkung habe. Verf. konnte nämlich einwandfrei nachweisen, daß ein Antagonismus gegen das gerinnungshemmende Hirudin besteht („Mitt. aus dem Grenzgeb. f. Med. u. Chir.", Bd. 13, H. 3). Um die Gelatine gründlich zu sterilisieren, ohne daß dadurch die gerinnungsfördernde Wirkung des Präparates leidet, empfiehlt Verf. das Verfahren von P. KRAUSE, welches in Sterilisation an fünf aufeinander folgenden Tagen bei 100° C im Dampftopf je ½ Stunde lang besteht. ERDHEIM.

VANZETTI (Mailand): **Zur Verkalkung der Hirngefäße.**

An der Hand seiner histologischen Untersuchungen gelangt VANZETTI zu dem Schlusse („Speriment.", 1905, Nr. 4), daß in den Hirngefäßen eine Infiltration einer homogenen Substanz vor sich gehen kann, die zur Gruppe der hyalinen Substanzen gehört; in den Kapillaren wird sie auf der Endothelmembran deponiert, in den größeren Gefäßen in der Tunica media und der Adventitia. Der Ablagerung dieser Substanz geht keine wahrnehmbare histologische Veränderung der Elemente der Wand voraus. Wahrscheinlich beginnt der Prozeß in den kleinsten Kapillarverzweigungen und breitet sich dann auf die größeren Gefäße aus. Die hyaline Substanz ist nicht gleichmäßig verteilt, sondern lokalisiert sich in elektiver Weise an einzelnen Stellen, ohne daß dafür ein Grund merkbar wäre. Diese hyaline Substanz hat große Neigung zur Verkalkung; ihre Ablagerung in den Gefäßen führt zu deren Obliteration und zur Atrophie des Nervengewebes. In dem atrophierten Nervengewebe erscheinen streifige und verkalkte Partien. Die Ätiologie ist dunkel. BR.

W. KOPFSTEIN (Jungbunzlau): **Cystis pancreatica.**

Ein 45jähriger Mann erleidet ein schweres Trauma des Epigastriums. Im Verlaufe von 6 Wochen entwickelt sich in den oberen Partien der Bauchhöhle bei steigenden Abdominalsymptomen eine gewaltige Geschwulst, die den Magen und das Colon transversum in der Richtung vom Rückgrate nach vorne verdrängt und das Ligam. gastrocolicum dehnt. Drei Monate nach dem Trauma, als der Magen und das Colon transversum durch den wachsenden Tumor so komprimiert sind, daß die Ernährung unmöglich erscheint, wird bei dem Kranken im Zustande eines vollständigen Kollapses eine einzeitige Operation durchgeführt und 12 Liter dicker, braungrüner Flüssigkeit entleert. Die chemische Analyse weist in der Flüssigkeit mit Bestimmtheit diastatisches Ferment nach, wogegen die Prüfung auf Steapsin und proteolytisches Ferment negativ ausfiel. Nach der Operation erholte sich der heruntergekommene Kranke zusehends und 10 Wochen später verschloß sich die Operationsfistel, so daß der Kranke vollkommen genas. Nach ¾ Jahren konnte man sich davon überzeugen, daß die Heilung eine vollständige war („Časopis českých lékařů", 1905, Nr. 16). Verf. hält in ähnlichen Fällen die Operation immer für indiziert, wobei freilich die ganz desperaten Fälle außer Betracht bleiben und die Wahl der Operationsmethode, ob Exstirpation oder Inzision, in erster Reihe von den anatomischen Verhältnissen der Zyste und der Umgebung abhängt. STOCK.

FROMME (Halle a. d. S.): **Über multiples primäres Vulvakarzinom.**

Bei einer 65jährigen Frau, welche vor 1½ Jahren an Pruritus litt, fanden sich auf beiden großen Labien linsen- bis markstückgroße weiße, über die Haut nicht erhabene Knötchen, welche sich bei der mikroskopischen Untersuchung als typischer Hautkrebs erwiesen. FROMME („Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk.", Bd. 9, H. 3) nimmt an, daß ebenso wie die Leukoplasie oder Leukokeratosis vulvae auch die Karzinomknoten als Folgen des Pruritus mit seinen immer wiederkehrenden, durch das Kratzen bedingten Reizungen der Haut angesehen werden können. Hier handelt es sich nicht um Kontaktinfektion von einem Labium auf das andere, sondern um eine gleichmäßige Aussaat mehrerer Karzinomknoten. Der Fall muß dazu anregen, alle Fälle von Pruritus oder Leukokeratose bei alten Frauen nicht aus der Beobachtung zu lassen, da man nie wissen kann, wann die maligne Degeneration beginnt. FISCHER.

KONDRATIEW (St. Petersburg): **Über die Widerstandsfähigkeit der Tiere mit reseziertem Omentum gegen intraabdominale Infektion.**

Verf. hat bei Kaninchen und Meerschweinchen das Omentum reseziert und in verschiedenen Zeitabständen (1—7 Monate nach der Operation) diese Tiere sowohl, wie zugleich auch Kontrolltiere mit Kulturen von Staphylococcus pyogenes aureus, Choleravibrionen (nur Kaninchen), Bact. coli commune, Streptococcus pyogenes (nur Kaninchen) infiziert. Wenn die Tiere starben, wurden sie seziert und aus den inneren Organen Kulturen auf Nährmedien angelegt. Die am Leben gebliebenen Tiere wurden getötet und gleichfalls seziert. Auf Grund seiner 59 Versuche stellt Verf. vor allem die Tatsache fest (Diss. St. Petersburg; „Wratschebn. Gazetta", 1904, Nr. 30), daß die Resektion des Omentum bei den Tieren auf die Widerstandsfähigkeit derselben gegen intraabdominale Infektion ohne Einfluß geblieben ist. Ferner ergaben die Versuche, daß die Resektion des Omentum weder das Wachstum, noch die Entwicklung der Tiere hemmt, und schließlich ging aus den Versuchen hervor, daß am Omentum majus jegliche chirurgische Eingriffe ausgeführt werden können und durchaus zulässig sind. L—y.

BOKORNY (München): **Beitrag zur Erklärung der heftigen Giftwirkung von Sublimat.**

Sublimat übt („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 20) schon in sehr starken Verdünnungen eine wachstumshemmende Wirkung auf Bakterien aus; nach KOCH wird durch eine Sublimatlösung 1 : 1,000.000 das Wachstum der Milzbrandbazillen behindert, durch eine Lösung 1 : 100.000 aufgehoben. Bei Versuchen mit Algen zeigen auch noch mehr verdünnte Lösungen eine schädigende Wirkung auf die Zellen. Eine Lösung von 1 : 100 Millionen brachte in 8 Tagen noch eine Veränderung der Chlorophyllbänder der Zellen und einen kleinen Teil der Zellen zum Absterben; selbst eine Lösung von 1 : 1000 Millionen brachte noch eine Veränderung hervor. Verf. erklärt sich diese fast unglaubliche Giftigkeit des Sublimats dadurch, daß eine Aufsammlung des Giftes durch die lebenden Zellen stattfindet; die Wirkung des Sublimats auf die Zellen sei eine quantitative chemische Reaktion. Wurden 10 *g* Algen in 50 *cm*³ einer Sublimatlösung 1 : 1,000.000 (= 0·0001%) gebracht, so wurden sie nicht abgetötet, 0·05 *mg* Sublimat in obiger Verdünnung vermögen also 10 *g* Algen nicht zu vergiften. 10 *g* Algen in 50 *cm*³ einer Sublimatlösung 1 : 100.000 (= 0·001%) gebracht, waren nach 24 Stunden abgestorben. 0·5 *mg* Sublimat in der genannten Verdünnung töten also 10 *g* Algen in 24 Stunden. Dagegen töten 5 *mg* Sublimat in einer Lösung 1 : 10.000 10 *g* Algen schon in 2 Stunden. 10 *g* Algen sofort abzutöten, waren 50 *cm*³ einer 1‰igen Lösung Sublimat noch nicht imstande, dagegen starben die 10 *g* Algen in 50 *cm*³ einer 1%igen Lösung sofort ab. G.

A. M. Dolgow (St. Petersburg): **Zwei Fälle von Hypernephrom.**

1. Fall. Bei der Sektion der Leiche einer 36jährigen Patientin fand man („Chirurgija", 1904, Bd. 15, Nr. 87) Nephritis, allgemeine Arteriosklerose, multiple Aneurysmen der A. coronaria und zufällig in der linken Nebenniere eine apfelgroße kugelförmige Geschwulst, welche aus hellorangefarbenen Knötchen bestand, die an der Oberfläche des Querschnittes prominierten und zwischen denen sich eingezogene graue Regionen befanden. Die mikroskopische Untersuchung ergab typisches kortikales, in atypisches übergehendes Hydronephrom. Das zarte Stroma bestand fast nur aus Papillaren, enthielt Zellenzylinder und Zellgruppen, zwischen denen sich große, fetthaltige, polygonale Zellen befanden. Außerdem sah man Gigantenzellen von verschiedener Größe und Form mit einem oder mehreren größeren Kernen, stellenweise Hyalinose des Stroma. Das histologische Bild erinnerte stellenweise an ein in maligner Degeneration begriffenes Peritheliom (Gigantenzellen mit Gigantenkernen). — 2. Fall. Die Geschwulst wurde bei der an einem vor drei Jahren erkrankten Patienten ausgeführten Laparotomie gewonnen. Sie nahm die ganze linke Hälfte des Abdomens bis zur Mittellinie und fast bis zur Crista ossis ilei ein, war scharf begrenzt, hart, höckerig, unbeweglich und zeigte im Zentrum tiefe Fluktuation. Bei der Operation fand man, daß die Geschwulrt mit dem Peritoneum nicht im Zusammenhang stand, von unten der linken Niere anliegt (linke Nebenniere fehlte) und sich von der Milz, sowie vom Darm leicht ablöste. Sie enthielt eine große Höhle, die mit trüber dichter Flüssigkeit und grauen Fibringerinnseln gefüllt war. Bei der stückweisen Entfernung der Geschwulst heftige Blutung aus den dicken Venen derselben. Tod am folgenden Tage. Die Sektion unterblieb. Das Gesamtgewicht der exstirpierten Stücke betrug 1610 *g*. Die Geschwulst stellte einen Sack dar, dessen Wandungen 1—2 *cm* dick waren und Kalzinationsherde aufwiesen. Die äußere Schicht war derb, fibrös, verwachsen und fettig ödematös; die mittlere, halb durchsichtige Schicht war stellenweise grau, sulzig, stellenweise weiß, derb und bildete die Hauptmasse der Geschwulst; die innere Schicht bildeten die Fibringerinnsel, die in der Höhle der Geschwulst lagen. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **Behandlung der epidemischen Meningitis** berichtet França („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 20). Nach Entziehung von 25—50 cm^3 Flüssigkeit mittelst Lumbalpunktion wird ein Quantum 1%iger Lysollösung in den Wirbelkanal eingespritzt, und zwar 12—18 cm^3 davon bei Erwachsenen, 3—9 cm^3 bei Kindern. Die Injektion ist bisweilen schmerzhaft, doch die Schmerzen verschwinden bald. Ist das Befinden des Kranken besorgniserregend, so werden die Einspritzungen täglich wiederholt, bis die Zerebrospinalflüssigkeit sich steril zeigt. Das Einzige, was man als Folgeerscheinung der Injektionen beobachtet, ist das Auftreten einer gelben Färbung der Handfläche und der Fußsohle, der starke Abschuppung folgt. Die Färbung erscheint 8—10 Tage nach der ersten Injektion. Bei Meningitis purulenta mit dickem Eiter wird vor der Einspritzung des Antiseptikums eine Durchwaschung mit physiologischer Kochsalzlösung gemacht. Die Vorteile dieser Behandlungsweise sind: 1. Nichtauftreten der bei Meningitiserkrankungen so häufigen Rückfälle; 2. beträchtliche Abkürzung der Krankheitsdauer; 3. rasches Verschwinden der Diplokokken, die bei bloßer Behandlung durch Punktion im Wirbelkanal lange anzutreffen sind; 4. geringe Abmagerung der Kranken; Fehlen größerer trophischer Störungen; 5. Seltenheit von psychischen Störungen, von Paralysen und den Störungen der Sinnesorgane, die so häufig nach Meningitis zurückbleiben.

— Behufs **Behandlung von Sommersprossen und Leberflecken** hat Isakson („Pharm. Post", 1905, Nr. 14) wiederholt das Ektogan mit Erfolg verwendet. Die überraschende Wirkung ist vielleicht so zu erklären, daß der aus ZnO_2 entstehende aktive Sauerstoff die Fähigkeit besitzt, durch die Poren der Epidermis hindurch in das Unterhautzellgewebe einzudringen und dort durch Oxydation eine molekulare Umsetzung im Pigment hervorzurufen. Die aus dem Ektogan zubereitete Gesichtscreme bewirkt bei vollständig unschädlichem Gebrauche, daß Sommersprossen, Pusteln und Gesichtsröte verschwinden.

— Das aus Kawaharz und reinstem Sandelöl hergestellte **Gonosan** hat Tzaranu in Bukarest vielfach versucht („Deutsche Med.-Ztg.", 1905, Nr. 19). Er ist Anhänger der exspektativen Behandlung, da er glaubt, daß man in die natürlichen Heilungsvorgänge durch Injektionen nur störend eingreift. Er gibt demgemäß so lange Gonosan, bis die entzündlichen Erscheinungen gewichen sind. Erst dann geht er zu Einspritzungen oder Irrigationen über. Gonosan hat eine deutlich schmerzlindernde Wirkung, die Eiterung versiegt rascher, die Gonokokken waren meist nach 10—14 Tagen verschwunden. In 18 genau beobachteten Fällen trat nicht ein einziges Mal eine Komplikation ein. Auch wurde das Gonosan von allen Patienten gerne genommen und gut vertragen.

— In seinen Untersuchungen über **Belladonnawirkung auf die Magensekretion** fand Licutier (Thèse de Paris, 1905), daß Belladonna in fast allen Fällen von Hyperchlorhydrie die Magensaftsekretion herabsetzt, und zwar erstreckt sich dieser Einfluß hauptsächlich auf die freie Salzsäure. Gleichzeitig findet man auch eine ausgesprochene, aber weniger konstante Verminderung der gebundenen Salzsäure. Dementsprechend findet man auch die Gesamtazidität nach dem Gebrauch von Belladonna herabgesetzt. — In einem Fall von latenter Hyperchlorhydrie, den Licutier besonders sorgfältig beobachtete, sah er von den ersten Belladonnadosen keine besondere Wirkung; dieselbe manifestierte sich erst nach wenigen Tagen. Das Maximum der Wirkung koindizierte mit dem Aussetzen der Behandlung, nach welcher die Wirkung noch mehr oder minder lange Zeit anhielt. Wo Stagnation der Nahrung besteht, scheint die Belladonna weniger wirksam zu sein. In 3 Fällen von erheblicher Stagnation nahm die Menge der stagnierenden Reste unmittelbar ab, die Stagnation als solche blieb aber bestehen.

— Bei **Neurasthenikern mit Herzbeschwerden** kann das Bornyval unter Umständen vorzügliche Dienste leisten (Beerwald, „Allg. med. Zentral-Ztg.", 1905, Nr. 23). Es kann auch sonst, wenn die allgemeinen Verhältnisse nicht zu kompliziert sind, auf die Nerven eine beruhigende Wirkung ausüben, welche der der Brompräparate mindestens gleichkommt. Verf. hat Bornyval bei Epilepsie nicht erproben können. Es wäre durchaus berechtigt, auch hier mit dem Präparat Versuche zu machen, ebenso wie es auch nicht unmöglich ist, daß bei Chorea minor Bornyval sich heilsam erweist. Jedenfalls stellt es eine sehr wesentliche Bereicherung unseres Arzneimittelschatzes dar, zumal wegen seines vorzüglichen Einflusses auf das Herz und das gesamte Nervensystem. Man reicht es in Gelatinekapseln zu 0·25 *g*, steigend von 1—4 Perlen.

— Aus den Darlegungen von Wesenberg über **perkutane Jodapplikation** („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 4) geht hervor, daß uns in dem Jothion ein Jodpräparat vorliegt, welches bei perkutaner Applikation die Einführung nicht unbeträchtlicher Mengen Jod in den Organismus gestattet, indem es bis zu etwa 50% von der Haut aus zur Resorption gelangen kann. Bei einzelnen Personen mit besonders empfindlicher Haut ruft es nach der Einreibung im unverdünnten Zustande mitunter leichtes, vorübergehendes Brennen hervor, welches aber durch Verdünnen mit Öl, Vaselin oder Lanolin — ohne daß dadurch die gute Resorbierbarkeit wesentlich beeinflußt wird — völlig aufgehoben werden kann. Selbst bei längerer regelmäßiger Anwendung des Jothions in größeren Dosen sind Störungen des Magen-Darmkanales nicht oder doch nur in verschwindend geringem Maße beobachtet worden, selbst bei Personen, welche gegen kleinste Dosen Jodalkalien sofort mit starken Magenverstimmungen reagieren. Es ist also durch das Jothion das Problem der Joddarreichung unter Vermeidung von Störung des Magen-Darmkanales in befriedigender Weise gelöst.

— Aus Versuchen von Chiappe und Ravano aus der geburtshilflich-gynäkologischen königl. Universitätsklinik in Genua geht hervor („Der Frauen-Arzt", 1905, H. 3), daß das **Styptol** ein dem Styptizin sehr nahe verwandtes Mittel ist, dessen toxische Dosis ein klein wenig höher liegt. Es ist ein sehr promptes und wirksames Hämostatikum, das billiger ist als das Styptizin und daher diesem vorgezogen werden muß.

Literarische Anzeigen.

Gefäßkrisen. Von **Prof. Dr. J. Pal**, k. k. Primararzt und Vorstand der I. medizinischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. Mit 7 Figuren im Text. Leipzig 1905, S. Hirzel.

Die Spannungsverhältnisse im Gefäßsystem sind, seitdem man imstande ist, dieselben mit Instrumenten genauer zu bestimmen, von vielen Forschern zum Gegenstand systematischen Studiums gemacht worden, und Physiologie und Nosologie verdanken demselben bedeutungsvolle Tatsachen. Verfasser, der, wie seine früheren Publikationen zeigen, sich seit längerer Zeit sehr eingehend mit den Spannungszuständen der Gefäße beschäftigt, ist, soweit dies durchführbar ist, durch kontinuierliche Messungen in gewissen Phasen verschiedener Krankheiten zur Erkenntnis der Gefäßkrisen gelangt und die Darlegung derselben bildet den Inhalt vorliegender Monographie. Die Monographie, das Ergebnis gründlichen, klinischen Studiums und reicher, durch selbständige Forschung gewonnener experimenteller Erfahrung, ist berufen, das Interesse für die Spannungsverhältnisse der Gefäße in weiten Kreisen zu wecken und die Forschung auf diesem Gebiete zu fördern. Die Bedeutung der Kenntnis der Gefäßkrisen kann nicht prägnanter als mit den Worten des Verfassers ausgedrückt werden. „Die Lehre von den Gefäßkrisen", sagt Verfasser, „bringt Krankheitsbilder aus heterogenen Krankheiten unter einen gemeinschaftlichen Gesichtspunkt, sie bietet nicht allein eine Erweiterung unseres Einblickes in die Symptomatologie, sondern auch in das Wesen gewisser Krankheitserscheinungen und bahnt damit auch die Wege zu einem zweckmäßigen Vorgehen gegen dieselben." Mit „Gefäßkrise" bezeichnet Verfasser die Summe der Erscheinungen, welche bei verschiedenen Krankheiten durch das paroxysmale Eingreifen der Gefäße und den Gang der Ereignisse hervorgerufen wird, wodurch höchst charakteristische Erscheinungskomplexe zustande kommen, welche gewissen Phasen dieser Krankheitsprozesse ein bestimmtes Gepräge geben, gelegentlich auch auf den Ablauf derselben einen bestimmenden Einfluß üben; das Kriterium der Gefäßkrise ist darin gegeben, daß durch Aufhebung der Gefäßvorgänge die aufgetretenen Erscheinungen schwinden. Verfasser unterscheidet demnach Gefäßkrisen durch Gefäßkonstriktion, Hochspannungskrisen, und Gefäßkrisen durch Gefäßerweiterung, depressorische Krisen; bei der ersteren Gruppe unterscheidet er nach den Gefäßbezirken einen abdominalen Typus — Bleikolik, Angina abdominis bei Arteriosklerose, grande crise gastrique bei Tabes dorsalis —, den pektoralen Typus — Angina pectoris —, die zerebralen Formen — retinale Gefäßkrämpfe, transitorische Ausfallserscheinungen, eklamptische Anfälle —, Gefäßkrisen der Extremitäten und die allgemeine große Gefäßkrise — akuter urämischer Anfall oder eklamptischer Anfall. In die zweite Gruppe gibt Verfasser die Vasomotoren lähmende Wirkung der Gifte, gewisse Phänomene bei nervösen Krankheiten u. a. m. Alle diese Typen sind im allgemeinen Teil in einzelnen Kapiteln eingehend erörtert; denselben sind zwei Kapitel „Pathologisch-physiologische Vorbemerkungen", „Analyse der zirkulatorischen Erscheinungen" vorangestellt. Im speziellen Teil erörtert Verfasser in einzelnen Kapiteln in ausführlicher Weise die Gefäßkrisen der Bleikranken, der Arteriosklerotiker, der Tabiker, Gefäßkrisen bei Nephrolithiasis und Cholelithiasis, bei Nephritis, Eklampsie, Gefäßkrisen und zerebrale Erkrankungen, Gefäßkrisen der Extremitäten. Das feste Gerüst für die Darstellung bildet eine große Anzahl von klinischen Beobachtungen, bei welchen die Spannungsverhältnisse der Gefäße und die übrigen Erscheinungen mit ungewöhnlicher Sorgfalt verzeichnet sind, so daß kein wesentliches Moment im Verlaufe der Erscheinungen der Beobachtung entging; auf die hierdurch gewonnenen Tatsachen wie auf die einschlägigen Beobachtungen anderer Forscher hat Verfasser seine Sätze aufgebaut; die Literatur ist mit großer Sachkenntnis und sicherer Kritik verwertet. Das Gebiet der Gefäßkrisen, wie dasselbe vom Verfasser begrenzt wird, dürfte bei fortschreitender Kenntnis teilweise eine Erweiterung und teilweise eine Einschränkung erfahren; es kann als unzweifelhaft angenommen werden, daß manche ursächliche Momente, direkt oder indirekt, Herz und Gefäße zugleich treffen, die Feststellung des Anteiles des Herzens und der Gefäße an den Erscheinungen dürfte aber in solchen Fällen, da auch bei gleichzeitigem Betroffensein beider Teile eine gegenseitige Beeinflussung notwendigerweise eintreten muß, sehr schwierig sein. Wenn man sich, wie Verfasser, in einen Gegenstand in jahrelanger Arbeit vertieft, so ist man sich der Lücken bewußt, die dieser bietet; Verfasser überbrückt dieselben nicht durch theoretisches Raisonnement, er weist auf die notwendige Ergänzung durch die klinische Beobachtung oder das Experiment hin und bezeichnet hiermit den Weg, wo weitere Forschung einzusetzen hat. Die klare und konzise Darstellung mag noch besonders hervorgehoben werden. Die Monographie gehört zu den besten Arbeiten, welche in den letzten Jahren aus der Wiener Schule hervorgegangen; sie dokumentiert, daß der Geist dieser Schule in ihren Jüngern rege ist. — Druck und Ausstattung sind vorzüglich.

M. Heitler.

Feuilleton.

Hermann Nothnagel als Forscher und Lehrer.

Von einem seiner Schüler.

Wissenschaft und Kunst, die höchsten Kundgebungen menschlicher Geistestätigkeit, sind in ihrer Entwicklung denselben Gesetzen unterworfen, welche das gesamte organische Leben beherrschen; auch sie unterstehen dem Prinzip der Evolution, sie zeigen in ihrer Entwicklung jene Periodizität, welche in der organischen Welt immer und überall der Evolution parallel läuft.

Eine nähere Betrachtung zeigt, daß große geistige Leistungen in einem nachweisbaren Zusammenhang mit dem Auftauchen großer politischer und sozialer Ideen stehen, daß alle jene gewaltigen rätselvollen Strömungen, denen die Menschheit, als Ganzes betrachtet, zeitweilig unterworfen erscheint, auch auf die Entwicklung von Kunst und Wissenschaft einen mächtigen Einfluß ausüben.

Eine Betrachtung des deutschen Geisteslebens im 19. Jahrhundert wird als geschichtliche Marksteine drei Epochen besonders bedeutungsvoll erscheinen lassen — die Zeit der Befreiungskriege, wo das deutsche Volk das Joch der Fremdherrschaft abschüttelte, den gewaltigen Kampf um die politische Emanzipation, der in der Bewegung des Jahres 1848 seinen Höhepunkt erreichte, und schließlich der große Krieg, der zur Schaffung eines national geeinten deutschen Kaiserreiches führte.

In der zwischen den Befreiungskriegen und dem politischen Emanzipationskampf gelegenen Epoche tritt als Hauptträger der Naturwissenschaft uns die wissenschaftliche Riesengestalt Johannes Müllers entgegen, welcher einem Atlas gleich die biologische und pathologische Forschung jener Epoche auf seinen Schultern trug. Der machtvolle Lehrer zog die hervorragendsten Schüler an sich und die Namen von Brücke, Dubois-Reymond, Helmholtz, Virchow zeigen, welchen wissenschaftlichen Nachwuchs dieser in unerreichter Größe dastehende Gigant der biologischen Forschung hinterließ. Diese Männer waren es, deren wissenschaftliche Arbeit die zweite große Epoche des Geisteslebens in Deutschland beherrschte, die zwischen dem politischen Emanzipationskampf und der Reichsgründung liegt. Zu gleicher Zeit wirkten auch andere Männer von unvergänglicher Bedeutung, von denen Traube und Cohnheim genannt seien — Traube führte in einem früher nicht gekannten Maße das Experiment in die Klinik ein, Cohnheim schlug den gleichen Weg in der pathologischen Anatomie ein.

Wer einen Forscher voll zu würdigen bestrebt ist, darf sich nicht mit der Betrachtung der Einzelpersönlichkeit, so hervorragend sie auch sein mag, begnügen, sondern muß bestrebt sein, seine Beziehungen zum geistigen Entwicklungsprozeß der Epoche, welcher er angehörte, mit möglichster Genauigkeit festzustellen. Aus diesem Grunde scheint die

vorausgeschickte allgemeine Betrachtung wohl nicht ganz überflüssig. Sie gestattet uns die Feststellung, daß NOTHNAGEL als wissenschaftliche Persönlichkeit in jener Epoche wurzelt, welche zwischen den Jahren 1848 und 1870 liegt, und daß von den führenden Geistern jener Zeit VIRCHOW und TRAUBE wohl den stärksten Einfluß auf ihn ausübten. Die streng pathologisch-anatomische Richtung VIRCHOWS, die klinisch-experimentelle Richtung TRAUBES vereinigten sich in ihm zu jener Harmonie, welche die Bedingungen schafft, die den großen Kliniker gestalten. Zeitlebens ist er auch diesen Richtungen treu geblieben, und in jeder seiner Arbeiten treten sie deutlich hervor.

NOTHNAGEL gehörte insoferne zu den Konservativen in der Wissenschaft, als er den Weg, den er zu Beginn seiner Entwicklungsperiode eingeschlagen hatte, auch als gereifter Forscher nicht verließ und ihm bis an sein Lebensende treu blieb. Damit ist nicht gesagt, daß er sich gegen die neue chemisch-physikalische und bakteriologische Richtung, welche die gegenwärtige Epoche kennzeichnet, ablehnend verhielt. Er verfolgte, so weit es möglich war, mit Teilnahme die neuen Bahnen, welche die Medizin eingeschlagen hatte, wußte auch die wirklich bedeutenden Leistungen zu würdigen — aber einen Einfluß auf seine wissenschaftliche Entwicklung haben diese neuen Richtungen nicht mehr ausüben können. Er blieb den Ideen VIRCHOWS und TRAUBES sein ganzes Leben hindurch in unverbrüchlicher Treue ergeben, und sein großes, unschätzbares Verdienst bleibt es eben, unserer Zeit, welche, durch die Erfolge der bakteriologischen Forschung geblendet, andere Bahnen einschlug, diese Ideen in vollendeter Reinheit und Klarheit übermittelt zu haben, nachdem er noch viel Wertvolles aus eigenem Können hinzugefügt hatte. Ohne Zweifel wird die Zeit kommen, welche NOTHNAGELS Verdienste als Erhalter einer großen Tradition aus jener Zeit, wo die wahren Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin geschaffen wurden, besser zu schätzen wissen wird, als dies in der modernen Ära der Fall ist.

Beim Versuche, die wissenschaftliche Physiognomie NOTHNAGELS in knappen Zügen zu entwerfen, sei vorweg bemerkt, daß er nicht zu jenen Forschernaturen gehörte, denen einmal ein gewaltiger Wurf gelingt, in denen sie gleichsam ihre Kraft erschöpfen. Seine Arbeit war streng systematisch und methodisch, ein klarer, scharfer Blick, tüchtig durchgebildete Methodik und strenge Logik bei Gewinnung der Schlußfolgerungen befähigten ihn — von den Fundamenten einer gediegenen, allgemein medizinischen Bildung ausgehend —, Hervorragendes und dauernd Wertvolles zu leisten, auf wichtigen Gebieten der Klinik direkt grundlegend zu wirken. Es ist für NOTHNAGEL durchaus charakteristisch, daß keinerlei blendende Theorien und Hypothesen, keine geistreichen Spekulationen, wie sie derzeit so üppig in die Halme schießen, sich an seinen Namen knüpfen, er blieb stets der exakte, streng naturwissenschaftlich arbeitende Forscher, dem es nicht daran lag, eigene glänzende, aber mangelhaft fundierte Lehrgebäude aufzurichten, der aber dafür mächtige Quadern zum stolzen Bau der medizinischen Klinik herbeitrug und daher mit vollem Rechte neben den glänzendsten Namen der deutschen klinischen Medizin genannt werden kann.

Bei seinem enormen Fleiß, der ihn veranlaßte, nach Tagen angestrengtester Arbeit die Nachtruhe dem Studium zu opfern, hat NOTHNAGEL eine stattliche Reihe von Arbeiten veröffentlicht, und doch war er von jeder Polygraphie weit entfernt. Es wäre ihm einfach unverständlich gewesen, zu schreiben, wenn er nichts Wichtiges mitzuteilen hatte. So stellen auch seine kleinsten Arbeiten wirkliche Bereicherungen der Wissenschaft dar.

Die wissenschaftliche Physiognomie NOTHNAGELS wird durch drei Hauptwerke bestimmt. Es sind dies „Die topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten", das in zahlreichen Auflagen erschienene, von der dritten Auflage an in Gemeinschaft mit M. ROSSBACH bearbeitete „Handbuch der Arzneimittellehre" und die Darstellung der „Erkrankungen des Darmes und Peritoneum" in dem von ihm herausgegebenen Monumentalwerk „Spezielle Pathologie und Therapie". In der topischen Diagnostik der Hirnkrankheiten sind die klinischen Konsequenzen aus den epochemachenden Untersuchungen von HITZIG und FRITSCH über Lokalisation im Gehirn in so bedeutendem Maß gezogen, daß den späteren Arbeitern auf diesem Gebiete nur die Aufgabe der Ergänzung hinsichtlich des Details zufallen konnte. An der Hand zahlreicher, mit größter Genauigkeit geführter Krankengeschichten sowie gründlichster Obduktionsbefunde werden diagnostische Schlüsse von einer Schärfe und Feinheit gezogen, die kaum überboten werden können. Tatsächlich vermochte NOTHNAGEL in der Lokalisationsdiagnose von Hirnerkrankungen, speziell Tumoren, Erstaunliches zu leisten. Aber seine Verdienste beschränken sich nicht auf den Ausbau der Lokalisationslehre in klinischer Hinsicht, sondern er lieferte auch wertvolle physiologische Beiträge, so z. B. die Feststellung des Sprungzentrums, Krampfzentrums, Durstzentrums, eines Koordinationszentrums im Gebiete des Scheitellappens. Seine klassischen Untersuchungen über Epilepsie, über vasomotorische Neurosen, über Blitzlähmung weisen ihm einen ersten Platz unter den Nervenpathologen an. Seine klinische Größe wird dadurch klar, daß die Neurologie, die ausschließliche Lebensarbeit so vieler Forscher, nur einen Teil seines Arbeitsfeldes bildete.

Sowie in der Neurologie, gebührt NOTHNAGEL auch in der Arzneimittellehre ein Ehrenplatz. Sein Handbuch der Arzneimittellehre ist nicht bloß ein Buch — es ist direkt eine Tat. Mit größter Kühnheit werden hier die ehrwürdigsten Arzneipräparate ihres Ranges entkleidet, wenn eine strenge kritische Prüfung ihren Unwert erweist, dafür wird das Indikationsgebiet der tatsächlich wirksamen Mittel mit einer Schärfe und Genauigkeit abgegrenzt, welche dem Arzt eine unbedingt verläßliche Führung gewährleistet. — Die volle Bedeutung NOTHNAGELS als Experimentalpathologe und Kliniker tritt in seinen Arbeiten zur Physiologie und Pathologie des Darmes sowie in seiner klinischen Darstellung der Erkrankungen des Darmes und Peritoneum zutage. In NOTHNAGEL haben wir den größten Kenner der Darmkrankheiten verloren — und wir müssen dem Schicksal dankbar sein, daß er uns die Summe seines Wissens und Könnens in seinem herrlichen Buch hinterlassen hat.

Man wird an dieser Stelle nicht eine eingehende Würdigung der riesigen Geistesarbeit unseres Meisters erwarten: nur in Kürze sei darauf hingewiesen, daß er auch ein profunder medizinischer Denker war. Seine Studienserie über Anpassungen und Ausgleichungen bei krankhaften Zuständen ist dafür ein leuchtender Beweis.

Zum Schluß noch ein Wort über den Lehrer NOTHNAGEL. Auch hier können wir seine Größe und Bedeutung rückhaltslos anerkennen. Die Natur hatte ihn mit jenen Eigenschaften ausgestattet, welche für den akademischen Lehrberuf von hoher Bedeutung sind. Die Würde seiner Erscheinung und Haltung, die klare Sprache, die schöne Ausgestaltung der Rede, der tiefe Ernst in der Auffassung des ärztlichen Berufes mußten auf die Hörer anziehend wirken. Er spendete aus dem reichen Borne seines Wissens in verschwenderischer Fülle und er — der große Kliniker — ließ es sich niemals verdrießen, zum Auffassungsvermögen der jugendlichen Hörer herabzusteigen, ihnen wichtige Lehren, in einfachen Sätzen formuliert, so lange zu wiederholen, bis sie sich dem Gedächtnis eingeprägt hatten. In seinen Vorträgen, denen auch ergraute Praktiker mit freudigem Interesse folgten, legte er das Hauptgewicht auf Symptomatologie, Diagnose und Therapie, da er niemals aus den Augen verlor, daß er praktische Ärzte heranzubilden hatte. Er war keiner von denen, die einsam auf unnahbaren Höhen wandeln, sondern ein mildes Gestirn, das Licht und Wärme gleichmäßig ausstrahlte. Was er seinen engeren Schülern war, läßt sich nicht aus-

sprechen, der Schmerz ist noch zu frisch, die Erschütterung zu groß, um den Meister ganz nach Verdienst würdigen zu können. Unendliche Klage wird um den so jäh ins Schattenreich hinabgestiegenen Mann, der einen tiefen Geist mit einem edlen Herzen vereinte, laut werden — aber die finsteren Mächte des Hades konnten uns nur den irdischen Leib rauben, der Geist unseres Lehrers, der reiche Schatz, den er uns hinterlassen hat, wird fortwirken durch Generationen — „es wird die Spur von seinen Erdentagen nicht in Äonen untergehen".

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

22. Kongreß für innere Medizin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

VIII.

RICHARTZ (Würzburg): **Beitrag zur Kenntnis und Differenzierung der chronischen Diarrhöen.**

Vortr. beobachtete im vorigen Jahre zugleich mit mehreren Fällen von genuiner Sprue (Aphthen tropicae) eine Patientin, die, obwohl sie Mitteldeutschland nie verlassen, genau dieselben Symptome zeigte. Diese Symptome sind: 1. Diarrhoische, schaumige, sehr kopiöse Stühle von hellgraugelber Farbe, fad-fauligem, nicht fäkalem Geruch, mit pathologisch reichlichen Resten von Fleisch, Fett und Amylazeen. 2. Hochgradige sekundäre Anämie und deren Folgezustände. 3. Aphthöse Geschwüre der Mundmukosa. Bezeichnend ist, daß aus den Stühlen dieser einheimischen Kranken ein grampositiver Diplokokkus gezüchtet werden konnte, der wahrscheinlich identisch ist mit dem von FABER-Kopenhagen aus dem Herzblut (desgleichen aus dem Stuhlschleim etc.) einer tropischen Sprueleiche gewonnenen. Im Verlauf von 2 Jahren hat RICHARTZ nicht weniger als drei derartige, sicher autochthone Fälle in klinischer Beobachtung gehabt. Er neigt zu der Auffassung, daß die Sprue, ebenso wie etwa die Lepra, zwar ihre eigentliche Domäne in den Tropen hat, jedoch auch in höheren Breiten und, wenigstens sporadisch, auch in Deutschland als autochthone Krankheit vorkommt.

LÜTHJE (Tübingen): **Über den Einfluß der Umgebungstemperatur auf die Größe der Zuckerausscheidung.**

Vortr. fand unter dem Einfluß wechselnder Außentemperaturen große Schwankungen in der Zuckerausscheidung pankreasloser, schwerdiabetischer Hunde: bei hohen Umgebungstemperaturen ist die Zuckerausscheidung viel geringer als bei niedrigen Umgebungstemperaturen. Da die Stickstoffausscheidung kaum oder unbeträchtlich unter dem Einfluß wechselnder Außentemperaturen schwankt, so dokumentiert sich der Temperatureinfluß in erster Linie durch die Schwankungen in der Proportion D : N. In dem Steigen der Zuckerausscheidung in der Kälte sieht Vortr. einen wärmetechnischen Vorgang und versucht ihn zu erklären in Anlehnung an die RUBNERschen Anschauungen über die rein thermische Bedeutung der Spaltung des Eiweißmoleküls in einen N-haltigen und in einen N-freien Anteil. Wie weit der Einfluß hoher Außentemperaturen auf die Größe der Zuckerausscheidung in der Behandlung des Diabetes mellitus verwertet werden kann, läßt sich vor der Hand nicht beurteilen. Bisher angestellte Untersuchungen gaben ermunternde Resultate. Jedoch darf man sich nicht zu großen Hoffnungen hingeben, da ja der menschliche Diabetiker in der Regel in derjenigen Umgebungstemperatur leben wird, die annähernd das Optimum darstellt.

Klemperer (Berlin) hat schon öfters beobachtet, daß schwere Diabetiker im Winter die Karlsbader Kur weit schlechter vertragen als im Sommer. Auch die günstige Wirkung der Bettwärme und des Alkohols in den schweren Fällen finden durch diese Untersuchungen des Vortr. eine Erklärung.

Embden: Hunde, die bei hoher Außentemperatur gehalten wurden, zeigten eine auffällig geringe Zuckerausscheidung, was sich leicht durch die Versuche LÜTHJES erklärt. Zwei gleichzeitig operierte, gleich große Hunde wurden hungernd unter gleichen Temperaturverhältnissen gehalten. Die tägliche Zuckerausscheidung war bei beiden Tieren eine auffällig ähnliche.

BICKEL (Berlin): **Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß von Kochsalzthermen auf die Magensaftsekretion.**

Die Versuche wurden an Hunden angestellt, denen ein Magenblindsack nach der PAWLOWschen Methode angelegt war. Außer an Tieren mit gesunder Magenschleimhaut wurde an einem Hunde experimentiert, der an einem schweren chronischen Katarrh der Schleimhaut des großen und kleinen Magens mit konsekutiver Hypazidität litt. Wenn man den nüchternen Tieren das Mineralwasser in den großen Magen einführte, so wurde dadurch keine stärkere Saftsekretion im Magenblindsack ausgelöst als nach der Gabe von reinem Wasser. Gab man den Tieren nach dem Mineralwasser aber überdies eine bestimmte Nahrung, von der die Sekretionskurve bekannt war, so konnte man allemal feststellen, daß durch die voraufgegangene Gabe des Mineralwassers nunmehr auf die eigentliche Nahrung hin eine größere Menge eines azideren und verdauungskräftigeren Saftes abgeschieden wurde, als es sonst der Fall war. Endlich studierte BICKEL die Veränderungen, die das in den Magenblindsack eingeführte Mineralwasser in seiner molekularen Konzentration erfährt, und konnte dabei ein verschiedenes Verhalten zwischen dem gesunden und kranken Magen feststellen.

Umber (Altona) warnt davor, am Hundemagen beobachtete quantitative Sekretionsschwankungen ohne weiteres auf die menschliche Pathologie zu übertragen. Zum Beweis dessen führt er eigene Beobachtungen über die Sekretion des „Appetitsafts" am fisteltragenden Menschen an, die in mancher Beziehung von dem Verhalten der Fistelhunde abweichen.

Bickel hält den Unfall UMBERS nicht für einwandfrei, weil die Mundhöhle noch mit dem Magen in Verbindung stand. Nur bei dem jüngst von ROEDER und SOMMERFELD untersuchten Kind bestand ein vollständiger Abschluß der Speiseröhre.

Umber hält gerade den erwachsenen Fistelträger für ein einwandfreieres Versuchsobjekt und betont, daß er sich vergewissert hatte, daß während der Versuche von dem Fistelträger kein Speichel verschluckt worden ist.

ERNST MEYER (Halle): **Über Fettspaltung im Magen.**

Im Magen findet, wie lange bekannt (MARCET, CASH, OGATA, FR. MÜLLER, KLEMPERER und SCHEUERLEN) eine mäßige Spaltung von Neutralfetten statt. Diese Zerlegung erreicht höhere Werte, wenn das Fett emulgiert in den Magen gelangt. Der mittelst Probefrühstück gewonnene Magensaft besitzt auch fettspaltende Kraft. Diese Fettspaltung ist zumeist fermentativer Natur. Dieses Ferment wird aber nicht, wie bisher angenommen, im Magen selbst produziert. Es ließ sich vielmehr experimentell nachweisen, daß dasselbe aus dem Darme in den Magen eintritt. Dieses die Fettspaltung im Magen bewirkende, wohlcharakterisierte Enzym ist das spezifische fettspaltende Ferment des Pankreas.

Volhard (Gießen) hält Hundeversuche nicht für beweisend und betont, daß er seine früheren Untersuchungen in zahlreichen Nachprüfungen noch neuerdings bestätigt gefunden habe.

Winternitz (Halle) hat die MEYERschen Versuche an der MERINGschen Klinik kontrolliert und tritt für die zweifellose Richtigkeit derselben ein. Sobald den Hunden der Pylorus fest abgebunden wird, so daß kein Darminhalt in den Magen zurücktreten kann, ist das fettspaltende Ferment im Magen niemals mehr nachweisbar. Auch beim Menschen ist der Rückfluß von Duodenalinhalt in den Magen gar nicht selten.

GUSTAV EMBDEN (Frankfurt a. M.): **Über Aminosäuren im Harn.**

Der Nachweis von Aminosäuren im normalen Harn ist bisher nicht gelungen. Auch mittelst einer neueren Methode von FISCHER und BERGELL, welche darauf beruht, daß die Aminosäuren beim Schütteln ihrer alkalischen Lösungen mit Naphthalinsulfochlorid Verbindungen mit dem Rest der Naphthalinsulfosäure eingehen, gelangten alle Autoren übereinstimmend am normalen Harn zu völlig oder doch annähernd negativen Resultaten, während unter gewissen pathologischen Verhältnissen (Gicht, Leukämie, Pneumonie) Aminosäuren gefunden wurden. Vortr. berichtet nun zunächst über Versuche von Dr. REESE, aus denen hervorgeht, daß aus jedem normalen Harn sich sehr reichliche Reaktionsprodukte mit Naphthalinsulfochlorid gewinnen lassen, wenn man die Reaktion nicht bei schwach, sondern bei stark alkalischer Reaktion vor sich gehen läßt. Die erhaltenen Produkte stellen ein Gemenge dar, in dem die Naphthalinsulfoverbindung des Glykokolls zu überwiegen scheint. Mittelst dieser Modifikation der Methode konnte in gemeinschaftlichen Untersuchungen von Dr. PLAUTH und Dr. REESE nach Verabreichung auch geringer Mengen Alanin am Hunde und am Menschen stets im Harn nachgewiesen resp. Naphthalinsulfoalanin aus dem Harn rein dargestellt werden.

ROOS (Freiburg): **Über das Zerolin.**

Vortr. berichtet über die von ihm isolierte Fettsubstanz der Hefe, das Zerolin, das er als den bei der Hefetherapie wirksamen Bestandteil anspricht. Er fand bei einer großen Zahl von Furunkulosekranken und an Akne Leidenden, daß das Leiden in einem großen Prozentsatze durch diese Substanz, das Zerolin, sehr gebessert oder geheilt wurde. Diese Fettsubstanz enthält ungesättigte Fettsäuren, welche die hauptsächlichen Träger der Wirksamkeit sind. Die eigenartige Wirkung dieser Fettsubstanz ist schwer zu erklären; vielleicht wirkt sie hemmend



auf die Darmfäulnis, vielleicht kommen die Säuren auf dem Blutwege in die Haut, werden in dieselbe ausgeschieden. Dann spricht Roos noch über die leicht abführende Wirkung des Zerolins, die vollkommen reizlos ist und deshalb gelegentlich therapeutisch Verwendung finden kann.

Loening (Halle): **Über die Motilität bei Gastroptose.**

Gelegentlich eines Falles ausgesprochenster Gastroptose fiel es L. auf, daß sich die Motilitätsstörung bei Gastroptose in einer ganz anderen Richtung bewegte, als man bisher annahm. Es wurde deshalb eine größere Anzahl Fälle von Glénardscher Krankheit genau untersucht und die Stärke der motorischen Kraft bestimmt. Hierzu wurde das in der v. Meringschen Klinik übliche Verfahren benutzt, welches in der Gesamttrockenrückstandsbestimmung sowohl des Ausgeheberten als des Spülwassers besteht. Mittelst dieses zuverlässigen Verfahrens fand L. an normalem Magen, wie schon früher festgestellt war, daß sich von einem Probefrühstück, dessen Trockenrückstand 34·75 *g* beträgt, mindestens 10*g*, d. h. 28·78%, wiedergewinnen läßt. Bei Werten, die unter 9 *g* (25·89%) lagen, kann man von einer Hypermotilität sprechen. Unter den seit dem Jahre 1900 in der Hallenser Klinik beobachteten Gastro- und Enteroptosen findet sich kein Fall von Stauung, bei den meisten aber nie Angabe: Motilität gut oder sehr gut. Die von L. untersuchten Fälle zeigten fast durchweg, daß man über die Anschauung von normaler motorischer Funktion des Magens noch hinausgehen muß, daß Tiefstand des Magens eine Beschleunigung der Entleerung dieses Organs bedingt.

Agéron (Hamburg) betont, daß diese Ergebnisse mit allen bisherigen Anschauungen über die Motilitätsverhältnisse bei Gastroptose in Widerspruch ständen.

Leo (Bonn) hält eine Hypermotilität nur in einzelnen Fällen infolge besonderer mechanischer Verhältnisse für möglich.

Pariser (Homburg) bemerkt, daß eine Gastroptose eo ipso eine Atonie der Magenwandmuskulatur in sich schließe.

Meinert (Dresden) hat bei unterleibskranken Frauen mit ptotischen, aber gesunden Mägen meist gute motorische Funktion gefunden.

Sasaki (Japan): **Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Extraktivstoffe des Fleisches für die Magenverdauung.**

Untersuchungen an Pawlowschen Fistelhunden lehrten, daß die Darreichung von Extraktivstoffen des Fleisches kurze Zeit vor der Aufnahme der eigentlichen Nahrung die Magenschleimhaut disponiert, auf die Nahrung mit einer viel intensiveren und nachhaltigeren Produktion eines verdauungskräftigen und in seinem Säuregehalt höherwertigen Saftes zu reagieren, als es der Schleimhaut ohne die voraufgegangene Gabe dieser Extraktivstoffe möglich ist.

Notizen.

Wien, 15. Juli 1905.

(Universitätsnachrichten.) Zum Rektor der Universität Innsbruck ist Prof. Dr. J. Nevinny, zum Dekan der medizinischen Fakultät Prof. Ipsen gewählt worden. — An Stelle des Geheimen Rates Prof. Caspary ist Doz. Dr. Walter Scholz zum a. o. Professor und Direktor der dermatologischen Klinik in Königsberg, Dozent Dr. W. Wendel zum a. o. Professor für Chirurgie in Marburg ernannt worden. — Habilitiert haben sich: Dr. Ferdinand Klug, Chefarzt des Stephanie-Kinderspitales in Budapest, für Otiatrie, Dr. Peter Bergell in Berlin für physiologische Chemie, Dr. O. Baumgartner in Halle für innere Medizin, Dr. Theodor Cohn und Dr. Robert Scheller in Königsberg für Urologie resp. Hygiene, Dr. A. Weith in Lausanne für Gynäkologie, Dr. K. Jung in Zürich für Psychiatrie, Dr. D. Crisafi in Florenz für Pädiatrie, Dr. Aage Koch in Kopenhagen für Chirurgie, die DDr. N. Kannegiesser und A. Sitzinsky in St. Petersburg für Geburtshilfe, Dr. E. Küster in Freiburg für Hygiene und Bakteriologie, Dr. P. Bossi in Bologna für Orthopädie, Dr. P. C. Romkes in Groningen für Magen-Darmkrankheiten.

(Niederösterreichischer Landes-Sanitätsrat.) In der Sitzung vom 10. Juli 1905 wurde u. a. über die Errichtung einer zentralen Auskunftsstelle über freie Betten in den Wiener k. k. Krankenanstalten, über die Zulässigkeit der Verwendung von Pflanzenfett in den Wiener k. k. Krankenanstalten, über die Einführung der Familienpflege Geisteskranker in Wien und über Schutzvorkehrungen gegen Übertragung von Tuberkulose an den Telephonapparaten der öffentlichen Sprechstellen referiert.

(Militärärztliches Offizierskorps.) Der Oberstabsarzt I. Kl. Dr. Eugen Pokorny, Kommandant des Garnisonsspitales in Ragusa, und der Oberstabsarzt II. Kl. Dr. Anton Kirchner sind in den Ruhestand versetzt worden. — Ernannt wurden: Zum Kommandanten des Garnisonsspitales in Ragusa Nr. 24 der Oberstabsarzt II. Kl. Dr. Eduard Kompass, Garnisonschefarzt in Jaroslau, zum Garnisonschefarzt in Jaroslau der Oberstabsarzt II. Kl. Dr. Jaroslav Hrach des Garnisonsspitales Nr. 3 in Przemysl, zum Garnisonschefarzt in Teschen der Stabsarzt Dr. Heinrich Otto des Garnisonsspitales Nr. 2 in Wien. — Transferiert wurde der Stabsarzt Dr. Polykarp Stary, Garnisonschefarzt in Teschen, zum Garnisonsspitale Nr. 11 in Prag.

(Verein der Hilfsärzte der Wiener Krankenanstalten.) In der III. Monatsversammlung (Juli 1905) demonstrierte Dr. Ernest Spitzer ein zweijähriges Kind, das vor einem Jahre im Anschluß an Masern von disseminierter Hauttuberkulose (Lichen scrophulos., Skrophulodermata und Tuberkuliden) befallen worden war. Vor 14 Tagen wurde das Kind geimpft. Daraufhin zeigte sich am linken Arm eine typische Impfpustel, am rechten Oberschenkel durch Kontakt ebenfalls eine Impfvakzine. Am rechten Arm traten an der Stelle der Impfstiche mehrere linsengroße, rotbraune, weiche Lupusknötchen auf. Die Entstehung dieser ist durch Reizung der im Körper ruhenden latenten Tuberkulose infolge der Impfung zu erklären, da eine Übertragung von Tuberkulose durch die Lymphe von Tuberkulösen nach den bisher angestellten Versuchen nicht gelungen ist und eine Infektion durch eine unreine Impflanzette der Einseitigkeit des Lupusherdes wegen nicht angenommen werden kann. — Dr. Balban stellte 5 Fälle von Karzinom des Gesichtes vor. Drei Affektionen nehmen ihren Ausgangspunkt von der äußeren Haut, zwei von der Wangenschleimhaut. Unter den letzteren ist ein Fall besonders bemerkenswert, bei dem die Entstehung des Neoplasma auf das fortdauernde Trauma eines falschen Gebisses zurückführbar scheint. — Dr. Marburg demonstrierte zwei Fälle von Endarteritis luetica mit Hemiplegie sowie eine juvenile Tabes dorsalis bei einem hereditärluetischen Knaben. — Dr. Brandweiner stellte einen Pemphigus circinatus vor und erörterte an der Hand zweier Fälle die Differentialdiagnose zwischen Lichen scrophulosorum und Lichen syphiliticus. — Dr. Zeissl demonstrierte zwei Fälle von ausgebreitetem Leukoderma am Halse, Nacken, Abdomen und an den seitlichen Thoraxpartien, ferner einen Mann mit makulo-papulösem Exanthem und beiderseitiger, spezifischer Bursitis in der Fossa poplitea. — Dr. Strasser demonstrierte einen hygienischen Spucknapfbehälter (Patent J. Tauber), bei dem in höchst zweckmäßiger Weise Öffnung und selbsttätiger Verschluß dadurch erzielt werden, daß zwei in der Mitte aneinander stoßende, mit Beschwerungsstücken versehene Klappdeckel durch federnde Arme mit den Zugorganen eines Trethebels verbunden und durch elastische Tragbügel in ihrer Öffnungsbewegung begrenzt sind. — Schließlich referierte Dr. Löwenstein über ärztliche Wohlfahrtseinrichtungen.

(77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.) Dem soeben ausgegebenen Programme der in der Zeit vom 24. bis 30. September in Meran stattfindenden Versammlung entnehmen wir folgendes: Die allgemeinen Versammlungen werden am 25. und 29. September in der eigens erbauten Festhalle abgehalten. Vorträge werden halten: Prof. W. Wien (Würzburg) „Über Elektronen", Dr. Nocht (Hamburg) „Über Tropenkrankheiten", Prof. Molisch (Prag) „Über Lichtentwicklung in den Pflanzen", Prof. Dürck (München) „Über Beri-Beri und intestinale Intoxikationkrankheiten im Malayischen Archipel", Dir. Dr. Neisser (Lublinitz) „Individualität und Psychose", J. Wimmer (Wien) „Mechanik der Entwicklung der tierischen Lebewesen". Außerdem finden am 27. eine Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen und am 28. September eine gemeinschaftliche Sitzung der medizinischen Hauptgruppe in der Festhalle statt. In der erstgenannten Sitzung werden die Proff. Correns (Leipzig), Heider (Innsbruck) und Hatschek (Wien) über Vererbung sprechen, während die gemeinschaftliche Sitzung der medizinischen Hauptgruppe dem Thema: „Natur und Behandlung der Pellagra" gewidmet sein wird. Referenten sind: Hofrat Neusser und Dr. A. Sturli (Wien), Prof. Tuczek (Marburg), Prof. Merk und Dr. R. v. Haberer (Innsbruck). — Über die für die Abteilungen angemeldeten Vorträge und das Vergnügungsprogramm

werden wir demnächst berichten. — Anmeldung für Teilnehmer und Einsendung des Versammlungsbeitrages (K 24 = M. 20) schon vor der Versammlung an den Kassenführer Privatier GEORG SOLGER, Meran, Kurhaus, empfohlen. Anmeldung zur Mitgliedschaft nimmt Geh.-Rat Dr. K. LAMPE-VISCHER in Leipzig, Schillerstraße 8, entgegen. Damenkarten (K 7·20 = M. 6) können nur von Besitzern von Teilnehmerkarten behoben werden. Wohnungen besorgt der „Wohnungsausschuß der Versammlung" Meran.

(Der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege), dessen diesjährige Jahresversammlung vom 13.—16. September in Mannheim stattfinden wird, hat folgende Verhandlungsgegenstände in Aussicht genommen: 1. Typhusbekämpfung; 2. die Bedeutung öffentlicher Spiel- und Sportplätze für die Volksgesundheit; 3. Müllbeseitigung und Müllverwertung; 4. Schwimmbäder und Brausebäder; 5. Selbstverwaltung und Hygiene.

(Aus Paris) wird uns geschrieben: Großes Aufsehen erregt hier ein in der letzten Sitzung der biologischen Gesellschaft von SENCERT mitgeteilter Fall von definitiver Wiederbelebung nach Chloroformasphyxie durch subdiaphragmatische Herzmassage. Es handelte sich um die zweite Laparatomie bei einem kachektischen, an Choledochuslithiasis leidenden Manne, der während der Narkose asphyktisch und pulslos wurde. SENCERT, der mit seiner im Abdomen befindlichen rechten Hand keinen Aortapuls fühlte, führte diese Hand gegen die Zwerchfellausbuchtung und konnte nach Verschiebung des linken Leberlappens durch das Zwerchfell hindurch die Herzspitze und die Ventrikel mit dem Daumen einer- und den langen Fingern andrerseits umfassen und kneten. Zunächst hatte SENCERT den Eindruck eines schlaffen, leeren Herzens, das durch das Zwerchfell hindurch gut tastbar war. Nach 5 Minuten dauernder Massage fühlte er, wie das Myokard härter und das Herz größer wurde. Wenige Augenblicke später fühlte er, während er die Massage fortsetzte, eine spontane Ventrikelkontraktion; noch eine kurze Pause, und die Herzschläge setzten, anfangs sehr leise, nach und nach stärker rhythmisch ein, und etwa zwei Minuten später erfolgte die erste spontane Inspiration. Gleichzeitig rötete sich das Gesicht, die Pupillen wurden enger, der Puls regelmäßig, kräftig. Ohne Anästhesie wurde die Bauchhöhle geschlossen und Pat. wenige Sekunden darauf vollbewußt. Abends und während der folgenden Tage klagte er über leichte Interkostalschmerzen; die Herztätigkeit war und blieb durchaus zufriedenstellend. Von den drei Methoden, die bisher für die direkte Herzmassage angegeben wurden: die thorazische (TUFFIER, PRUS, MAAG), die transdiaphragmatische (POIZIER, MAUCLAIRE) und die subdiaphragmatische (STARLING, SENCERT), hatte bisher nur die letztgenannte und bequemste Erfolg. Sie empfiehlt sich zumal bei schon eröffnetem Abdomen.

(Das größte Tuberkulose-Sanatorium) der Welt wird demnächst in New-Mexiko eröffnet. Dasselbe, „Bruderstadt" genannt, soll 25.000 Patienten gleichzeitig Unterkunft gewähren, und zwar werden dieselben zunächst in Zelten und Landhäusern untergebracht. Die vorläufigen Kosten von 4,000.000 Mark sind bereits aufgebracht. Das Sanatorium bedeckt eine Fläche von 80.000 Acres und liegt mehr als 2000 *m* über dem Meeresspiegel.

(Statistik.) Vom 2. bis inklusive 8. Juli 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7523 Personen behandelt. Hiervon wurden 1843 entlassen, 192 sind gestorben (9·4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 69, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 51, Scharlach 52, Masern 229, Keuchhusten 96, Rotlauf 30, Wochenbettfieber —, Röteln 28, Mumps 12, Influenza —, Genickstarre 3, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa 1. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 718 Personen gestorben (+ 98 gegen die Vorwoche).

(Todesfall.) In Triest ist am 11. d. M. der em. Primararzt am städtischen Krankenhause Sanitätsrat Dr. JOSEF BRETTAUER, ein ausgezeichneter Okulist, im 70. Lebensjahre gestorben.

Über die Wirkung des Thermalwassers von Lipik hat der Leiter des Laboratoriums der Budapester Poliklinik, Universitätsdozent Dr. BERNHARD VAS, klinisch-experimentelle Untersuchungen in der „Pester med.-chirurg. Presse" veröffentlicht. Der Autor studierte zunächst die Wirkung des Lipiker Wassers auf den Stoffwechsel und kam auf Grund seiner Versuche zu dem Schlusse, daß das Lipiker Wasser auch in größeren Mengen keinen schädlichen Einfluß auf den Eiweißumsatz des Organismus ausübt, sondern bloß eine mit der Zunahme des Harnquantums gesteigerte Ausscheidung von N, P_2O_5 und ClNa verursacht, die aus der Auslaugung der Gewebe zu erklären ist und nach Aussetzen des Wassers alsbald zur Norm zurückkehrt. Weiters untersuchte er die Wirkung des Lipiker Wassers auf die Ausnutzung der Nahrungsmittel, besonders der Fette, dann den Einfluß auf die Magentätigkeit, und zwar *a)* in Fällen mit normaler oder verringerter Azidität und *b)* in Fällen mit gesteigerter Azidität. Die diesbezüglichen Untersuchungen führten Dr. VAS zur Konklusion, daß das Lipiker Wasser in erster Reihe bei solchen Magenaffektionen mit sehr gutem Erfolge anzuwenden ist, die mit verminderter Salzsäurebildung einhergehen; doch sind damit auch die Fälle mit erhöhter Salzsäureausscheidung günstig zu beeinflussen, wenn dabei die motorischen Funktionen eine normale oder von der normalen wenig abweichende ist. Endlich untersuchte Dr. VAS auch die Wirkung des Lipiker Wassers auf die Harnsäureausscheidung, wobei er die Tatsache feststellte, daß sich der Harnsäuresatz während der Lipiker Trinkkur bedeutend vermindert. Zum Schluß stellt Dr. VAS auf Grund der Ergebnisse seiner Untersuchungen die Thesen auf, daß: 1. das Lipiker Wasser einen günstigen Einfluß auf den Eiweißstoffwechsel ausübt, 2. die Ausnutzung des Eiweißes und des Fettes befördert, 3. bei passender Anwendungsweise und richtigem Individualisieren gleich günstig die Beseitigung der verschiedenen sekretorischen Störungen des Magens bewirkt, 4. weniger empfehlenswert bei der Schlaffheit und Dilatation des Magens ist, endlich 5. die Bildung des Harnsäureniederschlages aus dem Harn vermindert. Die im Kurorte Lipik selbst gemachten empirischen Erfahrungen bestätigen die obigen klinisch-experimentellen Untersuchungsergebnisse in weitgehendstem Maße, indem bei den dort häufig vorkommenden Fällen von harnsaurer Diathese, ebenso bei Diabetes mellitus und besonders bei Hyperazidität des Magens ausnahmslos äußerst günstige Erfolge nach der Trinkkur mit Lipiker Thermalwasser beobachtet wurden.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Ebstein u. **Schwalbe**, Handbuch der praktischen Medizin. 2. Aufl., 2 Bd., 1. Hälfte. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 10·—.

J. Bresler, Wie beginnen Geisteskrankheiten? Halle a. S. 1905, C. Marhold.

J. Pal, Gefäßkrisen. Leipzig 1905, S. Hirzel. M. 8·—.

Louis Ascher, Einfluß des Rauchens auf die Atmungsorgane. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 1·60.

Rafal Spira, Krotki Zarys Nauki O Chorobach Uszuych. Krakau 1905. — K. 10·—.

P. Cohnheim, Die Krankheiten des Verdauungskanales. Berlin 1905, S. Karger.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Albargin"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 23. Juli 1905. Nr. 30.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von

Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Behandlung der habituellen Obstipation.

Von **Hofrat Dr. R. Suchier,** Freiburg i. B.

I.

Ehe wir uns zur Besprechung des in Rede stehenden Gegenstandes wenden, müssen wir vor allen Dingen den Begriff der „habituellen“ Obstipation feststellen. Die Bezeichnung „habituell“ soll offenbar nicht heißen: „zur Gewohnheit geworden“, was sich aus der wörtlichen Übersetzung des Stammwortes „habitudo“ ergeben würde, sondern wir werden wohl annehmen müssen, daß damit mehr ein „eingewurzeltes“ oder „veraltetes“ Leiden bezeichnet werden soll. In den Lehrbüchern der Pathologie und Therapie, ebenso in den diesen Gegenstand behandelnden Monographien, die mir zugänglich waren, konnte ich eine Präzisierung dessen, was unter „habitueller“ Obstipation verstanden sein solle, nicht finden. Es werden vielmehr die verschiedenartigsten Erkrankungen, welche zu chronischer Verstopfung führen, unter diesem Sammelnamen aufgeführt. Da nun aber Obstipation aus den verschiedensten Ursachen entsteht, so ergibt sich meines Erachtens ex indicatione causali mit absoluter Notwendigkeit, zu differenzieren; schematisch lassen sich diese kausaliter so verschiedenen Formen der Obstipation wohl nicht gut behandeln. Und doch geschieht dies in der einschlägigen Fachliteratur ganz allgemein. Obstipation ist unter allen Umständen eine Folgeerscheinung, nicht etwa ein Krankheitsbegriff selbst. Und diese Erscheinung der unvollständigen Defäkation kann sich an die heterogensten pathologischen Zustände des Körpers anschließen, sowohl an Störungen des Intestinaltraktus selbst, als auch an solche anderer Organe; sie kann endlich in Erscheinung treten ohne jegliche anatomische Veränderung irgendwelcher Organe, d. h. als reine Atonie. Ob auch als reiner anhaltender Krampfzustand, wie in den Lehrbüchern gesagt wird, möchte ich dahingestellt sein lassen. Mir ist wenigstens in meiner 30jährigen Praxis kein Fall chronischer Obstipation vorgekommen, der sich als dauernder Krampfzustand des Darms hätte erklären lassen. Eben diese letzteren Zustände, die sich auf Grund fehlerhafter Ernährung oder unrichtiger, d. h. nicht naturgemäßer Lebensweise entwickelt haben, und diejenigen, die aus denselben oder aus anderen Gründen auf rein nervöser Basis entstanden, sind es, deren Betrachtung die nachstehenden Blätter gewidmet sein sollen.

Als der Apotheker Brand in Schaffhausen die Schweizerpillen erfunden hatte, die sich sowohl in somatischer wie materieller Beziehung eines „durchschlagenden“ Erfolges zu erfreuen hatten, da begann eine Jagd nach neuen Abführmitteln, wie wir eine solche zuvor nicht erlebt hatten. Und was wurde uns nicht alles angepriesen! Nicht nur dutzendweise neue Mittel, sondern neben diesen auch das große Heer der alten in immer neuer Gewandung: in Form kleiner Granula, in Pillen-, in Eiform, in Gestalt von Plätzchen mit Zucker- oder Schokoladenüberzug, als Morsellen usw., und dann wieder in den verschiedensten Farben: orangegelb, rosa, weiß, braun etc., und endlich mit Waldmeister und allen möglichen anderen Düften parfümiert! Wir fragen uns vergeblich, welcher Vorteil aus diesen tausend Variationen desselben Themas für den menschlichen Digestionsapparat erwachsen soll. Für diesen bleibt es sich doch völlig gleich, ob er die Aloe, Cascara sagrada oder das Frangulapräparat in dieser oder jener Gestalt einverleibt erhält. Weder die

Form noch die Farbe des Mittels wird etwas dazu beitragen, ihm die Gabe als eine willkommene erscheinen zu lassen. Der Nutzen, den all diese Präparate zu stiften imstande sind, bezieht sich demgemäß nicht auf den menschlichen Körper, sondern lediglich auf die Kasse des Fabrikanten, denn bei objektiver Prüfung dieser Mittel wissen wir doch in der Tat nicht, was uns veranlassen könnte, dieselben bei der in Rede stehenden Anomalie in Anwendung zu ziehen.

Wollen wir einen pathologischen Zustand heilen, d. h. diesen zur Norm zurückführen, so müssen wir in erster Linie unser Augenmerk der Ätiologie zuwenden, und haben wir hier zwischen näheren und entfernteren Ursachen zu unterscheiden. Zu ersteren rechnen wir die lokalen Erkrankungen des Digestionsapparats selbst, z. B. die chronischen Entzündungen des Magens und Darms, ferner die Krankheiten der Leber, besonders diejenigen, welche mit Retention der Galle verbunden sind, die entzündlichen Zustände des Peritoneums usf. Weiterhin kommen in Betracht die mit venöser Stase einhergehenden Erkrankungen des Herzens und der Lunge. Außer diesen gibt es aber noch eine Reihe von Ursachen für die chronische Obstipation, welche mit der anatomischen Beschaffenheit des Digestionsapparats nichts zu tun haben. Dahin gehört die Anomalie der Darminnervation und die der Ernährung. Und diese beiden Faktoren wiederum stehen in engem Zusammenhang mit der gesamten Lebensweise. Streng genommen, könnte man unter „habitueller Obstipation" nur eben diese letzteren Zustände verstehen, denn von einer Gewohnheit kann doch nur dann gesprochen werden, wenn eine anatomische Läsion ausgeschlossen ist. Wir wollen demgemäß jene erstere Gruppe von Ursachen von vornherein ausschließen und nur die wirklich „habituelle" Form der Koprostase in den Bereich unserer Betrachtung ziehen.

Unter den nervösen Ursachen haben wir wiederum zu unterscheiden zwischen solchen zentralen und peripheren Ursprungs. Gegen die im Anschlusse an eine Apoplexie oder irgendwelche andere Läsion des Gehirns oder Rückenmarks sich einstellende hartnäckige Verstopfung werden wir uns immer auf eine palliative Hilfe zu beschränken haben, denn von einer Heilung der Darmträgheit kann selbstverständlich solange keine Rede sein, als die zentrale Läsion andauert. Ganz anders liegen dagegen die Verhältnisse bei der rein „nervösen" Obstipation. Diese gibt dem Therapeuten ein weites und günstiges Feld der Tätigkeit. Dasselbe gilt von der durch unzweckmäßige Ernährung und Lebensweise herbeigeführten Darmträgheit. Dahin gehört in erster Linie jede Einseitigkeit der Ernährung, z. B. einseitige, d. h. nahezu ausschließliche Fleischkost, einseitige Ernährung mit Mehlspeisen, Milchkuren u. dgl. Dahin gehört ferner der Mangel an genügender Körperbewegung; Leute, die ihr Beruf zu einer sitzenden Lebensweise verurteilt: Bureaubeamte, Schreiber u. dgl., leiden sehr häufig an diesem Übel. Endlich müssen wir der rein funktionellen Störungen des Nervensystems des Intestinaltraktus gedenken, welche für sich allein, aber auch in Kombination mit Alterationen der Psyche — Hypochondrie, Melancholie, Hysterie etc. — auftreten können.

Lähmung der Nerven durch gewohnheitsmäßige Einfuhr von Giften — Opiate u. dgl. —, ebenso die relative Insuffizienz des nervösen resp. muskulären Apparates des Darmtraktus bei mechanischer Behinderung der Darmbewegung — Tumoren, Hämorrhoidalknoten, Fremdkörper u. dgl. — gehören ebenfalls in den Bereich unserer Betrachtung.

In einer nicht geringen Zahl von Fällen wird endlich die Koprostase durch Nachlässigkeit, absichtliche Unterdrückung des auftretenden Bedürfnisses der Darmentleerung oder wenn solche durch gesellschaftliche Rücksichten diktiert wurde, verschuldet. Eine Dame meiner Klientel — eine englische Gouvernante —, welcher das Klosett, das ihr zur Verfügung stand, nicht elegant genug war, hatte es durch methodische Übung dahin gebracht, daß sie nur alle 8 bis 10 Tage einmal zu gehen brauchte.

Die Frage nach der Norm bezüglich der nötigen Frequenz der Stuhlentleerung läßt sich selbstredend ganz allgemein nicht beantworten. Hier sprechen individuelle Verhältnisse, Gewohnheiten u. dgl. zu sehr mit: so kannte ich einen Apothekerlehrling, welcher etwa alle 2—3 Stunden das Bedürfnis fühlte, sich in dieser Beziehung zu erleichtern, und andrerseits berichtete mir eine an einer chronischen Erkrankung zu Bett liegende Patientin bei meinem ersten Besuche, daß sie seit 22 Tagen keinen Stuhlgang mehr gehabt habe, ohne daß ihr diese unfreiwillige Enthaltsamkeit sonderliche Beschwerden bereitet hätte.

Will man von einer Norm reden, so wird man sagen müssen, daß eine einmalige Entleerung täglich zur Erhaltung der Gesundheit und des körperlichen Wohlbefindens ausreichend ist. Stellt sich das Bedürfnis der Defäkation seltener ein oder kann demselben nur alle 2—3 Tage Folge gegeben werden, so treten in der Regel mehr oder weniger heftige Beschwerden auf, welche naturgemäß mit der Größe der Intervalle wachsen und bei großer Hartnäckigkeit den Patienten schier zur Verzweiflung zu bringen vermögen. Nicht nur ist die chronische Obstipation gar häufig eine Begleiterscheinung der hypochondrischen Zustände, sondern es stellen sich diese vice versa gar nicht selten im Anschluß an das Auftreten der ersteren ein.

Die Prognose ist bei den nicht komplizierten Fällen, d. h. wenn nicht gleichzeitig eine anatomische Läsion der nervösen Zentra oder des Intestinaltraktus selbst vorliegt usw., eine günstige, wenn es glingt, die Causa peccans zu ergründen und zu beseitigen.

Die Therapie gestaltet sich am einfachsten, wenn es sich um nichts anderes als um eine unzweckmäßige Lebensweise handelt.

Eine sehr große Zahl moderner Kulturmenschen ißt bekanntlich nicht, um zu leben, sondern lebt, um zu essen. Wir staunen nicht nur über die Mengen der Speisen, welche täglich in mindestens fünf Mahlzeiten eingenommen werden, sondern auch über die Qualität derselben. Besonders in den Kreisen der oberen Zehntausend spielt die Magenfrage die allergrößte Rolle.

Gar mancher Gourmand, der seine Zeit mit sonst nichts auszufüllen weiß, besinnt sich nach jeder Mahlzeit, welchen kulinarischen Genüssen er sich bei der nächsten hingeben könnte. Mit welcher Andacht werden die Speisekarten der „feinen Restaurants" studiert! Und wie kompliziert sind die „Menus" der besseren Stände! Das Auffallendste dabei aber ist, daß nahezu sämtliche Gänge, welche serviert werden, ausschließlich aus Fleischspeisen bestehen. Treten wir in ein Restaurant und fragen den Kellner, was es zu essen gibt, so hören wir: es gibt Roastbeef, Lendenbraten, Hammel-, Rehbraten, Fasanen, Feldhühner usf. — aber von Blumenkohl, Weißkraut, Wirsing etc. berichtet er uns nichts, Vegetabilien sind auf der Speisekarte des Kulturmenschen nahezu ausgeschlossen.

So hat sich allmählich die Gepflogenheit herausgebildet — in vielen Kreisen wenigstens —, die ganze Ernährung im wesentlichen aus Fleisch bestehen zu lassen. Ich glaube, daß die zur Zeit in der medizinischen Welt noch ziemlich allgemein vertretene Ansicht, daß Albumin den wichtigsten Körper für die Gesamternährung bilde, sehr viel dazu beigetragen hat, der Fleischernährung ein so gewaltiges Übergewicht über die mit Kohlehydraten zu verschaffen. Wir wissen ja aus zahlreichen Untersuchungen, daß der menschliche Körper sich mit 90 *g* Eiweiß, nach ALBUS Angaben sogar mit 60 *g* Albumin im Stickstoffgleichgewicht zu halten imstande ist; wir wissen ferner, daß er fünfmal soviel Kohlehydrate zu seiner Erhaltung bedarf als Albumin; deshalb bleibt es





ganz unverständlich, daß man immer nur darauf abzielt, den N-Bedarf des Körpers um das Doppelte bis Dreifache zu decken, während man dem Konsum der Kohlehydrate nahezu gar keine Beachtung schenkt. Der N-Bedarf ist ja bei der geringen Menge, welche erforderlich ist, gar bald erreicht; wozu also dieser maßlose Fleischkonsum, dessen Albumingehalt unter keinen Umständen vom Körper verwertet werden kann? Nicht genug damit, fängt man in den letzten Jahren an, Eiweiß in konzentrierter Form fabrikmäßig herzustellen, um dem Digestionsapparat möglichst große Mengen in kleiner Dose zuführen zu können. Wie die Pilze wachsen die chemischen Fabriken empor, welche sich die Massenproduktion konzentrierter Albuminate zur Aufgabe gemacht haben. Wir brauchen nur den Inseratenteil einer ärztlichen Zeitschrift aufzuschlagen, so sehen wir gleich zehn Eiweißprodukte angepriesen, von denen natürlich jedes das beste ist. Namen wie Somatose, Roborin, Roborat, Nutrose, Perdynamin, Albumose, Sanatogen, Hämatogen etc. finden wir nicht nur in der medizinischen Fachpresse, sondern auch in allen politischen Zeitschriften mit einem Eifer angepriesen, als ob es sich um die wertvollsten Güter für die menschliche Gesundheit handle. Das eine Inserat preist „absolut reines Pflanzeneiweiß“ an, eine andere Fabrik vereinfacht sich die Gewinnung des „reinen Eiweißes“ dadurch, daß sie einfach Kuhmilch im Vakuum zur Trockne einengt. Wir fragen uns vergeblich, welcher Vorteil für den Körper aus der Darreichung der wasserfreien Milch gegenüber derselben in ihrem natürlichen Mischungsverhältnisse liegen soll. Der einzige wesentlichste Unterschied wird wohl auch hier wieder im Preise liegen: ein Liter natürliche Kuhmilch kostet 18 Pfg. während er in jener veränderten Gestalt wohl auf 50—60 Pfg. zu stehen kommen dürfte. Wie gesagt, einen Zweck hat diese das Maß des N-Bedürfnisses des Körpers weit übersteigende Einfuhr von Albuminaten sicher nicht, wohl aber resultieren daraus eventuell recht erhebliche Störungen des Organismus. Ich erinnere in dieser Beziehung an die oft auftretende übermäßige Harnsäurebildung und deren Ausscheidung in den Nieren und Gelenken etc., an die Zunahme der Viskosität des Blutes, an das Auftreten nervöser Störungen usf.

Vor allem aber interessiert uns hier die im Anschluß an solch einseitige Ernährung mit Albuminaten sich so häufig einstellende Stuhlträgheit. Diese hat ihren Grund darin, daß möglichst reine Albuminate fast völlig resorbierbar sind und demgemäß sich nur wenig Fäzes im Darme bilden können. In der Bildung dieser letzteren liegt für den Darm der Anreiz für die Peristaltik, fehlen aber die Fäzes, so fällt der mechanische Reiz für die Evakuation fort und es stellt sich mehr oder weniger hartnäckige Verstopfung ein.

Ohne Zweifel sprechen übrigens hier noch andere Verhältnisse mit, die wohl in gleicher Weise für das Auftreten der Obstipation bei einseitiger Ernährung mit Amylazeen z. B. verantwortlich zu machen sind. Für diese sind die Resorptionsverhältnisse weit weniger günstige, die Bildung der Fäzes also eine reichliche und trotzdem die habituelle Obstipation bei dieser Art der Ernährung eine häufige Erscheinung. Der Grund hierfür dürfte in dem geringen Gehalt dieser Nahrungsmittel an pflanzensauren Alkalien zu suchen sein.

Wir kommen also zu dem Ergebnis, daß weder die ausschließliche oder doch nahezu ausschließliche Ernährung mit Albuminaten oder Amylazeen sich für die Erregung einer ausreichend kräftigen Peristaltik zuträglich erweist.

Die rein nervöse Form der Obstipation — mit Ausschluß aller anatomischen Läsionen des Nervensystems — besteht zwar häufig allein für sich, d. h. ohne jede Komplikation; häufig aber ist sie vergesellschaftet mit nervöser Dyspepsie. Und endlich findet man nicht selten einen Wechsel der Erscheinungen dahingehend, daß auf Zeiten hartnäckiger Verstopfung lang anhaltende, oft recht profuse Diarrhöen folgen. Worin diese Erscheinung ihren Grund hat, ist oft recht schwierig zu erkennen. Mit dem einfachen Schlagworte „Reaktion“ ist hier natürlich nichts genützt; mag sein, daß bei lang anhaltender Koprostase sich Stoffe im Darme bilden, welche einen Reiz auf die Schleimhaut ausüben und so zu Diarrhöen Anlaß geben, aber sehr einleuchtend ist solche Hypothese sicher nicht, denn wir finden doch ebenso häufig, daß Diarrhöen sich einstellen im Anschluß an nervöse Erregungen — Ärger, Alterationen u. dgl. — oder endlich als Begleiterscheinung der Menstruation. Beide Zustände: Obstipation und Diarrhöe, können mit wechselnder Intensität auf rein nervöser Basis stehen. Die erstere kommt indes weitaus häufiger zur Beobachtung als letztere; man könnte fast sagen, sie ist eine der häufigsten Begleiterscheinungen neurasthenischer Zustände.

Über die Dementia praecox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis.

Von **Dr. Erwin Stransky**, Assistent der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik, Wien.

III.

Wie Sie, meine Herren, schon dieser Schilderung entnehmen können, ist der Verlauf nicht in allen Fällen ein ganz gleichartiger, ebensowenig wie der Grad der erreichten Verblödung in allen Fällen der gleiche ist. Beobachten wir in einer Anzahl der Fälle eine einfache Verblödung, die aber schleichend und unaufhaltsam bis zu den schwersten, an die Idiotie gemahnenden Graden chronisch fortschreitet, so macht wieder in anderen der Prozeß auf einer gewissen, oft nur wenig unterhalb der Gesundheitsbreite bleibenden Stufe Halt; letztere Fälle, speziell solche mit moralischer Abschwächung, hat Kahlbaum Heboide benannt. Diem hat jüngst wieder andere ähnliche Fälle als Sondergruppe zusammengestellt, auf andere wieder wies Pick hin. Auch ein schubweiser Verlauf — wie bei anderen chronischen Psychosen und Erkrankungen des Zentralnervensystems — kommt nicht selten vor, ja selbst zu Remissionen vermag es zu kommen. Im allgemeinen aber führen die Fälle, ob einfach oder mit Wahnideen, Verwirrtheitsphasen, Sinnestäuschungen kompliziert, unvermeidlich zu einem meist ziemlich erheblichen Grade von Demenz. Die Prognose muß daher eine ungünstige genannt werden.

Die somatische Symptomatologie, Diagnostik und Therapie wollen wir im Zusammenhange mit der katatonen Form besprechen, zu der wir uns nunmehr wenden wollen. Auch hier, meine Herren, sind eigentlich die psychischen Grundphänomene die gleichen, weshalb sich die Zusammenfassung mit der Hebephrenie unter einen gemeinschaftlichen Oberbegriff vollauf rechtfertigt. Aber — wenngleich, wie immer hervorgehoben werden muß, fließende Übergänge beide Formen enge verknüpfen — bei der Katatonie haben wir es gewöhnlich mit dem Bilde einer schweren, manifesten Psychose zu tun, mit oft akut oder subakut einsetzenden tiefgreifenden psychischen Störungen meist vom äußerlichen Charakter schwerer Verworrenheitszustände, wie wir sie ähnlich, wenn auch durchaus nicht in ganz identischer Ausprägung, bei der Amentia Meynerts verzeichnen.

Ursprünglich beschrieb Kahlbaum die Katatonie als eine Gruppe der von ihm unter der Oberbezeichnung „Vesania“ zusammengefaßten Psychosen als Vesania katatonia, Spannungsirresein. Er ließ die Katatonie sich meist einleiten durch eine mit annähernder Gleichartigkeit aufeinanderfolgende Serie von Zustandsbildern. Der Schöpfer dieses klinischen Begriffes stellte als Regel hin, daß auf ein depressives, melancholisches Initialstadium ein manisches, agitiertes zu folgen pflege, daran schlösse sich dann eine Phase des Stupors mit Vorwiegen motorischer Hemmung, worauf entweder Genesung oder über ein Stadium der Verwirrtheit hinüber der Eintritt der Demenz erfolge; freilich betonte Kahlbaum selber bereits, daß eines und das andere dieser

Stadien auch gänzlich fehlen könne. De facto verzichten wir denn auch heute meist auf eine solche oft nur künstlich aufrechtzuerhaltende Zerlegung des Krankheitsbildes in Phasen und nennen meist die Formen, die mehr akut unter tiefgreifenderen, mit schweren motorischen Symptomen einhergehenden psychischen Störungen, meist solchen von der Färbung der Amentia oder des „akuten Wahnsinns" oder der „akuten Paranoia" anderer Autoren einsetzen, schlechthin Katatonien.

In einer ganz erheblichen Zahl von Fällen leitet sich die Katatonie mit einem melancholischen Zustandsbild oder mit ängstlichen Verstimmungen überhaupt ein; es kommt dabei auch zu allerhand vagen Befürchtungen, die indes zuweilen, namentlich bei Interkurrenz von Halluzinationen, den Charakter ausgesprochener Wahnbildungen von der Färbung der Versündigungs-, Verfolgungs- und hypochondrischen Ideen in ihren verschiedenen Schattierungen annehmen. Ein Kranker, Handwerksgehilfe, fürchtet wegen eines Werkzeugsdiebstahls, dessen man ihn beschuldigt haben sollte, verhaftet zu werden; ein Arbeiter glaubt, seine Kameraden trachten ihm nach dem Leben, wollen ihm seine Braut abspenstig machen; ein Dienstmann meint, man verspotte ihn, wolle ihn um seinen kärglichen Verdienst bringen. Zuweilen tragen die Wahnideen ein ungeheuerliches, phantastisches Gepräge; eine Arbeiterin klagte sich dessen an, daß sie mit Christus geschlechtlich verkehrt und ihn dabei syphilitisch infiziert habe; ein Arbeiter befürchtet, daß ihm die Sozialdemokraten, die ihm feindlich gesinnt seien, den Schädel aufschlitzen wollen; der Mond habe ihn von hinten gestochen. Kurz, die ganze Skala der obenerwähnten Wahnformen kann in einzelnen Elementen vertreten sein, ein eigentliches Wahnsystem wird nicht gebildet; auch in dem affektiven Verhalten fehlt die richtige Konsequenz, ganz wie bei der Hebephrenie. Sie erinnern sich gewiß, meine Herren, an den vorjährigen Vortrag Prof. ANTONS, der das treffende COMTEsche Wort von der mangelnden „Logik der Affekte" auf solche und ähnliche Zustände anwandte; das Mienenspiel hat einen leeren oder bizarr-verschrobenen Ausdruck oder aber es kommt zu unangemessenen Affektausbrüchen von großer Unberechenbarkeit, Plötzlichkeit und Gefährlichkeit. Andere Male erinnert der Beginn äußerlich mehr an die Manie, die Kranheit setzt, oft subakut, mit schweren Erregungszuständen, Rededrang bei scheinbar gehobener Stimmung ein; aber auch da gilt mutatis mutandis das eben Gesagte.

Alsbald, wenn nicht ab initio, beginnen die als katatonisch im weiteren Sinne bekannten motorischen Symptome das Bild zu vervollständigen. Es kommt zu den Erscheinungen der „Flexibilitas cerea", Katalepsie, zu blindem muskulären Widerstreben meist ohne jede Affektäußerung, zu starren Posen, clownistische Züge, allerhand sinnlose Bizarrerien und Stereotypien in Mimik und Geste, in Sprache und Gebaren treten hervor oder ganz sinnlose, gewaltige und unstillbare psychomotorische Erregung (Tanzen, Turnen, Umherspringen). Oft ganz plötzlich schließt sich eines Tages an das bisherige „manische" oder „melancholische" oder „paranoide" Zustandsbild, zuweilen, nachdem solche letzterer Art einander abgelöst oder ineinander übergegriffen hatten, eine Phase, in der die Kranken total verworren scheinen; sehr gewöhnlich ist diese katatonische Verworrenheit auch in bezug auf ihre Dauer die Dominante des ganzen Krankheitsbildes, sie kann daher Jahre, ja zuweilen zeitlebens bestehen bleiben; es ist überflüssig zu sagen, daß sie auch gleich zu Beginn hervortreten kann; die Interkurrenz all jener, aus den charakteristischen, schon gelegentlich der Hebephrenie geschilderten psychischen Grundstörungen entspringenden, gewöhnlich nur in weit ausgeprägterer Form wie dort in Erscheinung tretenden Symptome gibt dieser Verworrenheit einen eigenartigen Anstrich, das triebartige, automatenhafte Gebaren, die sinnlosen, clownartigen, oft lange fortgesetzten motorischen Akte, die Ungeheuerlichkeit der zeitweise produzierten Wahnfragmente, die scheinbar absolute Unzugänglichkeit gegenüber der Außenwelt einerseits, die zwischendurchläufigen Echosymptome andrerseits, die Unerklärlichkeit des affektiven Gebarens, die zeitweisen, aus tiefster motorischer Hemmung mit elementarer Plötzlichkeit einsetzenden Raptus: all dies gibt ein Ensemble, welches die Kranken wie schwer dämmerhaft benommen erscheinen läßt, und um so mehr Staunen empfindet der Unkundige, wenn er einen solchen, scheinbar tief verworrenen Kranken urplötzlich in vollkommen klarer, luzider, fast vernünftiger Weise eine Handlung begehen, ein Gespräch führen und ebenso plötzlich und unvermutet in seine frühere „Verworrenheit" zurückverfallen sieht. Wir Anstaltsärzte erleben es nicht so selten, daß etwa ein den Kranken besuchender Angehöriger, welcher zufällig Zeuge einer solchen pseudoluziden Episode wird, atemlos, glückstrahlend zum Arzte läuft, sich kaum zu fassen weiß vor Freude über die wie ein Sonnenstrahl aus schwerverhangenem Himmel unversehens eingetretene „Wendung", uns — ein seltener Fall! — über und über mit Dankesbezeugungen überschütten will! Welch trügerisches, eitles Hoffen! Wie schwer fällt uns da oft die traurige Pflicht, es zu nichte zu machen, wie schwer wird es uns oft, die armen Leute zu überzeugen, welch ominösen Beigeschmack gerade diese unvermuteten, weitgehenden „Klärungen", dieses unvermittelte Durcheinander schwerster Verworrenheit und „völlig lichter Momente" hat! Und gar, wenn solch ein „lichter Moment" durch eine Reihe von Tagen anhält, oder wenn, was noch häufiger der Fall ist, auch während des Bestehens der katatonischen Verworrenheit zwischendurch vereinzelte vollkommen passende und koordinierte Einzelzüge hindurchspielen; der Kranke etwa trotz seiner Verworrenheit sich äußerlich geordnet führt, über Ort, Zeit, Umgebung orientiert bleibt u. dgl.; gerade dann sind meist die Angehörigen voll Hoffnung, während der Arzt auf die leider meist so ominöse Bedeutung dieses „Mischmasch" hinzuweisen verpflichtet ist. Gerade an diesem Beispiel aber erkennt man so recht die völlige psychische Zerfahrenheit und „psychische Koordinationsstörung" dieser Kranken.

Ein besonders hoher Grad von Verworrenheit wird in jenen Zuständen schwerer motorischer Hemmung erreicht, die wir als katatonischen Stupor bezeichnen. In völligem Stillschweigen, fast regungslos, mit eigenartig starrer Miene liegen die Kranken oft durch Jahr und Tag dahin, abstinieren, müssen gefüttert werden, verunreinigen sich, speicheln; sehr bemerkenswert ist auch hier das oft plötzliche Durchbrochenwerden des Stupors durch meist kurz dauernde raptusartige Exzitationsphasen; eine meiner Kranken stürzte sich mitten aus dem Stupor ohne jede Affektäußerung auf mich, traktierte mich mit den Fäusten und ließ sich im nächsten Momente von mir in den Arm kneifen, dabei laut aufschreiend, aber nur ganz ungeschickt abwehrend; ein gar nicht seltenes Verhalten; dieselbe Kranke zertrümmert auch ganze Türflügel in solchen Raptus. Ein Kranker fuhr einmal urplötzlich auf und schlug seinen Schädel mit voller Wucht gegen die Mauer; er blieb tot. Solche sinnlose, blinde Gewalttaten, an das Amok erinnernd, zeichnen überhaupt die Katatonie weit mehr noch als die Hebephrenie aus; eine Kranke schlug einmal ein schuhgroßes Loch von Ziegeldicke mit der Faust in die Mauer; „weil es mich gebrennt hat", berichtete sie auf Befragen grinsend. Viele der Verkehrtheiten wurzeln auch wohl im Negativismus; so wenn einer unserer Kranken, aufs Zimmerklosett geführt, niemals defäziert, es aber sofort darauf regelmäßig im Bette tut, sodann aufsteht, sein Lager reinigt und mit Sorgfalt frisch bereitet.

Ein weiteres, weit charakteristischer als in der hebephrenen Unterform ausgeprägt zum Vorschein kommendes Symptom ist die Sprachverwirrtheit, wie sie besonders rein in den die mutazistischen Stuporphasen oft unvermittelt durchbrechenden raptusartigen, wie automatischen Paroxysmen von Logorrhöe zum Ausdruck kommt. Ihrer wesentlichen Kennzeichen haben wir bereits früher gedacht; zuweilen auch

produzieren die Kranken ganz analoge Schriftstücke. Eine recht instruktive Probe entnehme ich den raptusartigen schriftlichen Expektorationen einer unserer Kranken, einer während der Laktation erkrankten Beamtensfrau; ein Teil sei hier reproduziert: „... Wiener Mode, Crême, Arbeit, schön Wetter, Weisheit, Januar 1905, 1900, Petersilie, Kokosnuß, Gerste, Ringlotten, Karfiol, Ölnüsse, echte, riechende Champignon, 1900, 3. Januar. Mittwoch, Erdäpfel, Maulbeeren, Burgunderrüben, Kukuruz, Salz, Zwiebel, eine Fabel: Vor einigen Tagen ging ein Storch vollständig im Gedanken den Dorfweg entlang, begegnete jedoch von ungefähr einer Grille; sein Eigensinn, sehr erstaunt über diese momentane Überraschung, etwas gereizt, schnappte dieselbe von der Staude. Eine Gans, vollständig in sich versunken, bemerkte meine auffallende Verwirrung und übernahm mich sofort mit herrischer Resignation, meine stolze Wenigkeit, sehr vertieft, kam durch diesen Zwischenfall glücklich in den Magen eines Hahnes an, durch eine liebenswürdige Verneinung kam meine Gestalt ernsthaft wieder in ein Kleefeld hinunter, Donnerstag, den 11. Januar 1900; langsam rannte eine Minute der anderen nach, während dem nahm die Verhandlung des Prozesses ihren Fortgang, der Termin war auf einige Stunden später anberaumt, durch welche sich sämtliche Reichsratsabgeordnete vollzählig in einen Ratsstil verplauderten, die heftigste Debatte nahm einen sehr merkwürdigen Abschluß. Der Gesundheitszustand eines Verteidigers ließ sehr besorgniserregende Symptome erkennen, nachdem die Leute sich sehr laut gegen diesen forstwirtschaftlichen Bestimmungsplan auflehnten; die Glocke des Ministers läutet. Erdäpfel, Kukuruz, Reis, Paradeis, Fisolen, Maulbeeren, Stachelbeeren, 3. Februar, Haselnüsse, Mandeln, Nüsse, Erdbeeren, Himbeeren, Gurken, Weintrauben, Pfirsiche, Vanille, Zucker, Melonen, Kelch, Kraut (folgen verschiedene Gemüsebezeichnungen), Waldmeister, Heidelbeeren, rote Rüben, Regenwasser, Tannenzapfen, rote Rüben, Veilchen, Enzian, Arnika, Schafgarben, die Felsen zermalmen springend, in tönender Wucht sanken furchtbar lärmend, die Platte zerteilend, in erwachende Täler wechseln das Gründchen mit anhaltend...."

Schon hier fällt neben der Reihenbildung, dem Gemisch von Ideenflucht und Klebenbleiben die Neigung auf, innerhalb grammatikalisch geordnet erscheinender Diktion sinnloses, an das Paralogieren erinnerndes Wortgeklingel zu produzieren. Noch viel deutlicher wird uns dies in einem geradezu klassischen „Katatonikerbrief", den KRÄPELIN in seiner „Psychiatrie" mitteilt; der Kranke produzierte ein Schriftstück folgenden Inhalts: „Der sentimentale Beruf der Welschneureuther Bürger erheischt nach dem erhabenen Geburtstagsfest Sr. Majestät des erlauchten Königs Wilhelm Karl vor allem seine gesamten geistigen Kräfte zu sammeln, um ihrer seelsorglichen Fürbitte in dem Herrn gerecht zu werden. So haben es sich 40 angesehene Sturmpatrioten in Anbetracht der Aufhebung der Statuten der Universität Erlangen zum heutigen angelegen sein lassen, als erste rückwirkende Negative in analogisch-patriotischem Sinne zu bekräftigen. Die Art. 1 der Welschneureuther Verfassung, bestehend in brennbar verfügbarem Kriegsmaterial Sr. Majestät zur allergnädigsten Disposition zu stellen, ferner die ruchbarsten Handlungen, wie Umgang mit Vieh, Schafen und welschen Hahnen gehorsamst einzustellen. Damit nun die erlauchte Königsgesellschaft bei transportabler aller zur Nachsicht empfehlender Gemüter keiner Konkurrenz von seiten der nachbarlichen Staaten unterworfen werden kann, so schwören wir bei Genießung von Steigwaren nur jedem allein zu dienen, eine Folgerung der periodisch mechanisch zu ziehenden Bilanz des 19. Jahrhunderts nur dann abzubrechen, wenn wir in unseren Meinungen unserem erhabenen Herrscher gegenüber erwartungsvoll getäuscht und als nützliche Ratgeber eines gesunden Altertumsmuseums betrachtet werden können..." Wem fielen nicht angesichts dieses sinnlosen Phrasengeklingels die Verse des kongenialen Poems ein: „Des Lebens Unverstand mit Wehmut zu genießen, ist Tugend und Begriff zugleich..." Auch eine gewisse Verwandtschaft nach Gehalt und Diktion mit manchen Auswüchsen der literarischen Moderne ist in diesen katatonischen Faseleien nicht zu verkennen.

Der Ausgang ist in der großen Mehrzahl der Fälle ein trister; immer mehr tritt die nackte Demenz in den Vordergrund, um schließlich und endlich ganz die Szene zu beherrschen. Daneben können noch gewisse regellos flottierende Reste aus der Zeit der früheren Stadien her in dem Gesamtverhalten zum Ausdruck kommen. KRÄPELIN unterscheidet neuestens je nach den vorherrschenden Symptomenbildern verschiedene Unterformen solcher Endzustände, die im übrigen denen bei der hebephrenen Verblödung so ziemlich gleichen. Periodisch auftretende Erregungszustände sind nichts allzu Seltenes. Andrerseits kann es aber gerade bei der Katatonie und ganz besonders in jenen Fällen, die stürmisch und folglich mit schwereren Erscheinungen einsetzen, zu sehr weitgehenden und selbst durch Jahre anhaltenden Remissionen kommen, die, abgesehen von der Persistenz oft nur geringfügiger psychischer Residuärerscheinungen, als da sind Schrullen, Bizarrerien, Reizbarkeit, leichte intellektuelle Ermüdbarkeit, praktisch fast Heilungen gleichkommen, insoferne die erkrankten Individuen dann oft nicht nur ihrer Freiheit, sondern selbst ihrem Berufe wiedergegeben werden können; aber ungeachtet der nur geringen psychischen Einbuße ist oft gerade diese trotz ihrer Unscheinbarkeit gleichsam das Damoklesschwert über dem Haupte des Kranken und soll uns bezüglich der endgültigen Prognose vorsichtig machen und an die früher oder später meist unausbleiblichen und schließlich zu dauernder Verblödung hinüberleitenden Relapse denken lassen. KRÄPELIN spricht übrigens gleich anderen Forschern direkt von einer Anzahl von Heilungen. Bedenkt man, daß es ja vereinzelt sogar bei der Paralyse Heilungen gibt, so wird man diese Möglichkeit auch bei der Katatonie schon a priori gewiß nicht in Zweifel ziehen. In der Tat kommen solche Fälle jedem von uns in seiner Praxis unter. Soweit es mir meine freilich noch bescheidene persönliche Erfahrung gestattet, möchte ich allerdings wirkliche Heilungen nur für selten halten. Die relativ großen Zahlen KRÄPELINS mögen zum Teil wohl daher rühren, daß dieser gerade um die Klinik der Dementia praecox so hochverdiente Meister unserer Disziplin dieser Psychose durch Einbeziehung wohl einigermaßen heterogener Krankheitsformen etwas zu weite Grenzen zieht.

Aus diesem letztgenannten Grunde vermag ich wenigstens nach meiner eigenen, freilich annoch bescheidenen Erfahrung mich auch nicht nach dem Beispiele dieses Forschers für die Aufstellung einer besonderen paranoiden Untergruppe der Dementia praecox zu erwärmen. Nicht etwa, als ob Fälle nicht existieren, in denen paranoide Züge zu verzeichnen wären oder eine Zeitlang sogar scheinbar im Vordergrunde stünden. Wohl aber möchte ich sagen, daß die große Mehrheit dieser Fälle — um nicht zu sagen, alle — ebensogut sich den bisher beschriebenen, an sich ja schon wenig scharf gegeneinander abgrenzbaren Gruppen einreihen läßt, wie etwa die Fälle mit äußerlich dominierender „Verwirrtheit", „Manie", „Melancholie" usw. Dann freilich, wenn man gleich der KRÄPELINschen Schule all jene Kranken, die wir hier in Wien als Paranoiker bezeichnen, unter die Dementia praecox subsumiert, dann rentierte allerdings die Aufstellung einer besonderen Untergruppe. Aber in diesem Punkte wage ich KRÄPELIN nicht zu folgen. Weder nach Verlauf, noch nach Entwicklung, weder nach Symptomatologie, noch nach Terminalzustand scheinen mir diese Fälle mit den Dementia praecox-Fällen identisch. Sie verzeihen es mir aber gewiß, meine Herren, wenn ich auf diesen Punkt an dieser Stelle nicht eingehe, da dies den Rahmen meiner heutigen Ausführungen weit überschreiten würde.

Aus der Praxis.

Heilung einer Contractura genu durch einen Streckapparat.

Von **Dr. Artur Sonnenschein**, Stadt Liebau, Mähren.

In den folgenden Zeilen möchte ich mir erlauben, einen Fall von Contractura genu, welche im Anschlusse an eine Caries ossis femuris et tibiae auftrat und geheilt wurde, zu schildern.

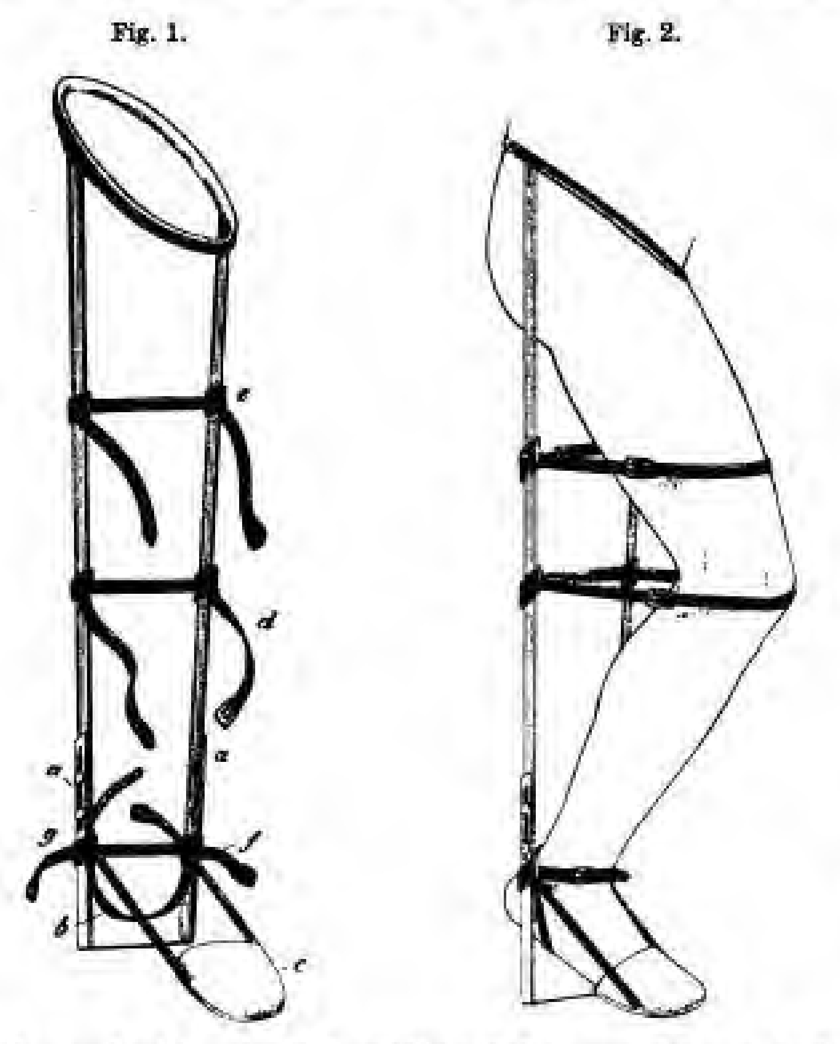
Wilhelm F., 16 Jahre alt, das Kind gesunder Eltern, leidet schon seit mehr als einem Jahre an Karies des Femur. Eine Schwester des Patienten ist gegenwärtig wegen Karies der Wirbelsäule und Rippen in Spitalsbehandlung.

Patient ist blaß, hat spärlichen Panniculus adiposus, sehr schwach entwickelte Muskulatur, grazilen Knochenbau. Über den Lungen, namentlich den Spitzen, verschärftes vesikuläres Atmen, Herzgrenzen, Herztöne normal, Puls rhythmisch, äqual, 86. Oberhalb der rechten Kniekehle, über der Sehne des Musculus biceps, eine Fistel, aus welcher sich dünnflüssiger, mit käsigen Massen untermischter Eiter spontan und auf Druck entleert. Oberhalb des Fibulaköpfchens eine zweite, ebenso beschaffene Fistel und eine dritte Fistel fingerbreit über der letzteren.

Patient erhält tagsüber Bäder mit Darkauer Jodsalz, die Fisteln werden gereinigt, mit dem Lapisstift tuschiert und ein Verband angelegt. Schon jetzt besteht eine Kontraktur des Kniegelenkes bis zu einem Winkel von 160°. Der Fuß zeigt die kompensierende Pes equinus-Stellung. Nach 9 Wochen sind die Fisteln unter Narbenbildung geschlossen. Doch ist das Kniegelenk unter einem Winkel von nahezu 130° kontrahiert.

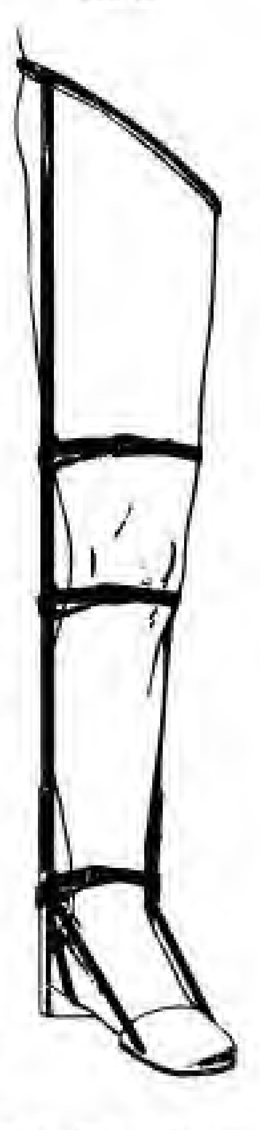
Um diese Zeit entsteht an der Wade ein über faustgroßer Tumor albus; derselbe wurde von mir inzidiert, mit dem scharfen

Fig. 1. Fig. 2.



Löffel ausgekratzt und mit in 10%ige Jodoformemulsion getauchten Gazestreifen drainiert; Verbandwechsel dreimal in der Woche; nunmehr nach weiteren 6 Wochen sehr geringe Sekretion von flüssigem, gelblich-grünem Eiter, die Inzisionswunde hat sich bis auf ungefähr $1^1/_2$ *cm* geschlossen und wird zum Zwecke der Drainage offen gehalten. Patient erhält vor jedem Verbandwechsel ein Bad mit Darkauer Jodsalz. Die Kontraktur hat noch etwas zugenommen, der Fuß ist stark in die Spitze gestellt, Patient tritt auf die große Zehe auf. Alle durch 4 Wochen angestellten Versuche, das Gelenk im lauwarmen Bade mit größter Vorsicht — um den in der Kniegegend bereits abgeklungenen Prozeß nicht wieder florid zu machen — zu strecken, sind vergeblich. Daher versuchte ich die Streckung auf folgende Weise: Ich ließ eine Schiene nach Art der THOMASschen anfertigen (Fig. 1). In der Höhe des unteren Drittels der Tibia ist die Schiene durch Schrauben *(a)* verschiebbar, so daß der ganze Apparat nach Belieben verlängert und verkürzt werden kann. Der Fuß ruht auf einem innerhalb des Apparates angebrachten Bügel *(b)*, in der Höhe dieses Bügels ist ein Halbschuh *(c)* angebracht, welcher über den Fuß gezogen wird. Von der Spitze dieses Halbschuhes gehen beiderseits Riemen aus, welche durch an den Apparat angebrachte Ringe *(g)* gezogen und nach Bedarf verlängert und verkürzt werden können.

Fig. 3.



In der Höhe des Ligament. patell. prop., und zwar dort, wo es an der Spitze der Patella inseriert, befindet sich, ebenfalls durch Ringe gehalten, ein Riemen *(d)*, welcher um das Knie zugezogen werden kann. Ungefähr in der Mitte des Ober- und Unterschenkels sind ebenfalls Riemen *(e f)* angebracht.

Der Riemen in der Höhe der Patella hat den Zweck, durch allmähliches Zuziehen das Knie zu strecken, der Schuh im untern Ende des Apparates den Zweck, durch langsames Anziehen der Riemen die Spitzfußstellung zu korrigieren, die anderen Riemen, das Ausweichen des Beines nach vorne oder rückwärts zu verhindern. So brachte ich es durch langsame Verkürzung der Riemen nach dreimonatlicher Bemühung dahin, daß Patient nunmehr den Fuß vollkommen strecken kann.

Gegenwärtig lasse ich den Patienten lauwarme Bäder mit Zusatz von Darkauer Jodsalz nehmen und mache gleichzeitig aktive und passive Bewegungen im Bade. Auch die Inzisionswunde hat sich inzwischen geschlossen, da die Drainage mangels jeder Sekretion entfiel. Das Bein ist vollkommen gesund und gebrauchsfähig.

Zu diesem Versuche sah ich mich durch den Umstand veranlaßt, als sich einerseits die Eltern des Patienten zu keinerlei operativem Eingriff entschließen wollten, andrerseits im Orte kein Spital ist, der Transport aber in das zunächst gelegene bei dem Mangel einer Bahn sich äußerst umständlich gestaltet hätte.

Dieses Verfahren wurde von mir zwar erst bei dem einen Patienten angewendet; mit Rücksicht aber auf den Erfolg lohnte es sich in ähnlichen Fällen, den Versuch zu machen; natürlich setzte ich voraus, daß das Kniegelenk selbst intakt sei und es sich bloß um eine Kontraktur der das Kniegelenk umgebenden Weichteile handle.



Referate.

HEDREN (Stockholm): **Zur Statistik und Kasuistik der Fruchtabtreibung.**

Das Material zur Statistik der Fruchtabtreibung ist unvollkommen, weil es sich auf jene Fälle beschränkt, die Gegenstand gerichtlicher Prozeduren wurden. Die schwedische Statistik zeigt ein starkes Anwachsen der Fälle von 1851—1902, von da an eine ganz auffällige Abnahme. Diese plötzliche Abnahme hat darin ihren Grund, daß durch ein Verbot des Verkaufs der gewöhnlichen Phosphorzündhölzer das sonst viel benutzte und leicht erreichbare Phosphor nicht mehr so häufig angewandt werden konnte. Das amtlich-statistische Vorkommen der Fruchtabtreibung nimmt auch immer mehr ab durch die sich immer mehr verbreitende Kenntnis und Anwendung der

präventiven Mittel im Geschlechtsverkehr und die Ausbreitung der gewerbsmäßigen Ausübung der Fruchtabtreibung, vor allem die mit Sachverständnis ausgeführte. Die meisten Fruchtabtreibungen betrafen unverheiratete Frauen. Am häufigsten wurden die Versuche während des 3.—6. Schwangerschaftsmonats gemacht („Vierteljahrsschr. für gerichtl. Med.", 1905, Nr. 1). Von der ganzen Anzahl der bearbeiteten Fälle, 1553, sind in 1539 Fällen die angewandten Mittel mit Sicherheit bekannt. In 1408, d. h. in 90·6% aller Fälle, war das Mittel Phosphor, und zwar haben in sämtlichen Fällen die Phosphorzündhölzer das Material geliefert. Die Menge betrug in der Regel 1—2 Bündel von je 75 Zündhölzern. Meistens wurde der Phosphor abgeschabt und in Wasser oder Kaffee genommen. Nur in 10 Fällen wurde die gewünschte Absicht erreicht. In allen anderen Fällen trat zwar auch meist der Abort ein, aber die Frau starb. In 62 Fällen wurde Arsen angewandt. Nur in 3 Fällen kam die Frau mit dem Leben davon, alle anderen starben, und zwar meist so schnell, daß es gar nicht erst zum Abort kam. In den wenigen noch verbleibenden Fällen wurde Quecksilber in 11, Kalium chromat. in 11, Juniperus sabina in 15, Aloe in 6, Crocus sativus in 4, Secale cornutum in 2 und mechanische Mittel in 8 Fällen angewandt.

G.

S. Rona (Budapest): **Zur Ätiologie und Pathogenese der Plant-Vincentschen Angina, der Stomakace, der Stomatitis gangraenosa idiopathica bzw. der Noma, der Stomatitis mercurialis gangraenosa und der Lungengangrän.**

Rona hebt in der Einleitung hervor („Archiv f. Dermat. u. Syphil.", Bd. 74, H. 2 u. 3), daß schon vor Vincent als erster Plant die Angina pseudodiphtheritica im Jahre 1894 als selbstständige Krankheitsform beschrieb und auf die von Müller (1883) beschriebenen Spirochäten und fusiformen Bazillen zurückführte; vor ihm hatten jedoch schon Verneuil und Clado diese Formen in einzelnen Abszessen beobachtet. Bernheim und Pospischil identifizierten dann die Angina ulcerosa mit der Stomakace durch den in vielen Fällen gleichen bakteriologischen Befund (1895). Ihre Züchtungsversuche waren negativ. Im gleichen Jahre bestätigt Abel diese Befunde und fordert histologische Untersuchungen. Diese Forderung erfüllte Rona (1898) anläßlich der Untersuchung eines Falles, in welchem Stomakace und Vincentsche Angina vereint auftraten, und wies nach, daß beide Prozesse dieselbe histologische Struktur und Bakterienflora besitzen, nur fand er bei der Stomakace gleichzeitig große Streptothrixmassen. Nach einem Überblick über die Forschungen bezüglich der Ätiologie der Noma ist hervorzuheben, daß Löschner und Winiwarter diesen Prozeß schon mit dem Hospitalbrand identifizierten, daß Passini und Leiner bei Untersuchung eines Nomafalles (1899) die von Bernheim und Pospischil beschriebenen Stomakacebazillen in der Tiefe des Gewebes fanden und daß die letzteren Autoren in drei Fällen typische Noma sich aus Stomakace entwickeln sahen. Nach eingehender Würdigung der Arbeiten Matzenauers, der auch auf dem Standpunkt der Identität von Noma mit Hospitalbrand steht, führt Rona seine Untersuchungen über Noma an, identifiziert die Plant-Vincentsche Angina, die Stomakace, die Stomatitis gangraenosa und Wangennoma auf Grund des gleichen klinischen und pathologisch-anatomischen Charakters, der histologischen Struktur und der Ähnlichkeit der Bakterien und sagt, daß diese Prozesse sich nur durch Intensität und Extensität unterscheiden. Rona prüft dann nach dieser Zusammenstellung Millers Befunde nach und kann die Richtigkeit bezüglich des Befundes des saprophytischen Vorkommens der Millerschen Bakterien im Munde im allgemeinen im Zahnstein, in kariösen Zähnen nachweisen. Vincents Behauptung dagegen, daß die in Rede stehenden Bakterien auch die luetischen Läsionen in diphtheritische umwandeln, konnte Rona durch Untersuchung einer Reihe luetischer Produkte nicht bestätigen. Rona stellte sich dann die Aufgabe, die merkuriellen Mundläsionen zu untersuchen und fand in 36 ulzerösen und 7 simplen Fällen von Stomatitis mercurialis in allen Fällen die fusiformen Bazillen und Spirillen, wenn auch in den simplen Formen nur in der Minderzahl gegenüber anderen Bakterienformen, dagegen in den ulzerösen Formen oft ganz in Reinkultur. Löblovitz, der die Tatsache des Vorhandenseins der fusiformen Bazillen und Spirillen bei Stomatitis mercurialis bereits im Jahre **1902** festgestellt hat, erreicht in der Angabe des Befundes dieser Bakterien nicht einen so hohen Prozentsatz wie Rona. Die Züchtung der Spirillen wie der fusiformen Bazillen gelang Rona nicht; die Überimpfung auf Tiere versuchte er nicht, doch suchte er, wie schon Lanz in seiner Arbeit **(1897),** experimentell Stomatitis mercurialis bei Tieren zu erzeugen. Ebenso wie Lanz gelang auch Rona dieser Versuch, und waren analog der menschlichen Stomatitis mercurialis auch beim Tiere in der Affektion die spezifischen Bakterien reichlichst zu finden. Zum Schluß seiner Arbeit führt der Autor die Untersuchung von zwei Fällen von Lungengangrän an und konnte er in beiden Fällen die fusiformen Bazillen und die Spirillen finden und in den Schnitten an der Grenze des nekrotischen Gewebes die fusiformen Bazillen in Reinkultur nachweisen. In den Schlußsätzen verweist der Verf. alle einander so ähnelnden Bakterienformen bei den untersuchten verschiedenen Krankheitsformen in eine Gruppe, doch muß die Identität und Pathogenität dieser Bakterien erst durch die Kultur und durch Tierversuche erwiesen werden. Rona spricht dann noch die Vermutung aus, daß die spezifischen Bakterien, da sie im Speichel de norma vorkommen, durch Übertragung von Speichel an anderen Organen vielleicht ähnliche Prozesse erzeugen können, und verweist dabei auf die gangränösen Prozesse am Genitale.

K. F.

K. Hein (St. Petersburg): **Zur Frage der physikalisch-chemischen Eigenschaften des Urins der neugebornen Kinder und seiner Giftwirkung.**

Die Diurese der neugebornen Kinder erfährt in den ersten 6 Tagen eine allmähliche Steigerung. Bei verschiedenen Kindern ist die 24stündige Urinmenge an einem und demselben Tage erheblichen Schwankungen unterworfen („Russ. med. Rundsch.", Bd. 3, Nr. 3). Die Menge der zugeführten Nahrung übt auf die Diurese einen sehr wesentlichen Einfluß aus. Die anderen Momente, wie z. B. die Nabelunterbindung, die Zahl der mütterlichen Geburten und das Körpergewicht des neugebornen Kindes, spielen dabei eine weit geringere Rolle. Die Nieren der Neugebornen zeigen ein sehr hohes Leistungsvermögen, was sich daraus erschließen läßt, daß die auf 1 *kg* Gewicht in 24 Stunden ausgeschiedene Urinmenge am ersten Tage weit hinter der Norm steht, die für Erwachsene gilt, während am 6. Tage diese Urinmenge bereits dreimal die Norm übersteigt. Das spezifische Gewicht bewegt sich im allgemeinen zwischen 1·001—1·019. Die Durchschnittsgrößen des spezifischen Gewichts erreichen ihr Maximum am 2. Tage (= 1·013) und ihr Minimum am 6. Tage (= 1·003). Die Durchschnittsmengen des Gehalts an NaCl gehen in den ersten 4 Tagen allmählich herunter, am 5. und 6. Tage läßt sich gerade eine Steigerung des Kochsalzgehalts nachweisen. Ein strenger Zusammenhang zwischen der Urinmenge und dem Gefrierpunkte in dem Sinne, daß bei einer erhöhten Urinmenge auch eine entsprechende Steigerung des Gefrierpunktes zu verzeichnen wäre, läßt sich nicht beobachten. Zwischen dem spezifischen Gewicht und dem Gefrierpunkte wird ziemlich häufig ein gewisser Parallelismus nachgewiesen; doch vermögen diese beiden Methoden einander nicht zu ersetzen. Die osmotische Analyse des Harns lieferte folgende Resultate: *a)* Die allgemeine Urinkonzentration, in Grammolekülen ausgedrückt, schwankt zwischen 0·0648 bis 0·0682; *b)* am ersten Tage entfällt $^3/_5$ aus der allgemeinen Konzentration auf elektrolytische Moleküle, am zweiten, dritten und vierten Tage $^2/_5$, am fünften und sechsten Tage $^1/_2$; *c)* an den ersten 4 Tagen überwiegen die organischen Substanzen des Urins unter den dissoziierbaren Substanzen die organischen, am fünften und sechsten Tage ist das Verhältnis gerade umgekehrt; *d)* das Konzentrationsverhältnis der nicht dissoziierbaren organischen Moleküle zur Konzentration der elektrolytischen Moleküle beträgt am ersten Tage 0·69; am zweiten Tage — 1·59; am dritten — 1·63; am vierten — 1·58; am fünften — 1·02; am sechsten — 0·86. Diese Zahlen sind für den Urin der Neugebornen gerade typisch. (Bei den Erwachsenen soll dieses Verhältnis eine konstante Zahl — 0·75 — darstellen.) Der Urin der neugebornen Kinder weist

eine erheblichere Giftigkeitswirkung auf, als der Urin der Erwachsenen. Die Giftigkeit des Urins hängt von der molekulären Urinkonzentration direkt ab. Letztere kann deshalb als Maßstab für die Bestimmung der Giftigkeitswirkung des Urins dienen. L.

DAUWE (Gand): **Über die Bindung des Chlors in der Magenschleimhaut.**

Das Chlor verteilt sich in der Magenschleimhaut durch Diffusion annähernd gleichmäßig zwischen dem die Schleimhaut durchtränkenden und dem Außenwasser. Ein Teil des Cl dürfte in der Schleimhaut in nicht diffusibler Form vorhanden sein, 0·01—0·05%, etwa 10% der gesamten Cl-Menge. Sollte diese Vorstellung richtig sein, so könnte man dem nicht diffusiblen, organischen Chlor eine Bedeutung für die HCl-Sekretion zuschreiben. Aber es bleibt sehr fraglich, ob ein solcher Schluß gestattet ist („Arch. f. Verdauungskrankh.", 1905, Bd. 11, H. 2). Bei der großen Langsamkeit, mit der auch anorganische Stoffe, abgesehen von etwaiger spezifischer Absorption durch Kolloiden, aus einem gequollenen Substrat herausdiffundieren, bleibt der Einwand möglich, daß die beobachtete Differenz trotz der anscheinend erreichten Konstanz im Chlorgehalt des Außenwassers auf einem unvollkommenen Ausgleich der Konzentration beruht. Diese Vorstellung wird noch durch folgende Erwägung gestützt: Die durch Kochen abgetötete und koagulierte Mukosa gibt nicht mehr ab, als die nicht erhitzte. Wenn es sich um organisches Cl handelte, so müßte man daraus folgern, daß die vermutete organische, nicht diffusible Verbindung durch Erhitzen nicht zerlegt werde; diese Stabilität läßt sich aber mit der physiologischen Bedeutung einer solchen Cl-Verbindung als Vorstufe der HCl nicht gut in Einklang bringen. Soll sie bei der Bildung der Salzsäure beteiligt sein, so ist zu erwarten, daß sie sehr zersetzlich ist. Doch läßt sich in dieser Frage derzeit keine entschiedene Meinung aussprechen. B.

ERICH MEYER (München): **Über Diabetes insipidus und andere Polyurien.**

Unter Diabetes insipidus versteht man eine primäre Polyurie, die durch die Unfähigkeit der Niere, einen Harn von normaler Konzentration zu liefern, bedingt ist. Infolge dieser Störung braucht der Diabetes insipidus-Kranke zur Entfernung der harnfähigen Stoffwechselendprodukte größere Wassermengen als der Normale. Da er auf Änderungen der Ernährung nicht wie dieser oder nur ganz ungenügend mit Änderung der Harnkonzentration reagieren kann, so muß er, um das Gleichgewicht seiner Körpersäfte zu erhalten, mit größeren Schwankungen der Harnmenge antworten als der Gesunde („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 83, H. 1 u. 2). Durch das Verhalten gegenüber vermehrter zugeführter Salzmenge unterscheidet er sich von dem Patienten mit primärer Polydipsie, dessen Nieren die normale Konzentrationskraft besitzen. Während er mit dem Nierenkranken, der an interstitiellen oder pyelitischen Prozessen leidet, die Unfähigkeit teilt, einen konzentrierten Harn zu liefern, unterscheidet er sich von ihm durch die größere Konstanz der Harnkonzentration und die promptere und gleichmäßige Ausscheidung der gelösten Bestandteile. Theocin bewirkt beim Diabetes insipidus eine Erhöhung der Konzentration ohne Steigerung der Harnmenge. Seine Wirkung kann nicht durch Störung der Rückresorption erklärt werden. Die als phosphorsaures Natrium zugeführte Phosphorsäure wird ohne Vermehrung der Harnmenge vom Normalen und Diabetes insipidus-Kranken ausgeschieden. G.

P. F. RICHTER (Berlin): **Experimentelles über Nierenwassersucht.**

Aus den Untersuchungen RICHTERS („Berliner klin. Wochenschrift", 1905, Nr. 14) ergibt sich eine wichtige Folgerung für die Praxis zur Verhütung und Behandlung der Wassersucht, wenigstens bei der akuten Nephritis. Sie gipfelt darin, der Regelung der Flüssigkeitszufuhr eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken, wie dies neuerdings SENATOR („Die Menge der gesamten Flüssigkeitszufuhr ist bei starkem Hydrops möglichst zu beschränken"), V. NOORDEN, KÖVESI und ROTH-SCHULZ betonen. Ob die vermehrte Flüssigkeitsmenge bei chronischer Nephritis wirklich das Herz zu sehr belastet und dadurch die Gefahr einer Herzmuskelinsuffizienz erhöht, wie manche Autoren anzunehmen geneigt sind, diese Frage bleibt außerhalb der Diskussion. Aber darüber kann nach Verf.s Versuchen kein Zweifel mehr sein, daß reichliche Aufnahme von Flüssigkeit in irgend welcher Form nicht die Zerfallsprodukte in größerer Menge aus dem Körper entfernt, daß sie den Nierenverschluß nicht sprengt, sondern sich das Wasser nur im Körper anstaut und die Neigung zu Hydropsien befördert. Das gilt, wie gezeigt wird, auch für die so beliebte reine Milchdiät bei akuten Nierenentzündungen und für die Darreichung von Mineralwässern. Jedenfalls ist dieser Punkt bei der diätetischen Behandlung der Nephritiden mit Wassersucht weit mehr zu beachten, als die neuerdings in den Vordergrund gestellte Berücksichtigung des Kochsalzgehaltes der Nahrung resp. der dadurch veränderten osmotischen Druckverhältnisse. B.

URY und **LILIENTHAL** (Berlin): **Über Albumosurie bei Magendarm-Erkrankungen, speziell Karzinomen.**

Zwei Dritteile aller Karzinomfälle zeigen positive Albumosenreaktion; doch ist zu bemerken, daß die zu verschiedenen Zeiten bei einem und demselben Fall gewonnenen Resultate voneinander abweichen. In seltenen Fällen und nicht andauernd ist Albumosurie bei gutartigen Magendarmkrankheiten anzutreffen („Arch. f. Verdauungskrankheiten", 1905, Bd. 11, H. 1). Die enterogene Albumosurie im Sinne MAIXNERS erscheint durchaus unwahrscheinlich; zur Erklärung des Vorkommens von Albumosurie bei Karzinomen des Intestinaltraktus ist der histogene Ursprung heranzuziehen; jedoch ist zu bemerken, daß auch bei weit vorgeschrittenen, zerfallenen Karzinomen Albumosurie fehlen kann. Eine die Diagnose als zweifellos dokumentierende Bedeutung kommt dem Albumosennachweis im Urin bei Karzinomen des Intestinaltraktes nicht zu. Wohl aber kann der Nachweis derselben bei mehrfach deutlich positivem Ausfall der Reaktion den Verdacht auf ein malignes Leiden wesentlich bestärken. Ein abnorm häufiges Vorkommen von Albumosurie bei fieberhaften Erkrankungen erscheint durchaus wahrscheinlich. L.

J. BENCE (Budapest): **Klinische Untersuchungen über die Viskosität des Blutes bei Störungen der CO_2-Ausscheidung.**

Verf. fand: Die Viskosität des Blutes steigt und fällt mit seinem Gehalte an Kohlensäure. Dieser Zusammenhang wird durch Volumveränderungen und Veränderungen der Oberfläche der Blutkörperchen vermittelt, welche diese unter Kohlensäureeinwirkung erleiden („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 15). Der Zusammenhang zwischen der Viskosität des Blutes und dessen Kohlensäuregehalt läßt sich auch im kreisenden Blute nachweisen. Eine Kohlensäureüberladung des Blutes belastet durch die Vermittlung der zunehmenden Viskosität das Herz. Ist die Kohlensäureüberladung die Folge einer Herzinsuffizienz, so trägt sie zu einer nachweisbaren Herabsetzung der Zirkulationsgeschwindigkeit bei. Sauerstoffeinatmungen setzen in geeigneten Fällen die Viskosität des kohlensäurereichen Blutes durch die Begünstigung der Kohlensäureaustreibung herab. Folglich kann das insuffiziente Herz in gewissen Fällen durch Sauerstoffinhalationen mehr oder weniger entlastet werden. Eine entschiedene Beeinflussung der Viskosität des Blutes durch die Diät konnte beim Menschen in B.'s Untersuchungen nicht erreicht werden. B.

P. I. BUCHMANN (Moskau): **Über die sogenannte aseptische Behandlung der eitrigen Wunden.**

Auf dem letzten PIROGOFFschen Kongreß waren die Ansichten über die Aseptik verschieden. Das Wesen der Aseptik — sagen die Anhänger — bestehe darin, daß man bestrebt ist, die Wunde so wenig wie möglich zu verunreinigen und Verhältnisse zu schaffen, die das Zustandekommen einer Infektion erschweren und die Vitalität der Zellen des Organismus unterstützen. BUCHMANN hat 8 Jahre

lang die aseptische Behandlungsmethode in der chirurgischen Abteilung zweier Hospitäler angewendet („Wratschebnaja Gazetta“, 1904, Nr. 42), die bei weitem keine idealen Verhältnisse aufweisen, da es in denselben unmöglich ist, nicht eiternde von eiternden Kranken abzusondern. Die Resultate der aseptischen Behandlung haben sich als sehr günstig erwiesen. Innerhalb eines Zeitraumes von 8 Jahren sind nur 25 Fälle von Erysipel vorgekommen, wobei nur in fünf Fällen die Wunde der Ausgangspunkt des Erysipels war. Das Verbandmaterial wurde nur in sterilisiertem Zustande angewendet; B. berührt die Wunde mit den Fingern möglichst nicht, indem er sämtliche Manipulationen mittelst einer unmittelbar vorher ausgekochten Pinzette ausführt. Antiseptische Substanzen wurden gar nicht angewendet; zur Steigerung der Chemotaxis hat BUCHMANN in weitem Maße Wärme in Form von Gummiblasen mit heißem Wasser sowie in Form von warmen Umschlägen und feuchten Verbänden mit Sodalösungen angewendet. Alles in allem gelangt BUCHMANN zu dem Schlusse, daß man die antiseptischen Substanzen, die nur schaden, ohne Schutz vor Bakterien zu gewähren, verwerfen müsse: die aseptische Behandlungsmethode könne unter den ärmlichsten Verhältnissen angewendet werden und verdiene die weiteste Verbreitung. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die **operative Sterilisation der Frau** darf nach KÜSTNER („Monatschr. f. Geb. u. Gyn.“, Bd. 21) nie auf Wunsch der Patientin allein vorgenommen werden, sondern muß streng indiziert sein. Nur sicher vorauszusehende Gefahren bei einer eintretenden Schwangerschaft können mit Einverständnis von Mann und Frau im Anschluß an andere Operationen zur Vornahme der Sterilisation berechtigen. Die beiden Tuben müssen dabei in ihrer ganzen Länge reseziert, der interstitielle Teil der Tube aus dem Uterus tief und keilförmig exzidiert und die Wunde sorgfältig geschlossen werden. Dies ist am sichersten und besten durch den Bauchschnitt zu erreichen. Verf. nahm zweimal die Sterilisation im Anschluß an Vaginifixur vaginal vor, entfernte durch flache Exzision ein 1 und 2—3 *cm* langes Stück vom uterinen Ende der Tube und vernähte die Wunde. In beiden Fällen trat zirka 1 Jahr später Schwangerschaft ein, was dadurch zu erklären ist, daß nach Vernarbung der Wunde und Resorption der Fäden das uterine Tubenstück für Sperma und Ei wieder wegsam wurde.

— Über 140 neue Fälle von **Rachi-Stovainisation** berichten L. KENDIRDJY und V. BURGAUD („Allg. med. Zentr.-Ztg.“, 1905, Nr. 24). Die Maximaldosis für Operationen unterhalb der Weichen betrug höchstens 0·05 *g*; Verff. sind in der Regel mit 0·04 *g* ausgekommen. Bei kleinen Eingriffen in die äußeren Genitalien und am Damm, so beispielsweise bei Zirkumzisionen, genügten sogar oft 0·03 *g*, jedenfalls ist eine Differenz von einem Zentigramm durchaus nicht als unwesentlich zu betrachten. Einen Mißerfolg konnte man nicht beobachten, so daß man also wohl mit Sicherheit behaupten kann, daß es gegen Stovain refraktäre Kranke nicht gibt und daß Mißerfolge keiner Idiosynkrasie, sondern einer fehlerhaften Technik zuzuschreiben sind. Mit der Anästhesie fällt häufig, aber nicht immer, Paralyse der unteren Gliedmaßen zusammen. Eigentümlich ist die lange Dauer der spontanen Anästhesie. Die Nebenwirkungen des Stovains sind: Erbrechen und Temperatursteigerungen; starke Transpiration. Niemals trat Harnverhaltung ein.

— Zur **Repositionstechnik der eingeklemmten Hernien** berichtet FISCHER („Therap. d. Gegenw.“, 1905, Nr. 3). Ist Pat. mit erhöhtem Becken und mäßig adduziert-flektierten Schenkeln gelagert, die Haut in der Umgebung des Bruches mit Vaselin bestrichen und mit Watte reichlich bedeckt worden, so richtet man einen Anästholstrahl mehrmals auf die Mitte des Bruches und, ehe sich diese weißlich verfärbt hat, ringsum weiter bis zur Bruchpforte. Durch die insgesamt 1—2 Minuten dauernde intensive Kälte verdichten sich sofort Haut, Gewebe, Gefäße und Gase im ausgetretenen Darm. Indem man nunmehr nach BENNO SCHMIDT zwischen Daumen und den übrigen Fingern der linken Hand die Bruchpforte von außen fixiert und zwischen Daumen und dem Zeige-, Mittel- und Ringfinger der rechten Hand jedesmal nur den der Bruchpforte zunächst gelegenen Darmteil vorsichtig und langsam zurückzuschieben sucht, wird man finden, daß oftmals die Taxis gelingt, während man zuvor ohne Spray die Reposition nicht zu bewerkstelligen vermochte. Ist die Einklemmung frisch, so hat man jedenfalls eine Malträtierung des Bruches zu unterlassen und durch den Spray eher eine Minderung als eine Steigerung der Entzündung erzielt, Momente, welche die beste Prognose gestatten.

— Über **Maretinanwendung bei Polyarthritis rheumatica** berichtet SOBERNHEIM („Deutsche med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 15). Das Maretin hat sich Verf. in einem sehr schweren Falle vorzüglich bewährt. Zur Heilung der gonorrhoischen Arthritis scheint es sich ebensowenig wie die übrigen Antipyretika zu eignen. Die antineuralgische Wirkung des Maretins bei Kopfschmerzen ist zweifellos; es leistet daher auch bei Schlaflosigkeit infolge neuralgischer Beschwerden und bei Kranken mit subfebrilen Temperaturen oft gute Dienste. Das Maretin hat wohl als Antipyretikum, Antirheumatikum und Antineuralgikum dieselben lokalen Angriffspunkte, wie die übrigen sogenannten Antipyretika, es birgt aber stärker wirkende Heilfaktoren in sich und läßt somit jedenfalls schnellere und schönere Erfolge zu als die anderen üblichen Mittel.

— Über **perkutane Wirkung eines Schlafmittels** (Isopral) berichtet FOERSTER („Münchener med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 20). Das Isopral, ein schön kristallisierter Körper, der in Wasser, Alkohol, Äther und Öl löslich ist, verfliegt ähnlich wie Kampfer schon bei gewöhnlicher Temperatur, und es war daher schon von vornherein anzunehmen, daß es vermöge seiner größeren Flüchtigkeit die Haut leichter als andere Hypnotika durchdringen würde. Als zweckmäßig und hinreichend konzentriert stellte sich folgende Mischung heraus, in der sich das Isopral leicht in der Kälte lösen läßt:

Rp. Ol. Ricini,
Alcoh. abs. . . . . aa. 10·0
Isopral . . . . 30·0

Diese Zusammensetzung wurde meist verwendet, doch ist auch eine stärkere Konzentration möglich. Ältere Lösungen scheinen an Wirksamkeit zu verlieren. Die Applikation geschieht in der Weise, daß das gewünschte Quantum der Isoprallösung auf die Körperhaut — des Oberarmes und bei mageren Personen des Oberschenkels — eingerieben wird, und zwar nicht zu lange, damit keine stärkere Verdunstung eintritt. Hierauf wird die ganze benetzte Hautpartie sofort mit Guttapercha bedeckt, das mit einer Binde in seiner Lage befestigt wird. Diese Bedeckung wird nicht vor Ablauf von 1 bis $1^1/_2$ Stunden entfernt. Nur nach dem Gebrauch einer Mischung von: Isopral 5·0, Vasogen. spiss. 2·5, Alcoh. absol. gtt. X beobachtete Verf. einige Male leicht schmerzende, fleckartige Rötungen der Haut. Über 5·0 Isopral, 2mal pro die, ist FOERSTER nicht hinausgegangen. Bei einem Drittel der Versuchspersonen war ein positiver Erfolg zu verzeichnen, bei einem Viertel war er weniger ausgesprochen und beim Rest erwies er sich als fraglich oder negativ. Dosen unter 2·5—3·0 haben im allgemeinen keinen bemerkenswerten Einfluß; bei Unruhezuständen muß man bis auf 4—5 *g* steigen. Der Schlaf tritt in der Regel nicht vor Ablauf von $^1/_2$—2 Stunden ein und hält verschieden lange, durchschnittlich 4—7 Stunden, an.

— Das Magnesiumsuperoxyd **Hopogan** verhält sich bei Magen- wie Darmerkrankungen als ein inneres Antiseptikum (ROBIN, „Bull. de la Soc. de Thérap.“, 1905, Nr. 6). Wir können daher dieses Präparat anderen für diesen Zweck bestimmten Arzneistoffen würdig anreihen. Man verordnet 1 *g* Hopoganpulver, zunächst um die Magenfermentationen zum Stillstand zu bringen; hierauf wird das Mittel in Form von Keratin-Pillen eingenommen, damit es direkt im Darm seine antiseptische Wirkung entfalte. In wenigen Tagen verlieren die Fäzes den fötiden Geruch und die Zahl der Stuhlgänge sinkt auf zwei in 24 Stunden.

— Die therapeutische **Wirkung des natürlichen Schweinemagensaftes** bei Mageninsuffizienz bespricht HEPP („Gaz. d. hôp.“, 1905, Nr. 25). Die Gewinnung des Magensaftes geschieht durch einseitige Ausschaltung des Magens (am Ösophagusende) und Anlegung einer Fistel; der Pylorus wird offen erhalten, so daß der Magen, wie im normalen Zustande, sezernieren und seine Sekrete weiter befördern kann. Die Wirkung dieses Saftes beruht in der Anregung der aufgehobenen oder veränderten Drüsensekretion, ist

also weder in der freien Salzsäure, noch im Pepsin, sondern in einer dritten, noch nicht bekannten Substanz vorhanden. Die Wirkung ist immer eine sehr rasche, manchmal mit den ersten Dosen eintretende; eine augenfällige Besserung tritt aber stets nach 10, höchstens 14 Tagen ein; der Saft wird eßlöffelweise bei jeder Mahlzeit gegeben. Er ist besonders angezeigt bei schwerer Gastritis mit verminderter Salzsäureausscheidung, bei chronischer Diarrhöe, bei den gastrischen Störungen der Säuglinge (zur Zeit der Entwöhnung) und bei jenen der Tuberkulösen; ohne Einfluß ist er in allen Fällen, wo das Magenleiden von einer anatomischen Zerstörung der Magenschleimhaut begleitet ist, bei Magenkrebs, Pädatrophie im letzten Stadium oder wenn es von einer Zirkulationsstörung herrührt, wobei stets die normale Funktion der Magenschleimhaut ausgeschaltet ist.

— Das **Triferrin** ist ein organisch an die Paranukleinsäure gebundenes Eisen (v. Matzner, „Heilk.", 1905, Nr. 4). Es ist im hohen Grade resorptionsfähig. Die Resorptionsfähigkeit desselben wird bewiesen: *a)* durch mikrochemischen Eisennachweis in den zur Resorption bestimmten Organen, *b)* durch die Aufspeicherung von Eisen in Leber und Milz, *c)* durch Vermehrung organisch gebundenen Fe in Form von Harneisen, *d)* durch Aufspeicherung überschüssigen Eisens im Eidotter. Triferrin wirkt anregend auf die zur Blutregeneration dienenden Organe. Beweis: *a)* Vermehrung der Normoblasten in der Milz, *b)* Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute. Triferrin wirkt infolge seines Fe-Gehaltes heilend auf Chlorosen und Anämien (Zunahme des Hämoglobins und der Erythrozyten). Triferrin ist imstande, infolge seines Fe- und P-Gehaltes günstig auf neurasthenische Zustände einzuwirken (Herabsetzung des vorher pathologisch erhöhten Blutdrucks).

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Physiologie des Menschen in vier Bänden. Herausgegeben von **W. Nagel** in Berlin. 3. Band, 2. Hälfte. Physiologie der Sinne. Braunschweig 1905, F. Vieweg & Sohn.

Der vorliegende Teil dieses in jeder Hinsicht hervorragenden Werkes, in dessen Bearbeitung sich Autoren, wie Bohr, du Bois-Reymond, Boruttau, O. Frank, v. Frey, F. B. Hofmann, v. Kries, Langendorff, Nagel, Pawlow, Schäfer, Tigerstedt, Thunberg, Zoth u. a. teilen, enthält „Augenbewegungen und Gesichtswahrnehmungen" von Zoth, „Ernährung und Zirkulation des Auges" von O. Weiss, „Gehörsinn" von Schäfer, „Geruchssinn, Geschmackssinn, Lage-, Bewegungs- und Widerstandsempfindungen" von Nagel, „Druck-, Temperatur- und Schmerzempfindungen" von Thunberg. Wer tief in die Lehren der Physiologie eindringen will, wer erfahren will, wie sich die Physiologie von heutzutage mit ihren gewaltigen, bahnbrechenden Errungenschaften in den Köpfen bedeutender Zeitgenossen widerspiegelt, wer erkennen möchte, wie sich Physiologie jenseits der unzulänglichen Studentenlehrbücher naturwissenschaftlich, d. h. im Zusammenhange mit Zoologie, Anatomie, Pathologie, Psychiatrie, Ophthalmologie etc. darstellen läßt, dem sei die Anschaffung dieses neuen Handbuches wärmstens empfohlen. Br.

Augenärztliche Winke für den praktischen Arzt. Von **Prof. Dr. Otto Schwarz** in Leipzig. Leipzig 1904, F. C. W. Vogel. 47 Seiten.

Schwarz versucht es, durch Aufstellung einer nicht allzu großen Anzahl von Winken und Grundregeln dem ärztlichen Praktiker zur Gewinnung eines möglichst sicheren Urteils darüber behilflich zu sein, was die Augenheilkunde leisten kann und wie weit der praktische Arzt selbst auf Grund seiner Kenntnisse in der Verwertung der Lehren der Augenheilkunde zuständig ist, so daß er sich vor positiven Kunstfehlern und auch vor bloßen Unterlassungsfehlern genügend sicher bewahren und seinen Kranken möglichst viel nützen kann. Für den Zweck, möglichste Kürze erstrebend, sind die „Winke" in drei verschiedene Gruppen eingeteilt, und zwar nach diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Gesichtspunkten. Namentlich sind auch einige erprobte therapeutische Neuerungen, welche in den sonstigen üblichen Lehrbüchern nicht zu finden sind, in dieser Arbeit enthalten. Das Büchlein ist nicht für den Augenarzt, sondern für den praktischen Arzt bestimmt und für letzteren auch empfehlenswert. Bondi-Iglau.

Über die Grenzen der Übertragbarkeit der Tuberkulose durch Fleisch tuberkulöser Rinder auf den Menschen. Von **Stabsarzt Dr. M. Westenhoeffer.** Berlin 1904, August Hirschwald.

Verf. untersucht in der vorliegenden, sehr interessanten Schrift die Frage, inwieweit das Fleisch tuberkulöser Rinder Tuberkelbazillen enthält, welche imstande sind, Tuberkulose zu übertragen. Unter Berücksichtigung aller Kautelen exakt durchgeführte Versuche zeigen, daß das Fleisch von Rindern mit so starker allgemeiner Tuberkulose, daß es nach den in Deutschland bestehenden Vorschriften der Abdeckerei überwiesen werden mußte, entweder gar keine oder doch nicht so viele Tuberkelbazillen enthält, um, subkutan dem tuberkuloseempfänglichsten Tiere (Meerschweinchen) einverleibt, Tuberkulose zu erzeugen. Dagegen ist das Fleisch von einem Tier mit akuter Miliartuberkulose in hohem Grade tuberkelbazillenhaltig. Auf Grund dieser Versuche und der bereits vorliegenden Literatur empfiehlt daher Verf., das Fleisch von Rindern mit lokaler oder bereits abgelaufener generalisierter Tuberkulose nach Entfernung der erkrankten Teile dem freien Verkehr zu übergeben, hingegen das Fleisch von Rindern mit akuter Miliartuberkulose oder mit den Zeichen einer frischen Generalisation oder von solchen Tieren, bei welchen die Tuberkulose bereits zu Abmagerung oder Veränderung des Fleisches geführt hat, zu vernichten oder technisch zu verwerten. Dr. S.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

IX.

Thiem (Cottbus): **Über die Größe der Unfallsfolgen bei unblutiger und blutiger Behandlung der subkutanen Querfraktur der Patella.**

Vortr. gibt zuerst einen geschichtlichen Rückblick auf die bisherigen Behandlungsarten der Patellarfraktur, von denen Lossen 1888 bereits 25 Arten zusammengestellt hat und die jetzt, wie er annimmt, wohl versechsfacht sein mögen. Eins muß jetzt, so führt er aus, bei jeder Behandlungsart festgehalten werden, daß das Ligamentum patellae inferius nicht das einzige Halteband ist, daß die Kniescheibe, wie wir es oft angeboren sehen, ohne besondere Hinderung im Streckapparat überhaupt fehlen kann. Redner erwähnt dann die Verfahren, die man jetzt nicht mehr anwendet, die große Bedeutung der offenen Nahtbehandlung, die Einführungsgeschichte der verschiedenen Nahtmaterialien, die Art der Nähte, Knochen- oder prä-, para-, retropatellare Naht und deren Kombinationen, dann die subkutanen Verfahren, die Cerclage etc. Er hat von 12 Fällen mit prä- und parapatellarer Naht 11mal tadellose knöcherne Vereinigung erzielt. Die subkutanen Verfahren dagegen hält er nicht für vorteilhaft, eher nachteilig; denn einmal seien sie nicht rein subkutan, dann geben sie keinen Überblick, keine Möglichkeit, Blutgerinnsel und Muskelfetzen fortzuschaffen.

Frühzeitige Massagebehandlung sei durchaus zu empfehlen, aber man solle nicht glauben, daß man dadurch zur knöchernen Heilung beitragen kann. Für ein gutes prognostisches Zeichen, daß man eventuell auch ohne Naht auskommen kann, hält er es, wenn der Patient das Bein mit gestrecktem Knie emporheben kann. Man wird, um sicher zu gehen, gut tun, ihn, an der großen Zehe anfassend, dabei suggestiv zu unterstützen. Wenn nun berücksichtigt wird, daß von im ganzen 321 blutig behandelten Fällen 3, aber von 223 unblutig behandelten 6 an Erysipel, hypostatischer Pneumonie, metastatischer Pleuritis und Lungentuberkulose gestorben sind, so kann man daraus wohl den Schluß ziehen, daß die offene Naht die Gefahren vermindert, weil man die Patienten früher aufstehen lassen kann. Der größte Wert muß auf knöcherne Verwachsung gelegt werden, denn mit bindegewebiger Verwachsung können die Leute nicht knien. Wenn Körte an einem Fall, bei dem eine Seite bindegewebig, die andere knöchern geheilt

war, beweisen will, daß Patienten mit bindegewebiger und Nahtheilung besser gehen können als mit knöcherner, so beweist das nur, daß die knöcherne Seite noch schlechter geheilt ist als die bindegewebige. Diese Heilungen müssen stets das Gefühl der Unsicherheit geben. Es kommt auch nicht selten vor, daß die bindegewebigen Brücken bei weiteren Stürzen mehreremal zerreißen. Redner vergleicht dann noch die Renten der genähten und nicht genähten Fälle und legt dar, daß die letzteren den Versicherungen das Doppelte mehr an Zeit und Geld gekostet haben. An genau aufgestellten Tabellen weist er schließlich nach, daß die Naht der Patella 2—3fach soviel Heilungen aufzuweisen hat als die unblutige Behandlung.

Die Erfahrungen der v. Bergmannschen Klinik legt **Bockenheimer** (Berlin) dar, die darin gipfeln, daß selbst durch den exaktesten Verband eine genaue Adaption der Fragmente nicht möglich ist, weil das untere Fragment nach vorn disloziert wird und so höchstens die Bruchfläche des oberen Stückes mit der hinteren Fläche des unteren in Berührung gebracht werden kann. Daher wird von v. Bergmann stets die Naht gemacht. Die Fragmente werden oft aufgefrischt, die Bohrlöcher werden schräg, nicht in das Gelenk hinein angelegt und die Stücke mit Aluminium-Bronzedraht vereinigt. Es folgt die Naht des Bandapparates. Zwei Nebeninzisionen zur Nachbehandlung werden für wichtig angesehen. 8 Tage lang bleibt ein Gipsverband liegen, dann wird die Massagebehandlung eingeleitet, doch ist v. Bergmann ein Gegner forcierter passiver Bewegung und Anwendung mediko-mechanischer Apparate. Von 45 blutig behandelten Fällen ist so 39mal knöcherne, 3mal bindegewebige Vereinigung eingetreten, von 10 unblutig behandelten nur die Hälfte knöchern vereint. Redner demonstriert dann noch einige Röntgenbilder und Patienten.

Körte (Berlin) und **Trendelenburg** (Leipzig) empfehlen nur die Naht. Ersterer hält das Treppensteigen für ein gutes Kriterium der Funktion, letzterer die tiefe Kniebeuge für ein besseres.

Schmidt (Breslau) ist im Hinblick auf die Resultate der Breslauer Klinik der Meinung, daß man auch mit dem unblutigen Verfahren recht gute Resultate erzielen kann, wenngleich die Naht im Prinzip als das sichere Verfahren vorgezogen werden soll.

Schlange (Hannover) hält es für unnötig, die Fragmente anzufrischen. In Hinsicht auf die Invaliditätsfrage und die funktionellen Resultate überhaupt glaubt er behaupten zu können, daß die nicht versicherten Personen durchweg besser heilen als die versicherten.

Kocher (Bern) will nur die Naht mit Ausnahme der Fälle, wo der Streckapparat erhalten ist und auch bei alten kränklichen Personen, selbst wenn der Streckapparat nicht ganz funktioniert. Denn hier erlebt man nicht selten trotz aller A- und Antiseptik Eiterungen. Großen Wert legt er auf exakte seitliche Kapselnaht und lange Schonung vor einer Refraktur.

König (Berlin) hält die Technik der Naht für sehr wichtig. Die kürzeste Zeit soll die Operation dauern, daher bevorzugt er den Querschnitt und breite Öffnung. Er warnt vor der Drainage, das Knie soll vollkommen geschlossen werden. Mit Bewegungen soll möglichst bald begonnen werden.

Mayer (Brüssel) berichtet über 15 von Depage operierte Fälle von Patellarfraktur, welche sämtlich in einem Zeitraum von 1—3 Monaten geheilt wurden. In einem Fall wurde nur die fibröse Kapsel nach Lambotte-Vallas mit Catgut vernäht; in den anderen Fällen die „Cerclage" mit einem Bronzedraht ausgeführt. Stets wurde eine breite Arthrotomie der Fixierung der Fragmente vorausgeschickt. Vortr. hebt besonders hervor, daß dieses von Berger und Barker 1892 angegebene Verfahren den subkutanen Methoden und der Knochennaht wegen seiner Sicherheit, seiner technischen Einfachheit und der Möglichkeit, auch bei Bestehen mehrerer Fragmente ausgezeichnete Resultate zu erzielen, den Vorzug verdient.

Riese (Britz) demonstriert einige Patienten, **Bertelsmann** (Kassel) rühmt die von Mayer angegebene Naht und **Roloff** (Halle) berichtet über die Erfahrungen der Oberstschen Klinik.

Lauenstein (Hamburg) empfiehlt die periostale versenkte Naht, die er deshalb vorzieht, weil er bei Eröffnung einige Male Ankylosen erlebt hat. Zu lange liegende und zerstörte Silberdrahtnaht hat er oft wandern sehen.

Neumann (Berlin) betont ebenfalls die Notwendigkeit, die Naht nur durch die Bruchfläche zu legen, und hält ein Glätten oder Curettieren der Bruchfläche für unvorteilhaft, weil die kleinen Knochenunebenheiten gerade eine genauere Adaption der Fragmente ermöglichen.

XIV. Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft.

Homburg v. d. H., 9. und 10. Juni 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

III.

R. Hoffmann (Dresden): **Fall von doppelseitiger akuter genuiner Otitis.**

Aus dem Eiter des Warzenfortsatzes Diplococcus lanceolatus. Bei der Sektion: Eitrige Meningitis, große Hirnhaut- und Hirnblutung. Kleine Thromben im Längs- und in den Querblutleitern. Sinus sigmoideus und Bulbus venae jugularis frei von Thrombose. Lungenabszeß, eitrige fibrinöse Entzündung der äußeren Herzbeutelfläche und des linken Brustfells. Im Eiter der Perikarditis ebenfalls Diplokokkus. Vortr. deutet den Fall als Pyämie durch Bakteriämie. Lungenabszeß ist möglicherweise von den Thromben aus entstanden, die nicht mit der Otitis zusammenhängen, sondern Kompressionsthromben sind infolge der starken Hirn- und Hirnhautblutung.

Rudolf Pause (Dresden): **Die klinische Untersuchung des Gleichgewichtssinnes.**

Pause betont, daß bei Labyrinthleiden darauf zu achten ist, daß stets eine bestimmte Lage oder Bewegungsrichtung vorgetäuscht wird. Z. B. wird bei Reiz der lateralen Ampulle die subkortikale Vorstellung erweckt, als drehe sich das Gesichtsfeld nach der kranken Seite. Die Augen folgen dieser Bewegung langsam und kehren mit schnellem Ruck in die Anfangsstellung zurück; die Empfindung ist eine Bewegung des Körpers nach der Gegenseite; bei genügender Stärke des Reizes wird der Körper nach rechts geworfen. Die verbessernden Bewegungen gehen nach der gesunden Seite. Entsprechend sind die Folgen des Reizes der anderen Nervenstellen. Es ist deshalb bei der Schilderung der Gleichgewichtsstörungen anzugeben, wohin die schnellen Schläge des Nystagmus gerichtet sind, wohin der Körper bewegt oder als bewegt empfunden wird. Ausdrücke wie „Schwindel-Nystagmus" genügen nicht als Bezeichnung genauer Diagnose.

Eschweiler (Bonn): **Demonstration zur pathologischen Histologie des Stirnhöhlenempyems.**

Vortr. berichtet an der Hand der mikroskopischen Präparate und danach angefertigten Tafeln über die Untersuchung von 4 Fällen von chronischem Empyem der Stirnhöhle. Es wurde die Schleimhaut der Vorderwand, in einem Fall auch diejenige der Hinterwand und der Knochen der frontalen Wand untersucht. Während der Knochen nur wenig pathologisch-anatomische Veränderungen zeigte, war die Schleimhaut stets hochgradig verdickt, zellig infiltriert und mehr oder weniger papillär degeneriert. Es ließen sich an den vier zur Beobachtung gelangten Fällen die anatomisch zu untersuchenden Typen feststellen, denen auch klinisch die verschiedenen Formen der Erkrankung entsprachen.

G. Krebs (Hildesheim): **Zur Karies der medialen Paukenwand.**

Krebs schließt aus Fällen, bei welchen vor der Totalaufmeißelung des Mittelohrs die gut übersichtliche mediale Paukenwand gesund war, nachher aber Karies aufwies, daß es eine artifizielle Karies der medialen Paukenwand gibt. Ursache derselben sind erstens Fehler bei der Operation, zweitens bei der Nachbehandlung; ad 1: Direkte Verletzung mit dem Meißel, versehentliches Zurücklassen von Knochensplittern in der Pauke, Druck mit Stackes Schützer, Anwendung des scharfen Löffels in der Paukenhöhle; ad 2: Zu feste Tamponade, zu wenig tiefe Tamponade, zu häufiger Verbandwechsel, Ätzungen des gesunden Mukoperiost, namentlich durch Chromsäure. Zum Schluß spricht Vortr. über die Ätiologie der genuinen Karies der medialen Paukenwand sowie über die Therapie.

Haug (München): **Zur konservativen Behandlung der Rezessuseiterungen.**

Haug behandelte 98 Fälle von Rezessuseiterung mit einer bestimmten Methode, von denen 64 zur Ausheilung gelangten innerhalb 10—30 Tagen. Sie besteht aus Ausspülungen der Rezessusöffnung zunächst mit übermangansaurem Kali oder Borsäure, hierauf Austrocknung mit Watte, sodann Injektion von einer Lösung von Perhydrol 10·0 auf Alkohol und Glyzerin aa. 20·0 durch die Paukenröhre. Diese Lösung bleibt 15 Minuten im Ohr. Hernach Einpinselung oder Einbringung von Jodi puri 1·0, Kali jodat. 1·0, Glyzerin 10·0. Nicht wieder abwischen; Einlage von Gaze. Das Verfahren wird höchstens dreimal wiederholt in Zwischenräumen von je 5—10 Tagen. Hat sich bis zum 2. oder 3. Male die Heilung noch nicht eingestellt, so ist es zu verlassen.

Fr. Alexander (Frankfurt a. M.) berichtet über **zwei seltene Fälle von Augenkomplikationen bei Nebenhöhlenempyem.**

I. 41jähriger Mann erkrankt nach Influenza an einem akuten Rezidiv eines Empyems der linken Keilbeinhöhle und des rechten hinteren Siebbeinlabyrinthes mit beiderseitiger Papillitis. Breite endonasale Eröffnung führt zu vollkommener Beseitigung der Sehstörung. II. 13jähriges Mädchen mit linksseitigem Empyem der Kieferhöhle und vorderen Siebbeinzellen bekommt am rechten Auge einen Glaskörperabszeß. Eröffnung der Kieferhöhle und Siebbeinzellen führt zur Resorption des Glaskörperabszesses unter Hebung der Sehschärfe von Fingerzählen auf 0·5 *m* bis S = $^{4}/_{10}$. Verf. faßt diese Komplikation als Metastase auf und konnte in der Literatur hierfür kein Analogon finden.

Manasse (Straßburg) demonstriert mikroskopische Präparate von beiden Labyrinthen eines durch Kopftrauma 15 Jahre vor dem Tode

ertaubten Mannes. Man sieht auf beiden Seiten fast genau symmetrisch eine Fissur im Promontorium und Stapes. Interessant ist, daß jetzt nach 15 Jahren keine knöcherne, sondern nur bindegewebige Verlötung der Frakturstellen erfolgt ist, dagegen ausgedehnte Bindegewebs- und Knochenneubildung im Vestibularapparat und in der Schnecke, fernerhin Atrophie des CORTIschen Organs, des Ganglion cochleare sowie Degenerationsherde im Stamm des N. acusticus.

Notizen.

Wien, 22. Juli 1905.

(Oberster Sanitätsrat.) In der am 15. Juli d. J. abgehaltenen Sitzung des Obersten Sanitätsrates gelangten u. a. nachstehende Gegenstände zur Verhandlung: Gutachten über die Maximaldosentabelle zur Pharmakopoea Austr. Edit. VIII. — Gutachtliche Äußerung über den Antrag des Ärztevereines wegen Abänderungen an den bestehenden Dienstesvorschriften für Hebammen. — Gutachten zu dem Antrage eines Vereines für Gesundheitspflege, ein Gesetz zu erwirken, wonach der Verkauf von Tabak, Zigarren und Zigaretten an jugendliche Personen unter 16 Jahren verboten wird. (Referent: Obersanitätsrat Hofrat Prof. Dr. EXNER.) — Gutachten über die Anträge eines ad hoc bestellten Spezialkomitees wegen obligatorischer Bestellung von Schiffsärzten bei den größeren Schiffahrtsunternehmungen und wegen Reorganisation des See-Sanitätsdienstes. — Zum Schlusse wurde ein Initiativantrag vom Obersanitätsrate Professor Dr. Ritter WAGNER v. JAUREGG betreffend die Revision der bestehenden Bestimmungen über den Transport von Infektionskranken auf Eisenbahnen und Schiffen, ferner ein Initiativantrag des Obersanitätsrates Hofrates Prof. Dr. Freiherrn v. EISELSBERG über den Gesetzentwurf betreffend die Ausübung der Zahnersatzkunde und den Betrieb der Zahntechnik in Verhandlung gezogen. — Vor der Plenarsitzung des Obersten Sanitätsrates fand eine Beratung des mit den Vorarbeiten für den Entwurf eines Reichs-Seuchengesetzes bestellten Spezialkomitees statt, das auch die Frage der Reorganisation des See-Sanitätsdienstes in den Kreis seiner Beratung einbezogen hat.

(Universitätsnachrichten.) Geh. Rat Prof. GARRÈ in Königsberg hat den Ruf an die Universität Breslau als Nachfolger v. MIKULICZ' angenommen. — Dem Privatdozenten für innere Medizin in Freiburg i. Br. Dr. PAUL CLEMENT ist der Professortitel verliehen worden. — Dr. ALFRED FUCHS hat sich für Psychiatrie und Neurologie in Wien, Dr. ARTUR MENGER für innere Medizin in Halle habilitiert.

(77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.) In Ergänzung unserer Mitteilungen über das Programm der diesjährigen Meraner Versammlung in Nr. 29 sei noch bemerkt, daß die wissenschaftliche Hauptarbeit in 30 Abteilungen (Sektionen) erfolgen wird, von welchen 17 der medizinischen Hauptgruppe angehören. Für letztere sind bisher über 300 Vorträge angemeldet. Zahlreiche Vorträge werden auch heuer in vereinigten Sitzungen mehrerer Abteilungen gehalten werden; es sind dies zumal Vorträge, welche Themen der Grenzgebiete zweier oder mehrerer Disziplinen betreffen. — Das Vergnügungsprogramm ist gleichfalls sehr reichhaltig. Am 24. September und 1. Oktober werden Vorstellungen im Volksschauspielhause, am 25. September ein Volksliederabend in der Festhalle, am 26. das Festmahl, am 27. eine Vorführung von Bildern aus dem Tiroler Leben, am 28. ein von der Kurvorstehung gegebener Festabend auf der Promenade mit Illumination und Bergbeleuchtung, am 29. ein Abschiedsabend in der Festhalle stattfinden. Für den 30. sind Ausflüge nach Fragsburg, Lebenberg, Schönna und St. Leonhard geplant.

(Veranstaltung ärztlicher Studienreisen.) Der Besuch der fünften Studienreise wird sich, vorbehaltlich etwaiger notwendigen Veränderungen, auf folgende Kurorte erstrecken: Gmunden, Ebensee, Ischl, Aussee, Salzburg (mit Ausflug auf den Schafberg), Reichenhall, Berchtesgaden, Hallein, Gastein, Zell a. See, Innsbruck, Igls, Brennerbad, Gossensaß, Levico, Roncegno, Arco, Riva, Gardone, Bozen-Gries, Meran. Die Reise beginnt in München am 10. September und endet in Meran am 23. September. Der Gesamtpreis für die 14tägige Reise (freie Fahrt per Eisenbahn, Wagen und Dampfschiff, freies Quartier und volle Verpflegung exkl. Getränke) einschließlich des vom Komitee herausgegebenen offiziellen Reiseberichtes beträgt Mk. 250. Die Fahrkarten gelten bis zurück nach München. Nähere Auskunft sowie ausführliches Programm erhältlich vom Generalsekretär Hofrat Dr. W. H. GILBERT, Baden-Baden. Letzter Anmeldungstermin: 20. August.

(Die italienischen Universitäten.) Einem Artikel aus der Feder des Turiner Professors CARBARA in der „Deutschen med. Wochenschrift" entnehmen wir unter anderm folgendes: Der italienische Arzt ist durch die allgemeinen ökonomischen Verhältnisse und sein karges Auskommen gezwungen, sich gänzlich der Praxis zu widmen und kann sich um die Fortschritte der wissenschaftlichen Medizin nicht viel bekümmern. Es fehlt dementsprechend in Italien an Spitälern, Polikliniken und Ambulatorien. Vielleicht um diesen Mangel auszugleichen, ist die Zahl der Universitäten übergroß; es gibt im ganzen 30 Anstalten für höhere Bildung, doch nur 11 davon befassen sich mit dem Unterrichte der Medizin. Die Universitäten stehen leider im gegenseitigen Wettbewerbe, um für ihre Lehrsäle mehr Studenten auf Kosten der anderen heranzuziehen, und bieten zu diesem Zwecke den jungen Leuten eine große Reihe von Begünstigungen dar, die so weit gehen, daß dadurch Tiefe und Wirksamkeit des Unterrichts geschädigt werden. Das Universitätsbudget Italiens ist im Vergleiche zu seiner ökonomischen Leistungsfähigkeit entschieden zu hoch, die Beiträge der Lokalbehörden sind nur zum Teile effektuierbar, die finanzielle Gebarung ist durchaus nicht einwandfrei. Die Leichtigkeit, mit der den jungen Leuten Gelegenheit geboten wird, sich dem höheren Studium zu widmen, bedingt eine im Verhältnis zur ökonomischen Macht zu hohe Studentenzahl, die leider sogar noch im Wachsen begriffen ist. Dies gilt ganz besonders von den Medizinstudierenden. Während sich aber die alten — großen und kleinen — Universitäten in verzweifelter Weise gegen ihre Abschaffung wehren, bereitet sich Mailand, mit seinem industriellen und ökonomischen Vorrang noch nicht zufrieden, vor, eine neue Universität neben seinen höheren Schulen, seinen Museen und seinem kolossalen Krankenhause zu gründen.

(Gegen den Kretinismus.) Ein Erlaß des Ministeriums des Innern fordert die politischen Behörden, namentlich in Steiermark, zu einer Aktion gegen den Kretinismus auf. Es soll zunächst, insbesondere im Wege der Schule, unter Mitwirkung der Gemeinde- und Distriksärzte die Ausbreitung des Kretinismus und die Zahl der zur Behandlung geeigneten Kretinen festgestellt und ein Sanierungsplan entworfen werden. Namentlich obliegt es den Schulleitungen, tabellarische Nachweisungen über Kinder anzulegen, die durch Kleinheit, Kropf, Schwerfälligkeit der Sprache, Schwachsinn etc. des Kretinismus verdächtig sind. Zur Durchführung der notwendigen Aktion sind besondere Weisungen in Aussicht gestellt.

(Statistik.) Vom 9. bis inklusive 15. Juli 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7163 Personen behandelt. Hiervon wurden 1617 entlassen, 173 sind gestorben (9·6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 48, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 32, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 32, Scharlach 33, Masern 164, Keuchhusten 116, Rotlauf 19, Wochenbettfieber 5, Röteln 8, Mumps 3, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 838 Personen gestorben (+ 120 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Cista der Stadt- und Distriktsarzt Dr. ALBERT LEIPERT im 61. Lebensjahre; in Straßburg der a. o. Professor der Chirurgie Dr. FRIEDRICH FISCHER, 50 Jahre alt; in Bordeaux der Gynäkologe Prof. L. D. MOUSSONS; in Philadelphia Prof. D. STEWART, Vorstand der Abteilung für Magen-Darmkrankheiten an der Poliklinik.

Fortschritte in der Sauerstofftherapie. Die Anwendung des Sauerstoffs in der Medizin nimmt immer mehr zu. Da sich aber der gasförmige Sauerstoff nicht gut verwenden läßt, gelangen jetzt medizinische Superoxyde, welche den Sauerstoff leicht abgeben, zur Verwendung, und zwar für den innerlichen Gebrauch Hopogan (Magnesiumsuperoxyd) und für den äußerlichen Gebrauch Ektogan (Zinksuperoxyd). Das Hopogan ist nach Professor GILBERT in Paris ein vortreffliches inneres Antiseptikum, das bei Übelkeiten, Kopfschmerzen, Blutarmut etc. und nach Prof. ROBIN-Paris namentlich bei Diarrhöen vortrefflich wirkt und kommt dasselbe insbesondere in Form der Hopoganpastillen in Verkehr, ebenso als Hopogan-Zahn-Creme, welche das beste Zahnreinigungsmittel ist, die Zähne bleicht und den üblen

XLVI. Jahrgang. Wien, den 30. Juli 1905. Nr. 31.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von
Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Das

Syndrom der larvierten Colica appendicularis.

Von **Dr. Karl Metzger**, Paris.

Die klinischen Formen der Blinddarmentzündung waren im Laufe der letzten Jahre Gegenstand zahlreicher Studien, und es scheint, daß zur klinischen Lehre von der Semiologie dieser Erkrankung nichts Wesentliches mehr hinzuzufügen ist.

Dessenungeachtet möchte ich die Aufmerksamkeit auf das Bestehen und auf den Wert der kleinen Anzeichen der larvierten Colica appendicularis lenken. Ich habe nämlich ungefähr 15 Kranke beobachtet, welche wegen eines oder mehrerer einfacher Anfälle von akuter Blinddarmentzündung in Behandlung standen. Aus verschiedenen Gründen unterblieb jedesmal ein chirurgischer Eingriff. Diese Kranken waren nach der klinischen Heilung ihren Beschäftigungen wiedergegeben; aber gewisse Einflüsse des täglichen Lebens haben die larvierten Symptome der Erkrankung in Form subakuter flüchtiger Anfälle bisweilen wieder manifest gemacht, wo sie jedoch immer wieder durch Ruhe und Diätvorschriften rasch gebessert wurden.

Solche frustane Krisen haben mich nun in die Lage versetzt, ein in seinen Erscheinungen ziemlich konstantes Krankheitsbild zu erkennen, welches die Annahme einer umschriebenen peritonealen Reizung nahelegt.

Wir werden nicht die allgemeinen Beschwerden der Verdauungsfunktion in Betracht ziehen, welche intermittierend oder seltener kontinuierlich den chronischen Blinddarmentzündungen oder den zu dieser Erkrankung Neigenden anhaften. Wir werden uns vielmehr auf die Analyse der lokalen Anzeichen der kleinen appendikulären Krisen ohne Anschwellung der Fossa iliaca, ohne allgemeine Symptome mit mäßiger lokaler Reaktion beschränken.

Wir werden uns auch nicht auf die großen klassischen Symptome stützen, welche den Kliniker rasch zu orientieren vermögen, wie die Existenz des Mac Burneyschen Punktes, die Anschwellung des Blinddarmes, die einseitige Spannung der Bauchwand, die durch die Palpation der Fossa iliaca dextra gelieferten Symptome.

Die Unversehrtheit des allgemeinen Befindens in den Fällen, auf welche sich unser Studium beschränkt, erspart es uns auch, uns über Puls und Temperatur auszubreiten.

Die Prüfung der Hautempfindlichkeit im Bereiche der präzökalen Gegend führt nun bei den leichten Blinddarmentzündungen zu interessanten Tatsachen.

So hat Dieulafoy als erster das Vorhandensein der Empfindungsstörungen am Mac Burneyschen Punkt bemerkt: Er hat daselbst eine Zone von Hauthyperästhesie gefunden. In Wirklichkeit sind die Modifikationen der Empfindlichkeit sehr verwickelt und verlangen ihrer Ausdehnung, ihrer Natur und ihrer Entwicklung nach genauere Präzision.

Es besteht in der Fossa iliaca dextra im Falle einer selbst nur leichten Reizung des Appendix ein Plaque von Sensibilitätsstörung, welches den Mac Burneyschen Punkt zum Zentrum hat und so ziemlich der Projektion der Zökumampulle auf der Bauchwand entspricht. Es scheint, daß die Ausdehnung dieses Plaque sich je nach dem Grad der Erweiterung der Ampulle verändert. Die Perkussion des Blinddarms ermöglicht eine genaue Abgrenzung der Konturen, welche so ziemlich mit denen der Unempfindlichkeitszone zusammenfallen. Diese Störungen der Hautempfindlichkeit fallen ohne

Zweifel mit der Entzündung des Peritoneum parietale zusammen und die Entzündung lokalisiert sich eben auch in der Ausdehnung des Kontaktes des Peritoneum mit dem Zökum. Die im Mac Burneyschen Punkt lokalisierte und von Dieulafoy beschriebene Hauthyperästhesie bei taktilen Reizen während der großen Krisen ist ein Symptom, welches uns im allgemeinen in den Fällen larvierter Blinddarmentzündungen zu fehlen schien. Hingegen erweckt das Kneifen der Haut manchmal einen empfindlichen Schmerz im Vergleiche zur entgegengesetzten Seite.

Wenn wir in der Analyse der Sensibilitätsstörungen fortschreiten, können wir sodann konstatieren, daß der Kranke in den meisten Fällen eine Unempfindlichkeit gegen Stiche darbietet, oft in so hohem Grade, daß man die Haut ohne Schmerz im Niveau der Präzökalgegend durchstechen kann. Es scheint, daß hier eine Art von Widerspruch vorliegt. Hyperästhesie auf Kneifen und Hypästhesie auf Stich. Aber die Hypästhesie auf Stich ist bei der leichten Blinddarmentzündung ein viel konstanteres Zeichen, als die Hyperästhesie beim Kneifen. Das Vorhandensein der ersteren ist die Regel, ihr Fehlen die Ausnahme und bei vier meiner Patienten hat dieses Symptom die anderen Symptome der Krise um 3 Monate überdauert, gleichsam als Rest und Zeichen dafür, daß die Haut von der Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen war.

Wenn die Entzündung abnimmt und der Blinddarm sich erholt, verschwinden im allgemeinen nach und nach auch die Sensibilitätsstörungen, aber sie währen immerhin noch einige Tage nach dem Verschwinden der übrigen Phänomene.

Diese Änderungen der Sensibilität im Bereiche der präzökalen Hautgegend haben uns sodann zur Untersuchung und zur Analyse eines weiteren objektiven Symptomes geführt, das jedenfalls nicht von der Empfindlichkeit des Patienten beeinflußt wird, welches wir aber mit den Sensibilitätsstörungen in Zusammenhang bringen.

Wir meinen die Abnahme bzw. das Verschwinden des rechtsseitigen Bauchreflexes bei Blinddarmentzündungen.

In der Annahme, daß die Hypästhesie auf Stich in der Mac Burneyschen Zone bei Blinddarmentzündungen die Regel ist, hatten wir die Schlußfolgerung gemacht, daß auch der Hautreflex beeinflußt sein müsse, wenn die ihn bestimmende Emppfindlichkeit abgestumpft ist. Und diese Annahme hat sich nun auch bestätigt. Es sind jetzt bald 3 Jahre, daß wir systematisch auf das Vorhandensein dieses Reflexes bei der vermuteten Blinddarmentzündung achten, und selbst bei den leichtesten Krisen haben wir gefunden, daß er oft verringert war oder gänzlich gefehlt hat. Bei den vier Kranken, welche lange nach ihren Krisen die Störungen der Hautempfindlichkeit bewahrten, wurde der Bauchreflex durch diese Störungen verringert.

Der rechtsseitige Bauchreflex, welcher in der kritischen Zeit verschwunden oder vermindert war, erhält mit dem Verschwinden der oberflächlichen Dysästhesie seine Integrität wieder.

In einem kürzlich in der „Presse médicale" (11. Januar 1905) erschienenen Artikel hat Sicard die Aufmerksamkeit auf das Bestehen dieses Symptomes gerichtet und in gleicher Weise die Verminderung oder das Verschwinden des rechtsseitigen Bauchreflexes bei der Blinddarmentzündung konstatiert.

Wir wollen bei der Untersuchung dieses Symptomes ein wenig verharren, die Verhältnisse präzisieren, die dasselbe bedingen, und alle Anlässe zu diagnostischen Irrtümern besprechen.

Das Bestreichen der Bauchwand bei einem Gesunden bewirkt die Kontraktion der darunter liegenden Muskeln ausgesprochen vorherrschend auf der Seite der Erregung. Infolgedessen scheint die Bauchwand verzogen, der Nabel wird gegen die erregte Stelle zu verlagert, die Obliqui und der Transversus ziehen die Linea alba an sich heran. Normalerweise erzeugt die von zwei symmetrischen Punkten ausgehende Erregung eine Reaktion von gleicher Intensität auf der korrespondierenden Seite.

Der Reflex ist je nach der Empfindlichkeit des untersuchten Individuums mehr oder minder ausgesprochen. Unter 100 Individuen fehlt er bei 10. Bei fetten Personen ist er schwer zu konstatieren und wird dann nach der Beweglichkeit des Nabels beurteilt.

Wenn die Erregung stattfindet, vollzieht sich die einseitige Kontraktion der Abdominalwand nicht allenthalben mit gleicher Intensität. Die Erregung der Haut der Fossa illiaca entscheidet die Kontraktion der unteren Fasern; die Erregung der Haut des Hypochondriums diejenige der oberen Fasern. Sicard unterscheidet drei Stufen der Kontraktion; doch erscheint diese Unterscheidung kaum gerechtfertigt, denn die Intensität und die Ausdehnung des Reflexes variieren in dem einzelnen Falle.

Vom Standpunkt aus, der uns beschäftigt, wird man immer untersuchen müssen, ob keine Hemianästhesie oder anästhetischen Bezirke bestehen, welche imstande sind, den Zustand des Reflexes zu beeinflussen; so ist die unausgebildete Hysterie nichts Seltenes im Jugendalter.

Wir werden also dem Bauchreflex immer, und zwar vor jeder anderen Untersuchung, nachgehen. Die Palpation bewirkt bei den betreffenden Patienten einen gewissen Grad von Kontraktion von verschiedener Dauer; es ist aber nötig, daß die Muskeln der Bauchwand erschlafft sind, damit sich der Reflex in seiner ganzen Deutlichkeit vollziehe. Andrerseits kann die besonders auf einer Seite ausgeübte Palpation des Bauches den Stand der Hautempfindlichkeit momentan modifizieren. Schließlich darf man nicht vergessen, daß sich bei der Wiederholung der Erregung die Empfindlichkeit abstumpft und die Intensität der Kontraktion verringert.

Dem Bestehen einer umschriebenen präzökalen Hyperästhesie Rechnung tragend, rufen wir gewöhnlich die Erregung hervor, indem wir die Bauchwand mit einer Stecknadelspitze streifen. Dies ermöglicht, die Erregung genau zu lokalisieren und ihre Intensität zu variieren.

Wenn wir unter solchen Kautelen das einseitige Verschwinden des rechten Abdominalreflexes untersuchen, so erscheint uns damit ein ziemlich beständiges Symptom der leichten Colica appendicularis; gewöhnlich und in den günstigen Fällen verringert sich oder verschwindet der Reflex nur im Bereiche des Herdes der präzökalen Dysästhesie.

Man kann die rechtsseitige Bauchwand durch eine durch den Nabel gehende horizontale Linie in zwei Teile scheiden. In der unteren Zone wird die Erregung nicht beeinflußt, während der Reflex in der oberen Zone bestehen bleibt. Wenn die Entzündung des Bauchfelles scharf umschrieben bleibt, so ist das gewöhnliche Verhalten das folgende: Verringerung des rechten unteren Abdominalreflexes; möglicherweise Beharren des oberen auf derselben Seite, Unversehrtheit des linken Bauchreflexes.

Das Symptom, von dem wir sprechen, offenbart sich nur in den Fällen mäßiger peritonealer Reizung. Wenn die letztere sich ausgebreitet und der Zustand ernster wird, so sieht man eine Anschwellung der Fossa iliaca, eine manchmal rechts vorherrschende Halbkontraktion der Muskeln der Bauchwand, kurz alle Symptome, welche auf eine entzündliche Ausbreitung im Gebiete des Bauchfells schließen lassen, hinzukommen. Aus leicht zu verstehenden Gründen verschwindet dann der Abdominalreflex auf beiden Seiten vollkommen. Die Ausbreitung und die Intensität der Reaktion verbirgt eben den anfänglichen Krankheitsherd.

Ich bin übrigens davon überzeugt, daß alle Erkrankungen, welche dazu neigen, eine Entzündung des vorderen Peritoneum parietale hervorzurufen, lokal dieselben Erscheinungen hervorrufen können wie die eben beschriebenen. So verfüge ich über den Fall eines von ziemlich häufigen Leberkoliken befallenen Individuums, welches zu den kritischen Zeiten den rechtsseitigen oberen Abdominalreflex verliert; es

handelt sich in diesem Falle zweifellos um eine Peritonitis subhepatica. Es wäre auch interessant, nachzuforschen, wie sich der Abdominalreflex bei den Adnexerkrankungen der Frau verhält, überhaupt im allgemeinen bei allen in den inneren Bauchorganen lokalisierten Erkrankungen.

Aber wie dem auch sei, unser Symptom behält seinen wahren diagnostischen Wert vor allem für den männlichen Patienten, ebenso wie es die ziemlich genaue Feststellung des Ausgangspunktes und der Ausdehnung der Abdominalreaktion zuläßt.

Ein anderes Symptom, im Vergleich zu welchem die vorhergehenden nur das Korollar bilden und welches von der Affektion des Wurmfortsatzes Zeugnis ablegt, ist die Erweiterung der Ampulla coecalis und des Beginns des Colon ascendens. Der Darm erfährt im angrenzenden Teil seiner Erkrankung eine Lähmung und erweitert sich, der Blinddarm läßt sich ausdehnen, indem er vor sich her die dünnen Schlingen auseinander schiebt und die untere Bauchwand berührt. Die Perkussion läßt dann die Feststellung der Konturen zu und offenbart einen charakteristischen Tympanismus, welcher sich von dem Schall des Dünndarmes und von dem Schall des Colon descendens scharf unterscheiden läßt. Es ist in solchen Fällen leicht, die Lage der unteren Kurvatur des Blinddarmes zu präzisieren; wenn dann die Entzündung nachläßt und der lokale Zustand sich bessert, dann kehrt die Ampulle langsam wieder auf ihren normalen Zustand zurück. Diese Erweiterung erklärt die Widerstandsfähigkeit der Fossa iliaca dextra auch ohne Reaktion der Bauchwand, wenn die Entzündung nicht stark genug ist, um die Dünndarmschlingen untereinander zu verkleben.

Ein anderes Element der Diagnose, das man im Falle vermuteter Blinddarmentzündung nicht vergessen soll, ist die Rektaluntersuchung. Sie ermöglicht es manches Mal, die Lokalisation und die Ausdehnung der peritonealen Reaktion zu erkennen, hauptsächlich in den Fällen der Beckenblinddarmentzündung. Es machte auf mich den Eindruck, daß bei der larvierten Colica appendicularis das untere Ende des Peritonealsackes im allgemeinen druckschmerzhaft ist.

Die Blasenfunktion kann in einigen Fällen sekundär beeinflußt werden und die Blinddarmentzündung als Nebensymptom Pollakurie oder auch einen gewissen Grad von Blasenparese aufweisen.

Von den allgemeinen Symptomen kann ich naturgemäß nicht sprechen, da dieselben in den Fällen, auf die wir unser Augenmerk beschränken, nicht vorhanden sind.

Im ganzen genommen konstituiert sich also das Syndrom der larvierten Blinddarmentzündung aus der Assoziation von Symptomen, welche die Annahme einer lokalisierten peritonealen Reaktion nahelegen. Der Wurmfortsatz entzündet sich, das Bauchfell reagiert, der Schmerz lokalisiert sich in der rechten Darmbeingrube und wird durch Druck im Bereiche des Mac Burneyschen Punktes entschieden erhöht.

Die Affektion des Darmes manifestiert sich durch paretische Erweiterung der Ampulla coecalis, welche vor sich die Darmschlingen auseinanderdrängt. Das entzündete Peritoneum pericoecale ist in Kontakt mit dem vorderen Peritoneum parietale, welches seinerseits sekundär reagiert. Die seitlich lokalisierte Bauchfellentzündung bestimmt sodann die dysästhetischen Beschwerden im Bereiche der Bauchwand, besonders die Veränderungen der Sensibilität in der Mac Burneyschen Region. Man konstatiert manchmal Hyperästhesie auf Stiche fast immer Hypästhesie auf Stich. Infolgedessen ist auch der Bauchreflex beeinflußt: er verschwindet oder verliert an Intensität im Bereiche der rechten Fossa iliaca, während er bisweilen im Hypochondrium vorhanden bleibt und seine Unversehrtheit auch in der linken Hälfte der Bauchwand bewahrt.

Wenn die Entzündung sich ausbreitet, dann verschwindet auch das die anfängliche Erkrankung zusammensetzende Krankheitsbild, um den Merkmalen Platz zu machen, welche die ausgebreitete Bauchfellentzündung charakterisieren. Wenn andrerseits die appendikuläre Entzündung abnimmt, dann nehmen auch die verschiedenen Symptome ab, während die Störungen der Hautsensibilität in der präzökalen Region sowie die Modifikationen des rechtsseitigen Bauchreflexes die übrigen Symptome der kritischen Periode noch lange Zeit überdauern können.

Die Behandlung der habituellen Obstipation.

Von **Hofrat Dr. R. Suchier**, Freiburg i. B.

II.

Was nun die Behandlung der durch fehlerhafte Ernährung entstandenen und der auf nervöser Basis stehenden Obstipation anlangt, so können wir diese zum Teil unter einheitlichem Gesichtspunkte betrachten, denn die Indikationen, welche wir zu erfüllen haben, decken sich in vieler Beziehung.

Bei unserer Betrachtung wollen wir den wichtigsten Faktor, dessen wir zu gedenken haben, voranstellen, das ist die Diät:

Bei der Wahl der Nahrungsmittel soll meines Erachtens nicht darauf Bedacht genommen werden, daß wir dem Digestionsapparate nur Stoffe zuführen, welche ganz oder doch in dem Maße resorbierbar sind, daß sie kaum nennenswerte Mengen von Fäzes zurücklassen. Bekanntlich gibt es im Körper vier Organe, denen die Aufgabe zufällt, die in dem Haushalte des Organismus nicht weiter verwertbaren Stoffe zu entfernen; das sind: die Haut, die Lungen, die Nieren und der Darm. Von diesen ist letzterer das einzige Organ, welches bei der Tätigkeit der Evakuation auf seine eigene Arbeitsleistung angewiesen ist. Diese letztere vollzieht sich, wie wir wissen, durch die Muskeltätigkeit des Darmes. Jeder Muskel aber erstarkt durch Übung und erlahmt durch Untätigkeit. Darum ist es nicht richtig, dem Darme seine Arbeit erleichtern zu wollen und ihm nur solche Stoffe zuzuführen, welche in toto resorbierbar sind, ohne Reste zurückzulassen.

Nicht nur der Chemismus, sondern auch die Vorgänge der Resorption etc. sind uns ja trotz eifrigsten Studiums der Chemie und Physiologie längst nicht in allen Einzelheiten bekannt — das nur wissen wir mit Bestimmtheit, daß dies, wie alles in dem Wunderbau des Körpers, bis ins kleinste durchdacht und geordnet ist. Deshalb erscheint es als ein kühnes Unterfangen, wenn die Industrie mit ihren Erzeugnissen vermeint, korrigierend in die Weisheit der Schöpfung eingreifen zu müssen. Die beste Therapie ist zweifellos die, nur den von der Schöpfung gewiesenen Weg zu befolgen und sich nicht mitfortreißen zu lassen in dem Bestreben, durch Surrogate die natürlichen Nahrungsmittel verbessern zu wollen. Wir können wohl noch sehr viel von der Weisheit der Schöpfung profitieren, zur Korrektur derselben wird unsere Wissenschaft niemals gelangen. Deshalb dürfte es sich empfehlen, fleißig Umschau zu halten, um an Stelle der Genüsse einer verfeinerten Kultur die Normen einer naturgemäßen Lebensweise setzen zu können. Wer im Rahmen des Naturgesetzes lebt, dürfte vor den durch die Anomalien des Stoffwechsels bedingten Erkrankungen einigermaßen gesichert sein.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß ich als erste Forderung in diätetischer Beziehung eine naturgemäße Lebensweise aufgestellt haben möchte. Das gilt sowohl im allgemeinen als im besonderen für die in Rede stehenden Zustände habitueller Obstipation. Für letztere kommen dann noch die speziellen Forderungen des reichlicheren Genusses solcher Nahrungsmittel in Betracht, welche entweder wegen ihres Salzgehaltes oder wegen ihrer mechanischen Eigenschaften fördernd auf die Darmentleerung wirken.

Als erste Forderung hat demgemäß die Darreichung einer gemischten Kost zu gelten; jede Einseitigkeit der Ernährung ist absolut zu meiden.

2. sind alle Surrogate auszuschließen. Wir meinen damit die auf Grund theoretischer Raisonnements künstlich zutage geförderten sogenannten Idealnahrungsmittel, besonders aus der Klasse der Albuminate. Wie schon oben erwähnt, ist es bei dem relativ geringen Bedarf des Körpers an Proteinsubstanzen nicht nur völlig zwecklos, ihn mit solchen Stoffen zu überladen, sondern es führt diese übertriebene Einfuhr von Albuminaten mit der Zeit zu recht unbequemen Anomalien des Stoffwechsels, ganz abgesehen von den lokalen Reizerscheinungen, welche die Anwesenheit der zuviel eingeführten Eiweißkörper im Intestinaltraktus hervorzurufen vermögen. Ob es sich dabei in der Tat um die Bildung von Ptomainen handelt, wie angenommen wurde (v. PFUNGEN), wollen wir dahingestellt sein lassen, weil diese Frage kein so sonderliches praktisches Interesse hat; uns interessiert hier nur, daß solche Störungen im Anschluß an eine Überfütterung mit Albuminaten vorkommen. Da wir andrerseits für letztere keinen stichhaltigen Grund einsehen können, so tun wir wohl am besten, die massenhafte Einfuhr von Eiweißkörpern in Gestalt von Fleisch und Präparaten aus den Nährmittelfabriken ganz zu unterlassen. Der Grund, weshalb wir diese Stoffe speziell bei der habituellen Obstipation ausgeschlossen sehen möchten, wurde bereits oben erwähnt: weil dieselben durch ungenügende Fäzesbildung der Darmträgheit Vorschub leisten.

3. erscheint die reichliche Einfuhr grüner Pflanzenteile und der Früchte geboten; erstere wegen ihres Gehaltes an junger Zellulose, welche als Kohlehydrat zum Teil Verwendung findet, zum Teil unverdaut zur Fäzesbildung notwendig ist, ferner wegen ihres Gehaltes an Pflanzensäuren, welche direkt fördernd auf die Defäkation einwirken. Aus denselben Gründen und wegen des mehr oder weniger hohen Gehaltes an Fruchtzucker erscheint der reichliche Genuß von Früchten jeder Art dringend geboten. Es ist selbstverständlich nicht notwendig, daß immer nur frisches Obst zur Verwendung kommt, Dörrobst erfüllt den angestrebten Zweck in gleicher Weise. Letzteres verdient sogar bei etwas empfindlichen Verdauungsorganen den Vorzug, vielleicht deshalb, weil das Obst in dieser Gestalt gekocht werden muß und gekochtes Obst unter allen Umständen — in frischem oder gedörrtem Zustande — leichter verdaulich ist als nicht gekochtes. Besser noch als durch unsere einheimischen Obstarten wird der angestrebte Zweck durch südländische Früchte — offenbar wegen ihres größeren Zuckergehaltes — erreicht. Feigen — besonders die Cosenzafeigen —, ferner Datteln, Bananen, Malagatrauben, dann Orangen, Mandarinen und frische Trauben sind von ausgezeichnetem Einfluß auf die in Rede stehende Anomalie. Der Pektingehalt der Früchte scheint indes ohne Einfluß auf die Defäkation zu sein.

4. Die Zerealien sind ebenfalls für letztere besonders wichtig, weniger wegen ihres hohen Gehaltes an Kohlehydraten, als vielmehr durch ihre Eigenschaft, die Bildung größeren Mengen von Fäzes zu befördern. Menschen, welche gewohnt sind, täglich große Mengen von Schwarzbrot zu vertilgen, haben in der Regel keinerlei Stuhlbeschwerden. Besonders günstig scheint das kleiehaltige Brot auf die Defäkation zu wirken, wie Kommißbrot, Pumpernickel und das in jüngster Zeit mehr und mehr in Aufnahme kommende Simonsbrot. Letzteres scheint in dieser Beziehung besonders günstig zu wirken.

5. In gleich günstiger Weise wie die Zerealien wirken auch die Leguminosen auf die Darmperistaltik. Diese freilich haben den Nachteil, daß sich im Anschluß an deren Aufnahme eine oft unerträgliche Flatulenz einstellt, was besonders bei dem Genusse von Linsen der Fall ist; da diese aber andrerseits ihres großen Albumingehaltes wegen ein sehr wichtiges Nahrungsmittel sind, so dürfte es sich empfehlen, dieselben nicht ganz vom Küchenzettel zu verdrängen. Weit leichter verdaulich sind sie in feingemahlenem Zustande z. B. als sogenannte Leguminose; besonders wertvoll erscheint das Präparat von **Hartenstein & Co.** in Chemnitz.

6. Wurzelgemüse, z. B. Karotten, Schwarzwurzeln, Teltower Rüben etc., haben keinerlei Einwirkung auf die Peristaltik, kommen deshalb als Eccoprotica nicht in Betracht. Das gleiche gilt von Kartoffeln, Reis und Kastanien.

7. Scharfe Gewürze bleiben, da sie ja immer nur in kleinen Mengen genossen werden, ohne direkten Einfluß auf die in Rede stehende Anomalie; ebenso die ätherische Öle haltigen Genußmittel, wie Kaffee, Tee, Kakao. Man sagt diesen eher eine styptische Wirkung nach.

Demnach gestaltet sich der Küchenzettel für den an habitueller Obstipation Leidenden etwa folgendermaßen:

1. **Frühstück**: Hafersuppe, Schrot- oder Simonsbrot, Butter, Obst. Letzteres am besten gekocht.

2. **Frühstück**: Dasselbe ohne Suppe; oder ein weiches Ei, ein Glas Milch.

3. **Mittagessen**: Suppe — am besten mit Gemüse- oder Obsteinlage —, wenig Fleisch, reichlich frisches Gemüse, je nach der Jahreszeit: junge Erbsen, Schnittbohnen, Blumenkohl, Spinat, Wirsing, Weißkraut, Rosenkohl o. dgl.; ferner Karotten, Spargeln, Schwarzwurzeln, Teltower Rüben etc. Wenige Kartoffeln, wenig Reis und Kastanien, mäßige Mengen von Mehlspeisen.

Als Nachtisch reichlich Obst in jeder Gestalt. Nachmittags und abends ist die Ernährung dieselbe wie morgens und mittags; Suppe auch abends zu reichen ist erlaubt, aber nicht erforderlich. Als Getränk dient am besten ein Säuerling, welcher geringe Mengen Sulfate führt, z. B. Offenbacher Kaiser Friedrich-Quelle. Außerdem empfehlen sich sehr die unvergorenen Trauben- und Obstsäfte, z. B. von **Lampe & Co., Nektar**, beide in Worms, oder von **Flach & Co.** in Barr i. E. In gleicher Weise ist der Genuß von Limonaden zu empfehlen.

Außer der diätetischen Behandlung, welche meines Erachtens der wichtigste Faktor ist, käme noch in Betracht:

Massage, Hydro- und Elektrotherapie, Gymnastik resp. Bewegungstherapie.

Was die erstere betrifft, so ist ihr Einfluß nicht so groß, als man anzunehmen geneigt ist. Man darf keinen vollen Erfolg von derselben allein erwarten; sie kommt vielmehr nur als unterstützendes Moment in Betracht. Was die Technik derselben anlangt, so tut man wohl am besten, folgendermaßen zu verfahren: Man stellt sich an die rechte Seite des möglichst horizontal gelagerten Patienten und pudert die Bauchdecken reichlich mit Talk ein. Dann legt man die Fingerspitzen beider Hände flach unterhalb des Nabels auf und beginnt mit weichem, aber ziemlich kräftigem Drucke kreisförmige Streichungen, d. h. diese sollen so kräftig ausgeführt werden, daß man so tief wie möglich in die Bauchdecken eindringt, doch muß die Bewegung eine gleichmäßig weiche sein, niemals darf sie eine ungestüme, stoßende werden. Diese kreisförmigen Bewegungen werden in immer größeren Radien ausgeführt, bis man die Darmbeinstacheln berührt. Dann beginnt man mit geradlinigen Streichungen vom rechten Darmbein nach oben bis zum Rippenbogen, von dort dicht über dem Nabel quer herüber bis zum linken Rippenbogen, dann wieder nach unten auf das linke Darmbein los und vor diesem, dem S romanum folgend, in die Tiefe des Beckens. Darauf beginnt man wieder mit den kreisförmigen Bewegungen wie zuvor und führt die ganze Prozedur in dieser Weise anfangs 10, dann 15 bis 20 Minuten täglich einmal fort. Die beste Zeit zur Vornahme der Massage ist morgens, solange der Patient noch zu Bett liegt. Nach derselben folgt noch eine Bettruhe von 15 Minuten, dann das erste Frühstück und 10 Minuten nach dessen Beendi-

gung der Versuch der Defäkation, der über kurz oder lang zum gewünschten Ziele führen wird.

Statt der Handmassage kann man sich auch der Kugelmassage bedienen und wird diese wohl immer in ihr Recht zu treten haben, wenn ein geübter Masseur nicht zu haben ist. Die Ausführung geschieht in diesem Falle statt mit den Händen mit einer lederüberzogenen eisernen Kugel von etwa 9—10 *cm* Durchmesser. Die Kugel folgt demselben Wege, welcher oben für die Hand beschrieben wurde. Die Zeitdauer ist selbstredend hier dieselbe wie dort.

Die Hydrotherapie hat stets einen sehr günstigen Einfluß auf die in Rede stehende Anomalie.

Hier ist vor allem zu empfehlen

1. das Sitzbad. Man bedient sich am besten nicht einer flachen Zinksitzwanne, sondern eines tiefen, hölzernen Sitzkübels, welcher soviel Wasser faßt, daß es dem Badenden bis über den Nabel reicht. Man beginnt mit Temperaturen von 18° R und 5 Minuten Dauer und geht jeden zweiten Tag um $^1/_2$—1° herab, bis man auf 14° angelangt ist. Hier beträgt dann die Zeitdauer nur noch 3—4 Minuten. Tiefere Temperaturen sind nicht notwendig; solche sind dem Patienten nur unbequem, aber nicht imstande, den therapeutischen Effekt zu erhöhen. Wer tiefere Temperaturen liebt, kann sie immerhin machen, schaden werden sie unter keinen Umständen, selbst nicht, wenn man bis auf die Temperatur des Quellwassers — also auf 10—8° — heruntergeht.

Nach dem Bade folgt eine kräftige Abreibung mit einem rauhen Frottiertuche und dann ein rascher Spaziergang von 15 Minuten oder gleich langer Aufenthalt im erwärmten Bett, d. h. bis die Wiedererwärmung erreicht ist.

2. Die Abreibung. Diese macht man wohl am besten in Gestalt des Lakenbades, welches der sechsteiligen Abwaschung im vorliegenden Fall entschieden vorzuziehen ist. Die Art der Ausführung desselben wird allgemein bekannt sein, so daß eine genauere Beschreibung überflüssig erscheint. Diese Allgemeinprozedur ist zur Unterstützung der Kur sehr zu empfehlen; oft ist dieselbe allein imstande, selbst hartnäckige Formen chronischer Obstipation zu beseitigen. So berichtete mir eine Patientin, der ich aus anderen Gründen kalte Abreibungen verordnet hatte, nachdem sie dieselben 8 bis 10 Tage gemacht, sehr erfreut, daß sie jetzt seit 24 Jahren zum ersten Male von selbst, d. h. ohne Klysma oder Pillen, Stuhlgang gehabt habe.

3. Das kalte Vollbad könnte wohl noch an Stelle der kalten Abreibung treten, jedoch nicht mit allzu niederen Temperaturen. Es dürften hier solche von 22—20—18° vollauf genügen, um den angestrebten Zweck herbeizuführen. Die Zeitdauer wäre natürlich sehr kurz zu bemessen, d. h. 5 bis 10 Sekunden. Auch diesem folgt die übliche Abreibung im trockenen Laken und ein Spaziergang von 15—20 Minuten.

4. Das Halbbad endlich könnte als Ersatz des Sitzbades eintreten. In diesem Falle wären Temperaturen von 24—22° R und 4—3 Minuten Dauer zu wählen, mit den üblichen Begießungen und Frottierungen während desselben. Nach demselben wiederum ein Spaziergang.

5. Von Duschen könnte man noch mit gutem Erfolge statt der Abreibung als Allgemeinprozedur das Regenbad oder die Zirkeldusche wählen und lokal die Strahl- oder aufsteigende Sitzdusche praktische Verwendung finden. Beide eventuell zur Erhöhung des Effektes in der Form der schottischen Dusche. Doch all diese letzteren Prozeduren sind absolut nicht notwendig und vor allem in der Privatpraxis wohl kaum zu beschaffen. Die Hauptsache bleibt die Anwendung des thermischen Reizes und sind die unter 1. und 2. genannten Prozeduren zum Herbeiführen des gewünschten Effektes vollauf genügend. In Wasserheilanstalten mag man sich der komplizierteren Methoden bedienen, in der Privatpraxis wird man ohne dieselben auskommen.

Über die Dementia praecox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis.

Von **Dr. Erwin Stransky**, Assistent der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik, Wien.

IV.

Wie steht es mit der somatischen Symptomatologie der Dementia praecox? In diesem Punkte, meine Herren, vermag ich Ihnen nach dem heutigen Stande unseres Wissens leider nicht viel Positives zu bringen. Von einer somatischen Symptomatologie, die etwa gleich wie bei der Dementia paralytica den Praktiker der Mühe feinerer psychiatrischer Analyse des Einzelfalles im Notfalle überheben würde, sind wir hier leider noch weit entfernt. Gleichwohl bietet uns die somatische Semiotik der Psychose, ungeachtet ihrer derzeit noch dürftigen Ausbildung, jetzt schon einen Fingerzeig in der Richtung, daß es sich um eine schwere organische Hirnerkrankung und nicht etwa um ein „funktionelles“ Leiden handeln muß. In erster Linie ist da der schon von Kahlbaum und Jensen gewürdigten epileptiformen Anfälle zu gedenken, die speziell bei der katatonischen Form zuweilen als Begleiterscheinungen zu verzeichnen sind. Auch aus unserer klinischen Erfahrung kennen wir einige solche Fälle. Einzelne Beobachter vermelden das nicht seltene Vorkommen von Abnormitäten in der Pupilleninnervation; ich sah dergleichen nicht gerade oft. Choreiforme und ticartige Zuckungen in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen sieht man gleichfalls zuweilen. Auffallend häufig findet man eine Steigerung der Sehnenreflexe (in dem von mir zusammengestellten Material in 73 Fällen), namentlich an den Unterextremitäten, hier auch bis zum Klonus sich steigernd. Die häufig verzeichnete Hyp- und Analgesie dürfte wohl großenteils psychischen Ursprungs sein. Seitens der vegetativen Sphäre wird sehr häufig überreichliche Speichelsekretion, namentlich in den katatonischen Stuporzuständen beobachtet; zuweilen sieht man Anomalien der Schweißsekretion, wie halbseitiges oder lokalisiertes profuses Schwitzen; es ist möglich, daß auch zuweilen der Gastrointestinaltrakt affiziert werden kann, und daß manchem Falle hartnäckiger Nahrungsverweigerung etwa Störungen dieser Art zugrunde liegen, auf welche dann die erkrankte Psyche in pathologischer Weise reagiert. Häufiger sind vasomotorische Symptome, speziell flüchtige Ödeme, Cyanosen der Extremitäten und Prominenzen, Dermographismus. Bei weiblichen Individuen sind Menstruationsstörungen nichts Seltenes. Die Ernährung leidet oft trotz großer Gefräßigkeit der Kranken, zumal in Zuständen motorischer oder ängstlicher Erregung einerseits, im Stupor andrerseits; in den dementen Endzuständen wieder sieht man gewöhnlich eine beträchtliche Adipositát sich entwickeln, das Gesicht nimmt ein eigenartig gedunsenes Aussehen an, und bei ihrem blöden Exterieur erinnern diese fettstrotzenden Individuen oft entfernt an Myxödematöse. Im typischen Falle ist jedoch die Unterscheidung keine schwere; davon noch später. Hervorheben möchte ich noch, daß schon Kahlbaum über die auffällige Prädisposition dieser Patienten zu tuberkulösen Erkrankungen berichtete; die Beobachtung wurde niemals ganz aus dem Auge gelassen, daß diese Kategorie Anstaltsinsassen relativ oft der Tuberkulose zum Opfer fällt; neuestens haben französische Autoren (Roubinovitch und Phulpin), offenbar an die Theorie Kahlbaums anknüpfend, wieder einen Zusammenhang zwischen der tuberkulösen und der katatonischen Disposition vermutet; spruchreif ist die Sache noch nicht; erwägt man die ungeheure Verbreitung der Tuberkulose — sie verrät bekanntlich in etwa $^1/_3$ des Sektionsmaterials ihre Spuren! —, hält man sich andrerseits vor Augen, daß die psychomotorischen Hemmungszustände der Katatoniker oft auch Störungen der Respirationstätigkeit und der Ernährung zur Folge haben und daß der so häufige gleichzeitig bestehende, starre Negativismus die Vornahme hygienischer Prozeduren selbst einfachster

Art — etwa die körperliche Reinhaltung! — bei diesen ja zumeist in geschlossenen Anstalten internierten Kranken oft ungeheuer erschwert, so erhellt, daß noch eine Reihe von Fehlerquellen zu eliminieren sein wird, ehe die erwähnte Annahme ihres rein hypothetischen Charakters entkleidet werden könnte.

Bei einer Erkrankung, die naturgemäß als solche nicht zum Tode zu führen pflegt, indem sie ja die vitalen Funktionen, ungleich der Paralyse, nicht direkt gefährdet und nur das psychische Leben vernichtet, kann man schon a priori keine große pathologisch-anatomische Ausbeute erwarten. Solche Leute können ja mit ihrer Erkrankung hochbetagt werden; erst kürzlich beschrieb WEYGANDT einige solche Fälle. Gleichwohl danken wir es besonders NISSL und ALZHEIMER, wenn wir heute schon wissen, daß schwere, nervöse und Gliaveränderungen in der Hirnrinde solcher Kranken zu finden sind; ALZHEIMER beschrieb als „Korbzellen" pathologisch gewucherte Gliaelemente, die die Rindenganglienzellen umwuchern, welch letztere gleichfalls in den tieferen Schichten affiziert erscheinen. Auch französische Autoren, besonders VOISIN und KLIPPEL, haben die Bahnen der deutschen Histologen betreten und gleichfalls das Vorhandensein schwerer Veränderungen der neuroepithelialen (i. e. ektodermalen) Rindenelemente konstatiert. Von einem absolut charakteristischen Befunde kann aber bei der Seltenheit einwandfreien Materiales zurzeit leider noch keine Rede sein; für die ärztliche Praxis ist dies glücklicherweise von geringerer Bedeutung.

In ätiologischer Hinsicht neigt man meist mit KRÄPELIN zu der Annahme einer Art Autointoxikation. Bedenkt man, daß ja die Mehrzahl der Erkrankungen bald nach der Pubertätszeit erfolgt, so begreift man, wie sehr die Annahme naheliegt, als wären irgendwelche von den Sexualdrüsen ausgehende Störungen als ursächliche Momente anzuschuldigen. Es ist hier nicht der Ort, auf die zum Teile etwas kühnen Hypothesen einzugehen, die man da konstruiert hat. Sehen die einen in der Dementia praecox mehr eine akzidentelle Psychose, so betonen hinwiederum andere das Moment der erblichen Veranlagung: darnach soll es sich um eine Art angeborner psychischer Insuffizienz handeln, die meist erst zurzeit der Pubertätsentwicklung manifest wird. Es ist aber zu bedenken, daß erstens selbst in den leichten Fällen die psychische Veränderung über das Maß des physiologischen Pubertätsverhaltens im negativen Sinne ein gutes Stück hinausführt, und daß andrerseits namentlich die katatonen Formen sehr häufig im reifen Alter auftreten; ich möchte freilich nicht so weit gehen wie KRÄPELIN, der jetzt auch schon manche Psychosen des Rückbildungsalters hierherzählen will. Sicher eruiert man sehr häufig hereditäre Belastung (ich fand sie im ganzen 66mal sicher); ich kenne auch einige Fälle, in denen mehrere Geschwister an der Psychose erkrankt sind. Besonders scheinen im Sinne der Veranlagungstheorie jene, wie ja auch ich bestätigen konnte, nicht ganz seltenen (ich fand im ganzen 26 sichere) Fälle zu sprechen, in denen sich die Psychose um die Pubertätsjahre herum auf dem Boden einer bereits kongenital defekten Psyche entwickelt. Die KRÄPELINsche Schule neigt übrigens dazu, in manchen dieser Fälle die bereits vorhandene psychische Defektuosität als das Ergebnis einer abnorm früh durchgemachten katatonischen Psychose anzusehen; ich wage ihr hierin, derzeit wenigstens, nicht zu folgen.

Erschöpfende Ursachen, Inanition und Infektionen gehen oft der psychischen Affektion voran; besonders sichergestellt scheint der ätiologische Einfluß des Puerperiums und der Laktation, selbst bei unbelasteten Frauen. Die Rolle der Surmenage und des psychischen Trauma ist wenig fundiert. Das gleiche gilt von masturbatorischen Exzessen, die mehr Symptom abnormer Veranlagung, bzw. bereits bestehender Psychose sind; früher dachte man sich sogar einen besonderen ätiologischen Zusammenhang der Dementia praecox mit der Onanie, doch fehlt hierfür jeder exakte Beweis. Hingegen scheint das Schädeltrauma, worauf besonders v. MURALT aufmerksam machte, in manchen Fällen zumindest eine auslösende Rolle zu spielen.

Neuestens haben wieder v. WAGNER und HIRSCHL auf das ihrer Erfahrung nach nicht seltene Vorkommen von Syphilis in der persönlichen Anamnese oder bei den Eltern dieser Kranken hingewiesen. In meiner angezogenen Statistik findet sich gleichfalls eine Reihe solcher Fälle mit sicherer Lues oder Indizien für solche verzeichnet. Jedenfalls ist es durchaus nicht von der Hand zu weisen, daß zumindest vielleicht eine Gruppe von spezieller Beziehung zur Syphilis wird ausgemustert werden können. Hier bedarf es noch weiterer Arbeit und es eröffnet sich durch die von v. WAGNER und HIRSCHL gegebene Anregung, weiteres Material zu dieser Frage herbeizuschaffen, auch für den Praktiker ein Betätigungsfeld, auf dem seine Mitarbeit für uns Psychiater nur willkommen sein kann; denn gerade die luetische Infektion wird uns sehr häufig abgeleugnet!

Gestatten Sie mir, m. H., noch einige wenige differentialdiagnostische Bemerkungen. Der Hinweis darauf scheint mir von um so größerer Bedeutung, als ja, wie schon wiederholt im Laufe dieser Ausführungen betont, die Dementia praecox in ihren mannigfachen symptomatologischen Erscheinungsformen vielfache äußere Berührungspunkte mit andersartigen Psychosen bietet. Es ist nun durchaus prognostisch und damit auch praktisch nicht unwesentlich, die Dementia praecox möglichst frühzeitig als solche zu diagnostizieren; denn mit der Diagnose haben wir ja in der Regel so ziemlich auch die Prognose gestellt und damit zum Teil den Ansprüchen Genüge getan, die an uns in der Praxis herantreten. Da ist zunächst zu bemerken, daß insbesondere bei der einfach hebephrenen Form eine Verwechslung mit angebornen Schwachsinnszuständen vorkommt; zumal, wenn solcher a priori bestanden hat; in letzterem Falle entscheidet das anamnestisch zu erhebende Moment einer später hinzugetretenen Psychose; Stereotypien, Gemütsverblödung, Negativismus sprechen für Dementia praecox, selbst wenn früher schon Schwachsinn bestanden hatte; sonst ist besonders zu achten auf das Vorhandensein von Resten früher erworbener Kenntnisse, die zwischendurch bei der vorwaltenden Demenz hindurchleuchten. Bei den erworbenen Defektzuständen auf ethischem Gebiete ist die Unterscheidung gegenüber der Moral insanity oft nicht recht oder nur auf Grund der Anamnese möglich; sie kommt übrigens praktisch weniger in Betracht. Sehr wichtig, aber auch sehr schwierig ist oft die Differentialdiagnose gegenüber der der Amentia, der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit; insbesondere gilt dies von den katatonischen Erregungs- und Stuporzuständen; vereinzelte katatonische Symptome beweisen da gar nichts; jeder Psychiater kennt Amentiafälle, die vorübergehend einer kompletten Katatonie gleichen; dauerndes Bestehenbleiben des katatonen Syndroms, frühzeitiges Auftreten desselben trotz noch nicht erheblicher Verworrenheit, besonders aber die Zeichen gemütlicher Abstumpfung und intrapsychischer Inkoordination im früher geschilderten Sinne entscheiden wohl mehr für die Dementia praecox; bedenkt man, daß die Amentia gewöhnlich benigne, die Dementia praecox gewöhnlich maligne ausgeht, so erhellt die hohe praktische Bedeutung der psychischen Analyse, um so mehr, da uns die somatische Symptomatologie ziemlich im Stiche läßt. Die seltenen Fälle „sekundär" gewordener, in Demenz übergegangener Amentia hingegen lassen sich als solche von katatonischen Demenzzuständen zurzeit nicht unterscheiden: diese Eventualität beansprucht indes nur geringe praktische Bedeutung. Bei den manisch gefärbten katatonischen Erregungszuständen fehlt meist das Ensemble: psychomotorische Erregung, erhöhtes Selbstgefühl, Ideenflucht und Ablenkbarkeit; statt dessen sehen wir in den pseudoideenflüchtigen Reihen zwischendurch Perseveration und Verbigeration, Mimik und Attitüde entbehren der echt manischen

Lebendigkeit, sind meist starr, modulationslos, inkoordiniert, der Affekt fehlt oft gänzlich oder ist inadäquat, die Aufmerksamkeit gering; mutatis mutandis gelten ähnliche Gesichtspunkte auch gegenüber melancholischen Depressionszuständen; auch entbehren die hypochondrischen und die Versündigungsideen der Katatoniker jener fast kongruenten Durchbildung, wie in den Fällen von „Melancholia cum delirio", das Gebaren ist zerfahrener, die Zeichen gemütlicher Schwäche oder Inkongruenz treten schon früh hervor. Auch die paranoid gefärbten Zustände lassen ein eigentliches Systematisieren vermissen, den abrupten, oft ungeheuerlichen und widerspruchsvollen Wahnbildungen fehlt die Konsequenz, der affektive Nachdruck und die Herrschaft über das Gesamtverhalten. Schwierig kann sich, namentlich bei den katatonischen Erregungszuständen weiblicher Individuen, die Unterscheidung gegenüber hysterischen Dämmerzuständen gestalten; die Launenhaftigkeit dieser Kranken, ihr oft outriertes motorisches Gebaren (Clownismus u. dgl.), die raschen Stimmungsschwankungen, die Oberflächlichkeit ihrer äußerlich oft stürmischen und enormen Affektausbrüche, all dies kann bei schwererer dämmerhafter Benommenheit täuschende Ähnlichkeiten mit katatonischen Zuständen hervorbringen; dazu kommt noch, daß man auch in hysterischen Dämmerzuständen echtes Paralogieren beobachten kann. Man beachte aber, daß Hysterische von ihrer Umgebung aus nicht nur äußerlich beeinflußbar, sondern auch in ihrem gemütlichen Innenleben, ungleich den Katatonikern, von der Umgebung abhängig zu sein pflegen; sie haschen oft nach Effekt; in ätiologischer Hinsicht spielen ferner bei den hysterischen Psychosen psychische Momente eine Hauptrolle, bei den katatonischen nicht; auch die Züge der intrapsychischen Inkoordination sind eigentlich der Hysterie nicht eigen; zuweilen freilich wird dies Raisonnement in praxi versagen, die Diagnose ist im Augenblicke nicht zu stellen und es muß der weitere Verlauf abgewartet werden. Auch epileptischen Dämmerzuständen können die katatonischen Erregungszustände ähneln; doch ist — im Gegensatz zum Katatoniker — beim Epileptiker gewöhnlich das Bewußtsein tiefer getrübt; auch entscheiden natürlich die konvulsiven Anfälle in dubiis, indem ja dergleichen bei Katatonikern nur selten und dann nur vereinzelt und nicht in solcher Schwere vorkommt. Gegenüber neurasthenischen und hypochondrischen Zuständen unterscheiden sich die differentialdiagnostisch in Betracht kommenden hebephrenen Zustände durch das Fehlen eines eigentlichen Krankheitsgefühls, durch ihr läppisches Gebaren, die Inkonsequenz und den Intelligenzdefekt, die Stereotypien. Chronische Intoxikationen durch Genußgifte kennzeichnen sich durch somatische Begleiterscheinungen und die Anamnese, wenn überhaupt, wie zuweilen bei der alkoholischen Verblödung, eine Verwechslung in Frage komme. Die progressive Paralyse vermag oft im psychischen Bilde der hebephrenen und auch der katatonen Verblödung zu ähneln; es entscheiden dann natürlich vor allem die somatischen Störungen, insbesondere die paralytische Sprachstörung, für die erstere; denn die „tabischen" Symptome der Paralyse könnte schließlich auch einmal ein Dementia praecox-Kranker, der früher Lues gehabt hatte, darbieten. Endlich könnten wohl nicht die ausgesprochenen, wohl aber die rudimentären, die „Formes frustes" des Myxödems ein ähnliches Bild liefern; doch ist hier der Fettansatz an charakteristischen Stellen besonders reichlich (Pseudolipome), bei der Dementia praecox hingegen mehr diffus; dabei fehlen im letzteren Falle auch die eigenartige Hautbeschaffenheit sowie die subnormalen Körpertemperaturen; man könnte endlich auch an eine Unterscheidung ex juvantibus — bei Myxödem Schilddrüsentherapie meist wirksam — denken; indes ist diese letztere Frage vielleicht noch nicht ganz spruchreif.

Und dies, m. H., leitet mich, da ich ja die Differentialdiagnose hier nur ganz kurz skizzieren konnte, hinüber zu dem letzten Kapitel meiner heutigen Ausführungen. Wie sollen wir in der Praxis dieser Erkrankung gegenüber handeln, was sollen, was können wir tun, um ihr vorzubeugen, was unternehmen, um Besserungen zu erzielen, Rückfälle zu verhüten?

Leider, m. H., müssen wir zurzeit sagen, daß die praktische Bedeutung der Dementia praecox fast in gleichem Verhältnis steht zu der Machtlosigkeit des therapeutischen Handeln ihr gegenüber. In der Erkennung dieser Zustände sind wir in den letzten Jahrzehnten mächtig vorwärts geschritten; verschließt man sich einerseits nicht vor den grundlegenden Ergebnissen der KRÄPELINschen Schule und hütet man sich wiederum andrerseits in kritischer Beschränkung vor den zuweilen vielleicht ein wenig zu weit gehenden Generalisationen dieser letzteren, so kann man von dem Material einer großstädtischen gemischten, d. h. akute und chronische Fälle beherbergenden Anstalt, wie unserer Wiener Anstalt, in der zur Zeit unsere Klinik untergebracht ist, etwa ein Zehntel der Dementia praecox zurechnen (bei unserem Material überwiegt der Prozentsatz der weiblichen Fälle von Dementia praecox etwas über den der männlichen); freilich, m. H., entnahmen Sie ja wohl meinen Ausführungen, daß die Grenzen gerade der Dementia praecox nicht von allen unseren Meistern gleich weit gezogen werden; rechnen manche reichsdeutsche und Schweizer Psychiater schier die Hälfte aller Geisteskranken hierher, so nahm beispielsweise ein v. KRAFFT-EBING von ihr kaum Notiz! Und auch noch heute wird gerade von Wien aus besonders scharf den anderwärts geübten diagnostischen Verallgemeinerungen in dieser Frage an den Leib gerückt; in dieser skeptisch-kritischen Schule aufgewachsen, steht man den großen Verdiensten andrer Schulen auch dann objektiver gegenüber, wenn man dieselben vollauf würdigt und sich ihnen sogar zum Teil anschließt. Es ergibt sich aus solchen Erwägungen notgedrungen eine an sich vielleicht undankbare Mittelstellung, gleichsam zwischen zwei Stühlen und nach beiden Lagern hin ebenso loyalen Respekt wie loyale Opposition bekundend. Verzeihen Sie es mir daher, m. H., wenn ich es wagte, vor dieser illustren Versammlung eine Art persönlicher Abgrenzung der Dementia praecox zu formulieren, wie sie sich aus meiner freilich noch bescheidenen Erfahrung herauskristallisiert hat, eine Anschauung, mit der ich freilich glücklicherweise nicht alleinstehe. Besonders innig scheinen meine Anschauungen mit jenen zu harmonieren, die durch TUCZEK und JAHRMÄRKER aus der Marburger Klinik formuliert worden sind; von außerdeutschen Autoren scheint besonders MASSELON mit ihnen übereinzustimmen, dessen neueste Arbeiten über das Thema mir freilich bisher nicht im Original zugänglich waren. Indes — in einem Punkte sind wir Deutsche wenigstens heute ohne Unterschied der Schule und des Alters einig: daß die Dementia praecox eine jener Psychosen darstellt, deren eminente praktische Bedeutung ebensowenig anzuzweifeln ist wie ihre leider quoad sanationem meist schlechte Prognose. Übrigens ist es da nicht rätlich, den Angehörigen gegenüber gleich mit der Tür ins Haus zu fallen und a limine auf den tristen Endausgang hinzuweisen; es ist besser, sie langsam darauf vorzubereiten; denn erstlich handelt es sich ja speziell bei der hebephrenen Form um ein oft jahrelang stationäres und das erkrankte Individuum nicht immer vollkommen aus der Gesellschaft ausschließendes Leiden; und zweitens sind, dies speziell bei der katatonen Unterform, weitgehende Remissionen, die dem Laien als „Heilungen" imponieren, nicht selten. In der praktischen Prognosenstellung ist daher, besonders zu Beginn, eine gewisse Diplomatie geradezu Erfordernis; dagegen ist es ratsam, zumal bei der katatonen Form, auch an die durch Tuberkulose und selbst Ernährungsstörungen zuweilen gegebene Lebensgefahr zumindest zu denken, um nicht unliebsam überrascht zu werden.

Eine direkte Prophylaxe gibt es leider nicht. Es ist ja selbstverständlich, daß wir, zumal von belasteten Personen, wo dies in unserer Macht liegt, Schädlichkeiten nach Kräften fernzuhalten raten, denn es gibt kaum eine somatische

oder psychische Noxe, die ein stigmatisiertes Gehirn nicht gefährden könnte. Lues und Potus sind da bekanntlich besonders deletär. Aber mit solchen ebenso allgemeinen als berücksichtigenswerten Ratschlägen predigen wir ja bekanntlich meist tauben Ohren! Auf einen Punkt aber möchte ich nur besonders hinweisen: wir wissen jetzt, daß gerade die Puerperal- und Laktationspsychosen nicht selten zur Gruppe der Dementia praecox gehören; besonders bedenklich scheint daher bei belasteten Frauen übergroße Inanspruchnahme der Generations- und Laktationsorgane; gerade da sehen wir oft die „Surmenage" unwiderbringlichen Schaden anrichten! Die Frage einer eventuellen präventiven Einleitung des Abortes hier zu streifen, erscheint mir nicht opportun, erstens da meine persönliche Erfahrung nicht hinreicht, zu ihr prinzipiell Stellung zu nehmen, zweitens, da ja gerade im gegenwärtigen Zeitpunkt hier in Wien von berufenerer Seite darüber diskutiert wird.

Ist die Psychose einmal ausgebrochen, so soll man, falls akute Erscheinungen stärkerer Verworrenheit, Erregung, Hemmung oder Verstimmung sich zeigen, nur dann mit der Abgabe in die Irrenanstalt zögern, wenn die Gewähr genauester, unablässiger Überwachung und nach psychiatrischen Grundsätzen geregelter Pflege außerhalb der Anstalt absolut geboten werden kann, was wohl nur selten der Fall sein wird. Denn einerseits sind diese Kranken — man denke nur an die Neigung zu Raptus! — wegen der Störungen des Benehmens und Handelns, speziell wegen ihrer Unberechenbarkeit eminent selbst- und gemeingefährlich, und zweitens sind sie unbedingt pflegebedürftig; insbesondere die Nahrungsaufnahme, die vegetativen Funktionen und die äußere Hygiene solcher Patienten bedürfen sorgfältiger Überwachung und Regelung. In Fällen hartnäckiger Nahrungsverweigerung wird man natürlich alsbald zur Sondenfütterung greifen. Man wird genötigt sein, in langdauernden Stuporzuständen die oft salivierenden und gatistischen Kranken unablässig reinzuhalten, speziell auf Dermatosen zu achten; umgekehrt wird man zeitweise zum Katheter und zum Irrigator zu greifen genötigt sein, wenn, wie zuweilen, die Kranken selbst in Ausübung der vegetativen Funktionen gänzlich der Spontaneität entbehren. Es wird nötig sein, solche Kranke gut und zweckmäßig zu nähren und viel ins Freie zu bringen, um dem Entstehen tuberkulöser Erkrankungen vorzubeugen; überhaupt wird man auf das Verhalten der Respirationsorgane achten müssen, zumal wenn es sich um konstant bettlägerige und herabgekommene Kranke handelt. Man hat ferner durch regelmäßige Messungen Körpergewichts- und Temperaturschwankungen sein Augenmerk zuzuwenden, bei weiblichen Personen wohl auch auf das Verhalten der Menstruation zu achten, denn es ergeben sich daraus nicht selten Fingerzeige für bevorstehende psychische Zustandsänderungen.

Neben diesen allgemein diätetischen Maßnahmen erheischen manche Symptome noch ein spezielleres Einschreiten. Insbesondere gilt dies von den motorischen Erregungszuständen. In Fällen hochgradiger und lange andauernder Erregung oder, wenn es sich etwa um einen Transport handelt, schadet die subkutane Applikation von Hyoscin (am besten mit der zehnfachen Menge Morphium) resp. Scopolamin nichts. Am besten erscheint aber in solchen Fällen möglichste Separierung und Ruhigstellung des Kranken. Reicht die einfache Bettbehandlung nicht hin, so helfen oft feuchtkalte Packungen. Am souveränsten — freilich kaum außerhalb einer Anstalt durchführbar — erscheint da aber das laue Dauerbad; man kann die Kranken getrost Monate hindurch tagsüber im lauen Bade lassen; die kalmierende Wirkung ist meist eine eklatante; natürlich bedarf der Kranke auch im Dauerbade ständiger Überwachung. Zuweilen empfiehlt es sich auch, die „triebartig" motorische Erregung solcher Kranker, die, wie schon erwähnt, in ihrem äußeren Gebaren eine gewisse Suggestibilität verraten, vorübergehend dadurch in geordnete oder zumindest unschädliche Bahnen zu lenken, daß man sie gleichsam auf irgend monotone Beschäftigung „dressiert", sie etwa Scharpie zupfen läßt. Einmal daran gewöhnt, perseveriert der Kranke bei dieser Beschäftigung und zerstört dann wenigstens nicht. Man hüte sich andrerseits, dieses Spiel etwa unnötig lange fortzusetzen, um nicht der geistigen Verödung der Kranken Vorschub zu leisten! Derlei wäre ebenso schädlich wie umgekehrt das Zusammenpferchen namentlich akuter und möglichst „ruhigzustellender" Kranker in unzureichende, enge und überfüllte Lokalitäten. Bei Schlaflosigkeit empfehlen sich natürlich Hypnotika; wir bevorzugen Paraldehyd und Veronal.

Abgesehen von dieser symptomatischen Therapie, sind wir leider zurzeit diesem Leiden gegenüber noch machtlos. Ähnlich wie bei der Paralyse, sieht man auch hier nach protrahierten Eiterungen oder Fieberbewegungen zuweilen auffällige Klärungen und selbst Remissionen. Aber von da bis zur etwaigen Benutzung dieser Erfahrungen zur Anbahnung einer systematischen Therapie ist noch ein weiter Weg. Nach dem heutigen Stande unserer ätiologischen Kenntnisse ist an eine kausale Behandlung leider nicht zu denken.

In den Endzuständen vermag man bei der meist großen, herdenartigen Lenksamkeit dieser Kranken die vorhandenen Reste höheren psychischen Lebens oft noch in nützliche Bahnen zu lenken: solche Kranke sind es vornehmlich, die sich, wenn nicht allzu verblödet, zur kolonialen Behandlung eignen; nicht wenige von ihnen sind als brauchbare häusliche Hilfsarbeiter auch dankbare Objekte für die jetzt auch bei uns eingeführte Familienpflege; die an Idiotie gemahnenden Zustände fast restloser Verblödung bedürfen natürlich zeitlebens der Pflege; sind die Kranken nicht sehr zu Raptus disponiert, so kann dieselbe auch eventuell eine häusliche sein; andernfalls ist wohl dauernder Anstaltsaufenthalt, eventuell bis ans Lebensende, geboten.

Selten sind, wie bemerkt, jene Fälle, in denen es zu jahrelangen weitgehenden Remissionen kommt; man sei da in der Praxis ja nicht zu optimistisch! Hält eine solche Remission nicht mindestens durch Wochen an, so verspreche man den oft drängenden und allzu hoffnungsseligen Angehörigen ja nicht zu viel! Selbstredend bedarf es während solcher Remissionen einer peinlichen psychischen und körperlichen Hygiene, will man nicht Relapse geradezu provozieren.

M. H.! Gerade der praktische Arzt wird in zahllosen Fällen, schwereren und noch mehr leichteren Fällen dieser Art, Gelegenheit haben, zu intervenieren, mehr noch als der Irrenarzt! Denn wie traurig ist den Angehörigen der Gedanke, einen der ihrigen, ein menschliches Seelenleben in der Blüte seiner Entfaltung geknickt zu sehen, wie schwer wird da oft der Familie der ominöse Gang zum Psychiater, wie lange sucht man, zumal in den schleichend einsetzenden Fällen, sich über das drohende Verhängnis hinwegzutäuschen! Und wie oft wird — leider! — diese Selbsttäuschung durch Jahre aufrecht erhalten zur Qual der Familie und des Kranken, der etwa als „Neurastheniker" in sinnloser Weise traktiert wird, bis der völlige geistige Zusammenbruch dem grausamen Spiel ein jähes Ende bereitet! Helfen Sie, m. H., uns Irrenärzten, hier aufklärend zu wirken. Hat man einmal den Feind in seiner Tücke kennen und ihm trotzig ins Auge sehen gelernt, dann kann schließlich auch der Sieg nicht ausbleiben.

Referate.

EDLEFSEN (Hamburg): Die Behandlung des Hustens.

Der Husten stellt („Therapia", 1905, Nr. 1) ein Symptom vieler krankhafter Zustände vor. Sind die Krankheitsursachen beseitigt, so schwindet der Husten von selbst. Unter Umständen ist der Husten für den Patienten so quälend, daß der Arzt zuerst an die Bekämpfung dieses Übels denken muß. Wenn eine akute Kehlkopfentzündung sich eingestellt hat, dann ist der Husten besonders in-

tensiv und quälend. Dies kommt meist bei Masern und Lungentuberkulose vor. Um den Husten in solchen Fällen zu bekämpfen, muß zuerst an eine Herabsetzung der Schleimhauterregbarkeit gedacht werden. Bei der akuten und chronischen Entzündung der Trachea und Bronchien ist der Husten weniger intensiv. Nur wenn das Sekret eingedickt ist und an der Schleimhaut haftet, dann steigern sich die Hustenanfälle so, daß sie für den Patienten unerträglich werden. Im ersten Falle ist die Aufgabe der Therapie die Verflüssigung des Sekretes, im zweiten Beseitigung des Sekretes. Bei einer akuten Kehlkopfentzündung wird um den Hals ein PRIESSNITZscher Umschlag gelegt. Empfehlenswert sind auch die Mineralwässer: Ems, Selters, Soden oder Obersalzbrunnen. Stehen diese Wässer nicht zur Verfügung, dann verordne man eine Lösung des Natr. bicarb. Diese Lösung wird folgenderweise zusammengestellt: Ein Teelöffel des Natr. bicarb. und zwei Teelöffel zerstoßener Zucker werden in einer Tasse heißen Wassers gelöst. Davon stündlich oder jede 2 Stunden ein Eßlöffel. Nicht immer gelingt es, mit solchen Mitteln den Husten mit Erfolg zu bekämpfen. Dann muß man von den narkotischen Mitteln Gebrauch machen. Dazu eignet sich das Kodein und das Morphium. Bei Kindern wird man nur in äußerster Not zu diesen Mitteln greifen. Am besten bewährt sich das Syrup. codeini (Codeini 0·2, Syr. Sacchar. 100·0). Dann das Cod. phosph. 0·2—0·3, Aqu. 10·0. 15—20 Tropfen, 3—4mal täglich. Das Morphium ist mit geringen Dosen von Apomorphin zu verordnen. Für Erwachsene ist folgende Formel am geeignetsten: Apomorph. hydrochl. 0·1, Morphii hydrochl. 0·03, Aqu. dest. 100·0, Acid. hydrochl. dil. 1·0. MDS. 4—5 Teelöffel täglich. Beim chronischen Katarrh des Kehlkopfes ist das Bepinseln der hinteren Pharynxwand mit adstringierenden Flüssigkeiten, wie Tanninlösung oder Jod in Glyzerin, empfehlenswert. Für die Nase bewährt sich die Nasendusche oder die Spülung der Nasenhöhle mit einer Salzlösung. Der chronische Katarrh des Kehlkopfes selbst läßt sich am besten mit Hilfe der Inhalationen bekämpfen. Der Kehlkopfeingang und die Regio interarytaenoidea ist mit Arg. nitr. zu bepinseln. Für die Inhalationen kann man die Emser Salze verwenden. Die Inhalationsbehandlung muß lange Zeit dauern, 4 Wochen zum mindesten. Bei starkem chronischen Hustenreiz sind die Inhalationen mit den Bromkaliumlösungen (20·0 : 200) von besonderem Nutzen, da dadurch die Schleimhauthyperästhesie herabgesetzt wird. Sie werden dreimal täglich und eine Zeit von mehreren Wochen angewandt. Bleibt eine Wirkung aus, so empfiehlt es sich, etwas Morphium (0·5—1·0 : 200) oder salzsaures Kokain (0·5 : 200) zur Bromkaliumlösung hinzuzusetzen. Bemittelte Kranke können eine Kur in Ems oder Reichenhall durchmachen. Bei der Behandlung des Hustens einer akuten Bronchitis oder Tracheitis sind das Ammonium chloratum und der Liqu. ammonii anisatus sowie das Elix. e succo liquiritiae empfehlenswert. Die Wirkung des Amm. chlor. kann durch den Zusatz des Tartarus stibiatus verstärkt werden. (Ammon. chlorat., Succi liquirit. aa. 5·0, Tartar. stib. 0·03, Aqu. dest. 17·5). Häufig bringt das Apomorphinum als Expektorans großen Nutzen, besonders wenn dazu etwas Morphin hinzugesetzt wird. Bei Bronchitis chronica erzielte EDLEFSEN mit folgendem Arzneimittel guten Erfolg: Camph. trit. 1·5, Gummi arab. qu. s., Aqu. dest. 150·0, f. l. a. emulsio, adde Elix. e succo Liquirit. 25·0. MDS. 4—5 Eßlöffel täglich. Der Kampher ist besonders dann indiziert, wenn das Herz gleichzeitig berücksichtigt werden muß. Eine Einschränkung der Sekretabsonderung wird durch die ätherischen Öle erreicht: Ol. Terebinthinae, Ol. Eucalypti, Myrrha u. a. Dieselben Mittel zeigen sich auch bei den chronischen Bronchitiden, wo die Sekretabsonderung nicht sehr reichlich ist, sehr nützlich. G.

ROLLY (Leipzig): **Über die Neubildung von Glykogen bei glykogenfreien und auf Karenz gesetzten Kaninchen.**

Völliger Glykogenmangel ruft bei Kaninchen eine Erhöhung der N-Ausscheidung im Urin hervor. Diese N-Steigerung aus Glykogenmangel im Urin ist von der sogenannten „prämortalen N-Steigerung", welche bei Karenzkaninchen durch den relativen Mangel an Fett (KARL VOIT) hervorgerufen wird, sicher zu trennen. Die prämortale N-Steigerung ist bei weitem größer als die N-Steigerung aus Glykogenmangel; sie nimmt im Gegensatz zu letzterer bei weiterer Karenz des Tieres zu und kann mehrere Tage dauern, ohne daß das Tier sterben muß („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 83, H. 1 u. 2). Prämortale N-Steigerung und N-Steigerung aus Glykogenmangel im Urin können bei einem und demselben Kaninchen zu gleicher Zeit auftreten, und es kann in diesen Fällen begreiflicherweise die Gesamtstickstoffausscheidung nicht mehr in ihre Komponenten zerlegt werden. Glykogenfreie Kaninchen werden nach kürzerer oder längerer Karenzzeit wieder glykogenhaltig befunden, müssen also aus ihrer eigenen Körpersubstanz Glykogen erneut gebildet haben. Die Menge des auf diese Weise neugebildeten Glykogens hängt offenbar in erster Linie mit der Größe der prämortalen N-Steigerung der Ausscheidung im Urin zusammen, ferner mit der Länge der Zeit, während welcher die N-Steigerung im Urin schon bestanden hat resp. die Kaninchen auf Karenz gesetzt sind, schließlich mit dem Kräftezustand der Tiere, insofern bei noch kräftigen Tieren der Glykogengehalt unter denselben Verhältnissen größer ist als bei elenden. Da die Entstehung des neugebildeten Glykogens sich bei den glykogenfreien Kaninchen aus den Abbauprodukten des Körperfettes nicht erklären läßt, so muß dieses Glykogen aus dem Körpereiweiß der Kaninchen gebildet worden sein. Da die prämortale N-Steigerung im Urin bei den verschiedenen Karenzkaninchen zu ganz verschiedenen Zeitpunkten des Hungers eintreten kann und diese Kaninchen infolgedessen alsdann wieder glykogenhaltig werden können, so muß bei allen derartigen Versuchen, die sich auf die Glykogenfreiheit der Tiere stützen sollen, die N-Ausscheidung im Urin untersucht werden. Da der Glykogengehalt bei gewöhnlichen Karenztieren zwischen dem 3. und 6. Hungertage z. B. nicht abnimmt, sondern sogar noch beträchtlich zunehmen kann (KÜLZ), das Glykogen aber ein für den Körper so leicht zersetzbares Heizmaterial darstellt, so ist es schwer verständlich, warum der Körper nicht auch noch dieses Restglykogen in Zeiten der Not aufbraucht. Es ist schon aus diesem Grunde wahrscheinlich, daß in solchen Fällen bei Kohlehydratmangel einerseits fortwährend dieses Restglykogen zersetzt wird, daß aber andrerseits der Organismus das Bestreben hat, stetig eine gewisse Menge Glykogen zu besitzen und infolgedessen im Hungerzustande aus dem Kohlehydratkomplex seines Körpereiweißes Glykogen wieder aufbaut. Es dürfte demnach bei solchen Tieren ein immerwährendes Verbrennen und eine fortwährende Neubildung von Glykogen statthaben. BR.

RAYMOND (Paris): **Über akute toxinfektiöse Encephalitis.**

Verf. bringt zwei Beobachtungen, welche zwei erwachsene Kranke betreffen, die plötzlich von fieberhaften, letal ausgehenden Zerebralerscheinungen befallen worden waren („Gazette des hôpitaux", 1905, Nr. 17). Die Autopsie ergab, daß es sich weder um eine makroskopisch differenzierbare Meningitis, noch um eine infolge Entzündung der Nachbarschaft entstandene suppurative Encephalitis handle, da keine Otitis oder dergleichen bestand. Dagegen ergab die histologische Untersuchung das Vorhandensein von mikroskopisch kleinen Abszessen, die diffus zerstreut waren. Verf. hält für derartige Fälle die Diagnose einer Encephalitis toxinfectiosa für zutreffend. Gegen die Diagnose von Gehirnabszessen spricht die Diffusität des Prozesses, gegen die Annahme einer Meningitis das Fehlen meningitischer Erscheinungen im klinischen Verlauf und die Anwesenheit von Exsudaten in den Hirnhäuten. J. ST.

M. MATTHES (Köln): **Über das Verhalten des Blutdrucks bei der Pubertätsalbuminurie.**

Bei Pubertätsalbuminurie findet man nicht selten einen breiten hebenden Spitzenstoß, der gelegentlich über die Mammillarlinie hinausreicht. Auch kann der zweite Aortenton akzentuiert sein. Häufig erscheint der Puls gespannter; dabei findet man die Gefäßwand öfters stark gespannt, mitunter anscheinend verdickt, ohne daß der Puls eigentlich abnorm hart ist. Starke Beschleunigungen der Herztätigkeit und ebenso Arytmien sind ganz gewöhnlich. Systolische Geräusche kommen nicht selten vor („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 82). In 8 Fällen bei jugendlichen Personen, die

merkwürdig dicke starrwandige Arterien hatten, hat ROMBERG Blutdruckbestimmungen vornehmen lassen und keine oder nur sehr unbedeutende Drucksteigerungen gefunden. Aus den Versuchen des Verf.s geht hervor, daß die Fälle von Pubertätsalbuminurie und Pubertätsstörungen des Zirkulationsapparates in weitaus der Mehrzahl der Fälle einen normalen oder eher etwas niedrigen Blutdruck zeigen. In den wenigen Fällen mit Erhöhung des Blutdrucks war dieselbe stets nur eine geringfügige und blieb unter 140 *mm* Hg. Dieser Befund könnte zur Abgrenzung der Pubertätsalbuminurien gegenüber den interstitiellen Nephritiden von Bedeutung sein.

B.

FALTA und NOEGGERATH (Basel): Über Rassenunterschiede von Typhusstämmen und über Hemmungskörper im Serum in ihrer Bedeutung für die GRUBER-WIDALsche Reaktion.

Nicht oder spät agglutinierende Typhen lassen sich dadurch erklären, daß sie mit für ihr Serum schwer agglutinablen Typhusstämmen untersucht worden sind. Dies läßt sich durch Untersuchung mit mehreren Typhusstämmen, eventuell in Mischbouillons vermeiden. Die Unterschiede in der relativen Agglutinabilität verschiedener Typhusrassen kommen namentlich bei den gerade für die Frühdiagnose wichtigen niederen Seris in Betracht. Beim Steigen des Agglutinationstiters verwischen sie sich meist. Agglutinationshemmende Körper kommen offenbar in frischen menschlichen und tierischen Typhusseris recht häufig vor („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 83, H. 1 u. 2). Sie werden oft erst gegen das Ende der Erkrankung überhaupt nachweisbar oder nehmen dann zu; gelegentlich fehlen sie ganz. Sie sind nicht identisch mit den Proagglutinoiden EISENBERGS und VOLKS, sondern stellen vielleicht im Körper entstandene Abbauprodukte der JOOSschen thermolabilen Agglutinine dar. Wenn sie in großen Mengen vorhanden sind, können sie einen negativen Ausfall der Agglutination vortäuschen. Diese Fehlerquelle läßt sich bei Anwendung sehr dichter Bouillons (namentlich von Mischbouillons) vermeiden.

BR.

J. DEYL (Prag): Über Augenkrebs.

Der Krebs tritt gerne an den Stellen auf, wo sich die Papillen befinden und wo mehrere Blutgefäße, ob anatomisch oder pathologisch, beisammen sind. Zur Entstehung des Krebses ist es in den ersten Anfängen nicht unbedingt nötig, daß schon früher eine entzündliche Erweiterung und Vermehrung der Blutgefäße bestehe, dies ist eine Folge und unterstützt dann das Wachstum der Neubildung. Alles was die Hyperämie anregt, ganz kleine mechanische, chemische, thermische Einflüsse, beschleunigen das Wuchern der Neubildung. Das Wachstum des Karzinoms in der allerersten Zeit, in kleinen, einzelnen Herden, beginnt in der Haut aus den Epithelien der Haarbälge, aus mehreren Zentren auf einmal, also multizentral („Časopis českých lékařů", 1905, Nr. 8, 9, 10, 11). Sind die Karzinomschichte oder die einzelnen Herde in ihr verhältnismäßig stärker als die Breite irgend einer Stelle, so ist dies ein ungünstigeres Symptom, besonders wenn die Neubildung und ihre Umgebung gerötet sind und das um so mehr, wenn die Neubildung sich in einer de norma schon blutgefäßreichen Gegend befindet. Die geeignetste therapeutische Maßnahme ist die chirurgische Beseitigung der Neubildung durch weit in dem gesunden Gewebe gemachte Schnitte.

STOCK.

Kleine Mitteilungen.

— Einen Fall von **Heilung einer Mycosis fungoides nach Erysipel** beschreibt MARTIN ROUX („Sem. méd.", 1905, Nr. 20). Der betreffende Patient hatte bereits ein Erysipel durchgemacht, durch welches die ausgedehnten und schmerzhaften Geschwülste in wenigen Stunden zum Schwinden gebracht wurden. Als die Tumoren rezidivierten, wurde die Behandlung mit subkutanen Injektionen einer aus einem Wunderysipel gezüchteten Streptokokkenkultur eingeleitet. Die Kultur wurde zunächst auf 120° erhitzt, dann durch Chamberland-Kerzen filtriert und neuerlich in geschlossenen Röhrchen auf 110° erhitzt. Es wurden zunächst nur einige Tropfen injiziert, dann allmählich ansteigend 2 cm^3. Jede Injektion hatte eine lebhafte lokale Reaktion mit Schwellung und erysipelatöser Rötung im Gefolge. Im Verlaufe von drei Monaten verschwanden die Tumoren, rezidivierten jedoch nach zwei Monaten und es hatte die neuerlich eingeleitete Behandlung nicht mehr einen so ausgesprochenen Effekt. Es wurden nunmehr größere Dosen einer sehr virulenten Streptokokkenbouillon injiziert, welche bei stärkerer Allgemeinreaktion geringe Lokalreaktion hervorrief. Nach einiger Zeit flachten die Tumoren ab und verschwanden zunächst unter Zurücklassung kleiner Geschwüre, die nach einigen Wochen vollständig heilten. Seit 11 Monaten ist kein Rezidiv eingetreten.

— Zur **Behandlung der Blennorrhoea neonatorum** empfiehlt PFALZ („Zeitschr. f. Augenhk.", Bd. 13, H. 3) ganz besonders die kombinierte Kali hypermanganicum-Protargolbehandlung. Er sagt u. a.: Zweifellos ist die Höllensteinbehandlung als erfolgreich bewährt, aber sie verlangt, um voll wirksam zu sein, auch die Unterstützung durch sorgfältigste Reinigung, sie verlangt täglich ein- bis zweimal die geübte Hand des Arztes, kann also sicher nur durchgeführt werden, wenn die Angehörigen des augenkranken Kindes in der Nähe des Augenarztes oder wenigstens in dessen Wohnort wohnen oder wenn das Kind in die Anstaltspflege kommt. Auf alle Fälle ist sie umständlich und unter Umständen kostspielig. In den Händen des unerfahrenen Arztes ist die Höllensteinbehandlung zudem mit Schaden für die erkrankten Augen verknüpft gewesen. Demgegenüber gestattet es die kombinierte Protargolbehandlung, die Durchführung der Kur den Angehörigen oder dem Wartepersonal zu überlassen. Der Arzt hat nur die Aufgabe der Überwachung. Verf. hat seit 3 Jahren keine einzige üble Erfahrung mehr gemacht. Es muß spätestens am 3. Tage die günstige Wirkung absolut deutlich sein. Ist nach 2 bis 3 Wochen noch Status catarrhalis da, so erinnere man sich, daß Protargol kein eigentliches Adstringens ist, und greife zu einem solchen, am besten 1%igem Argentum nitricum, zum Schluß ½%igem oder zu einer Lösung von Zincum sulfuricum.

— Über die Verwendbarkeit des **Ferratin** bei funktionellen Nervenstörungen auf anämischer Basis berichtet HIRSCHKRON („Deutsche Ärzte-Zeitung", H. 10, 1900). Bei mehreren Fällen von Neurasthenie, Hysterie, Hysteroepilepsie etc., die im Anschluß und auf der Basis pathologischer Blutbilder entstanden waren, sah Verf. durch Verabreichung von Ferratose ausgezeichnete Erfolge. Ein einschlägiger Fall sei hier des allgemeinen Interesses wegen, das er beansprucht, ausführlich wiedergegeben: „... Die Kranke, 17 Jahre alt, war derart blutarm, daß sie tagsüber mehrere Male Ohnmachtsanfälle hatte, absolut keine Speisen vertrug, häufig erbrach und zum Schlusse für Stunden das Sehvermögen verlor, welches sich immer erst allmählich wieder einstellte. Patientin nahm wiederholt Eisen, mußte aber immer wieder aussetzen, da sie dasselbe nicht vertrug. Verf. reichte ihr nun Ferratin in Dosen von 0·5 *g*, die Patientin vertrug es, Autor gab ihr bald zweimal täglich Dosen à 0·5 *g*, auch diese wurden vertragen. Dadurch ermutigt, gab er das Mittel fort und in nicht ganz zwei Monaten besserte sich der Zustand der Patientin derart, daß sie, die vorher wochenlang im Bette liegen mußte, 1—2 Stunden lang allein auf der Straße gehen konnte. Auch schwere nervöse Symptome, wie Anästhesien, Hysteroepilepsien, besserten sich während der Eisentherapie und nach Jahresfrist war die Patientin vollkommen hergestellt." Angesichts dieses ausgezeichneten Erfolges wendete Verf. bei hunderten seiner Kranken, bei denen eine Eisentherapie am Platze war, Ferratin an und sagt, daß ihn bisher kein Eisenmittel derart befriedigt habe wie dieses.

— Über die **Dilatation zikatrizieller Stenosen der Speiseröhre** durch das Ösophagoskop berichtet ALBERT REITZENSTEIN („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 12). In manchen Fällen, in welchen man mit der Sondierung allein nicht zum Ziele kommt, gelingt dies unter Leitung des Auges im Ösophagoskop. Man gewinnt durch die Besichtigung eine Anschauung davon, wo der Eingang in die Striktur liegt, ob Falten, Narbenstränge, Klappen, Dilatation oberhalb der Striktur das Gelingen der Sondierung gehindert haben. Man kann dann unter Leitung des Ösophagoskops sondieren und mittelst Darmsaiten, Laminariastiften, über Metallsonden gezogenen Gummidrains die Striktur allmählich dilatieren. Verf. verwendet zur Dilatation zirka 40 *cm* lange, von Windler in Berlin gefertigte

Sonden aus in Spiralen geschnittenem gewalzten Blech mit Knopf. Dieselben sind sehr biegsam. Mißlingt die Sondierung und Dilatation im Ösophagoskop, so ist die Gastrostomie mit nachfolgender retrograder Sondierung oder Sondierung ohne Ende indiziert.

— Zur **Säuglingsernährung** eignet sich nach den Erfahrungen von FÜRTH („Med. Klinik", 1905, Nr. 29) ganz besonders die THEINHARDTsche Kindernahrung. Dieselbe enthält eine ausreichende Menge leichtverdaulicher Eiweißkörper, welche aus der Kuhmilch gewonnen, durch ein diastatisches Ferment löslich gemacht werden, so daß sie in rein mechanischer Weise das grobflockige Gerinnen des Kuhmilchkaseins verhindern und ähnlich den Fettkügelchen in der menschlichen Milch die Flocken auseinanderdrängen und zerkleinern. Der Eiweißgehalt des THEINHARDTschen Nahrungsgemisches kommt so ziemlich dem der Muttermilch gleich und übertrifft denselben erst gegen Ende des ersten halben Jahres um eine größere Menge, also zu einer Zeit, wo die Muttermilch ständig eiweißärmer wird und in vielen Fällen dem Säuglinge allein nicht mehr genügt. Auch die übrigen Stickstoffsubstanzen und das Fett sind in der THEINHARDTschen Nahrung in der gewünschten Menge vorhanden, die unlöslichen Kohlehydrate (16%) bleiben hinter dem Verdaubaren zurück. Beim Kochen aber löst sich noch eine weitere Menge, so daß bloß 6% ungelöst in den Verdauungstrakt gelangen, eine Quantität also, die zu verarbeiten auch dem Säuglingsmagen nicht schwer fällt.

Literarische Anzeigen.

Geschlecht und Kinderliebe. Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden, Heft 7/8. Von **Dr. P. J. Möbius.** Halle a. d. Saale 1904, Karl Marhold.

Der erste Abschnitt handelt von „Kinderliebe bei Tieren und Menschen", nämlich von der Liebe zu den Kindern. Verf. hielt sich dabei vornehmlich an BREHM. Der zweite reproduziert „GALLs Lehre". Die Kinderliebe ist ein selbständiger Trieb, dem ein Gehirnorgan entspricht; dieses Organ im Gehirn bewirkt am knöchernen Schädel eine Vorwölbung. Die Beobachtung ergibt eine solche Vorwölbung bei Tieren am hinteren Ende der Scheitelbeine bzw. an der Spitze des Hinterhauptbeins, beim Menschen in der Gegend der Hinterhauptschuppe. Das Vorhandensein bzw. die Ausbildung dieser Vorwölbung (bosse) entspricht dem Grade der Kinderliebe, wie er der betreffenden Spezies zukommt und ist im allgemeinen beim Weibchen, das sich in der Regel durch größere Kinderliebe auszeichnet, höher. Auf das Gehirn bezogen, entspricht jene Vorwölbung dem hinteren Großhirnende, welches beim Menschen weiter nach hinten reicht als bei Tieren, indem beim Menschen die Schädelbasis hinten abgeknickt ist und das Kleinhirn nicht hinter, sondern unter dem Occipitallappen des Großhirns liegt. Im dritten Abschnitt „Kinderliebe und Schädel" bringt MÖBIUS eigene Angaben, die er durch zahlreiche Schädelabbildungen, betreffend männliche und weibliche Individuen vieler Spezies (Mensch, 14 Säugetiere, 2 Vögel), illustriert. MÖBIUS pflichtet GALL fast vollständig bei und spricht sogar von der individuellen Übereinstimmung zwischen Größe der Kinderliebe und jener Vorwölbung. Die Bilder lassen den angegebenen Unterschied zum Teil wirklich gut erkennen. Das Beste ist, was MÖBIUS vom Instinkt, von der Tier- und Menschenseele, sagt. Er freut sich, daß er bei dieser Gelegenheit dem von ihm bekanntlich schon arg hergenommenen weiblichen Geschlecht „etwas Angenehmes sagen kann. Man nennt es fälschlich das schöne, man sollte es vielmehr das kinderliebende nennen, wenn man seinen größten Vorzug bezeichnen will". INFELD.

Tuberkulosearbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. 2. Heft. **Dr. Hamel:** Deutsche Heilstätten für Lungenkranke. Geschichtliche und statistische Mitteilungen. I. Berlin 1904, Julius Springer.

Die Arbeit bildet eine statistische Verwertung des von den deutschen Lungenheilstätten dem kaiserlichen Gesundheitsamte in den Jahren 1896—1901 eingeschickten Zählkartenmaterials. In dem vorliegenden ersten Teil wird über das Material aus den Heilstätten in Grabowsee, Planegg, Ruppertshain und Görbersdorf berichtet, das Material aus den übrigen Heilstätten soll in den folgenden Abschnitten mitgeteilt werden; erst bis das gesamte Material im Druck vorliegen wird, will es Verf. für praktische Schlußfolgerungen verwerten, und er richtet daher auch an den Leser die Bitte, die einstweilen mitgeteilten Einzelergebnisse noch nicht zu verwerten. Wir können aber heute bereits darauf hinweisen, welch immenser Fleiß und welche Mühe auf diese Arbeit verwendet wurde, und zweifeln nicht, daß nach Abschluß dieser Arbeit ein ungemein wertvolles Material zur Beurteilung der Frage nach dem Werte der Heilstätten vorliegen wird. Imponierend ist die große Zahl von Anstalten für Lungenkranke im Deutschen Reich, wie sie aus Tafel XII des vorliegenden Heftes ersichtlich ist; sie zeigt, mit welchem Eifer und welcher Energie in Deutschland der Kampf gegen die Tuberkulose aufgenommen wurde. Ob derselbe auf dem eingeschlagenen Wege mit Erfolg geführt werden kann, wird sich hoffentlich aus den weiteren Fortsetzungen dieser verdienstlichen Arbeit ergeben. Dr. S.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus englischen Gesellschaften.

(Orig.-Korresp. der „Wiener Med. Presse".)

Royal medical and chirurgical society.

LETT: Oophorektomie bei Brustkrebs.

LETT verfügt über ein Material von 99 Fällen. In 23·2% derselben trat eine deutliche, in 13·2% eine geringe Besserung ein. Läßt man die Fälle, bei welchen die Oophorektomie nach dem 50. Lebensjahr gemacht wurde, außer Betracht, so sind 29·3% wesentlich und 9% geringer, aber immerhin deutlich gebessert worden. In 15 Fällen hielt die Besserung 12 Monate bis 4½ Jahre, in 4 Fällen noch länger an. In günstigen Fällen ist die Veränderung nach der Operation sehr auffallend: die Schmerzen hören auf, die Tumoren werden kleiner, die Ulzerationen überhäuten sich, das Allgemeinbefinden hebt sich sichtlich. Das günstigste Alter für die Vornahme der Operation beträgt 45—50 Jahre, nach und vor dieser Zeit sind die Erfolge sehr unsicher; doch gibt die Menopause an und für sich keine Kontraindikation ab. Die Mortalität bei der Operation betrug etwa 6%. Gewöhnlich geben Embolien die Todesursache ab.

FOULERTON und BONNEY: Über die Ursachen puerperaler Infektion.

FOULERTON und BONNEY untersuchten 12 Fälle von normalem Puerperium in der Zeit zwischen dem 3. und 10. Tage post partum, ferner 54 fiebernde Frauen nach Abortus und im Puerperium. Schließlich untersuchten sie auch das Zervikalsekret bei 30 nicht graviden Frauen mit Fluor albus. Im Sekret der fiebernden Wöchnerinnen wurden zumeist Streptokokken gefunden, während im Zervikalsekret der nicht schwangeren Frauen diverse Bakterien, nicht aber Streptokokken gefunden wurden. Das Puerperalfieber ist also als Streptokokkeninfektion anzusehen. Das natürlichste Heilmittel ist daher ein Antistreptokokkenserum.

Das Curettement des Uterus ist nicht zu empfehlen. Ebensowenig prophylaktische Scheidenirrigation. Die bakterielle Erkrankung des Uterus macht sich sofort durch ernstere Allgemeinerscheinungen und hohes Fieber geltend. Bei lokaler Infektion der Scheide oder des Perineums (ohne Miterkrankung des Uterus) sind die Allgemeinerscheinungen geringer und das Fieber bleibt in der Majorität der Fälle unter 40°.

HORROCKS hat nur in einzelnen Fällen tatsächliche Erfolge der Serumtherapie gesehen. Er empfiehlt subkutane Seruminjektionen zu 20 cm^3 2—3mal in 24 Stunden.

AMAND ROUTH bezweifelt den Effekt der Serumtherapie. Er empfiehlt alle 2—3 Stunden 20—30 Tropfen einer Tinctur. ferri perchloridi und lokale Applikation von Jodtinktur.

LEA nimmt die Anwendung des scharfen Löffels in Schutz. In 18 Fällen von puerperaler Infektion, die er bakteriologisch untersuchte, machte er analoge Erfahrungen wie die Vortr.

BLAND SUTTON: Ein Fall von Tuberkulose des Uteruskörpers.

Es handelt sich anscheinend um eine primäre Erkrankung. Im Hypogastrium einer 46jährigen, seit 2 Jahren an Menorrhagien leidenden Kranken war ein rundlicher, vom Uterus nicht separierter Tumor tastbar. Durch abdominale Hysterektomie wurde der Uterus entfernt. Der Tumor, der von der vorderen Wand ausging, zeigte Verkäsung und positiven Tuberkelbazillenbefund.



Medical Society of London.

D'Arcy Power: Über Duodenalgeschwüre.

Diese Erkrankung ist besonders bei Männern häufiger als vielfach angenommen wird. Die Symptome sind oft vieldeutig. Man unterscheidet perforierende und nicht perforierende Ulzerationen. Wegen der Perforationsgefahr empfiehlt sich in allen schwereren, insbesondere aber rezidivierenden Fällen die operative Therapie, i. e. die Vornahme der Gastrojejunostomie. Die Prognose dieses Eingriffes ist günstig.

Erkrankungen, durch längere Zeit unbehandelt, können in organische Krankheiten übergehen.

Notizen.

Wien, 29. Juli 1905.

Die Änderung der Hebammeninstruktionen.*)

Die letzten Hebammeninstruktionen vom 10. September 1897 bedürfen wohl mancher Reformierung und Änderung; vor allem wird § 22 im III. Abschnitt, den Schutz der Augen des neugebornen Kindes betreffend, entsprechend dem Referate Chrobaks abgeändert werden. Schon vor vielen Jahren nahm ich Gelegenheit, in der „Kaiserl. Wiener-Zeitung" in meinen regelmäßigen Sanitätsreferaten darauf hinzuweisen, wie notwendig die obligatorische Einführung des Credéschen Verfahrens bei den Hebammen wäre. Selbstverständlich müßte ihnen dann die 2%ige Höllensteinlösung in die Hand gegeben werden. Das Eintropfen selbst ist doch leicht erlernt. Lange Zeit hörte ich nichts mehr, da las ich eines Tages in den Berichten des Obersten Sanitätsrates, daß mein gewesener Chef Prof. Chrobak die obligatorische Einführung des Credéschen Verfahrens beantragt habe, was mich mit großer Freude erfüllte. Diese Neuerung dürfte in der Tat sehr segensreich wirken. Wer genug Blennorrhöen bei Neugebornen gesehen hat, weiß den Wert der prophylaktischen Behandlung zu schätzen.

Einer gründlichen Reform bedürfte ferner der § 28 über die Berufung des Arztes im allgemeinen, sowie der § 29 über die Berufung in besonderen Fällen. Die Befolgung dieser komplizierten Paragraphen ist überaus schwierig für die Hebammen, einige Punkte direkt unerfüllbar. So soll die Hebamme nach jedem Dammrisse gleich nach der Entstehung einen Arzt holen (§ 29, Punkt 8). Da in vielen Fällen die Patientin sich weigert, einen Arzt beizuziehen, wenn es die Hebamme nicht für unbedingt nötig hält, so wird die Hebamme wohl nach entstandenem Dammriß einen schweren Stand haben. Sie soll plötzlich sagen, jetzt muß ein Arzt kommen, um den Dammriß zu nähen. Wenn also früher kein Arzt notwendig war und nun plötzlich einer notwendig wird, so hat die Hebamme irgend etwas verpatzt, was die Anwesenheit des Arztes notwendig macht. Wird das die Hebamme der Partei gegenüber sagen? Wird aber ein großer Dammriß nicht genäht, so entstehen daraus Gefahren oder üble Folgen für die Frau, da große Dammrisse bekanntlich für die Wundinfektion sehr empfänglich sind. — § 11 sagt, daß bei Zwillingen ein Arzt geholt werden muß. Warum denn bei Zwillingen, bei einer normalen Geburt aber nicht? Sind gewöhnliche Zwillingsgeburten nicht oft viel leichter als die Geburt eines großen Kindes? Derartige Widersprüche finden sich in dem Büchlein Schritt für Schritt.

Der ganze Paragraph wird aber aus der Welt geschafft, wenn es hieße, die Hebamme ist verpflichtet, zu jeder Geburt sofort, das heißt noch ehe und ohne daß die Kreißende von der Hebamme untersucht wurde, einen Arzt beizuziehen. Die Übertretung dieser Vorschrift müßte strenge gestraft werden.

Welches sind nun die Vorteile, wenn bei jeder Geburt ein Arzt zugegen wäre?

1. Die Ausbildung der Hebammen in der Diagnosenstellung, sicherlich das schwerste Kapitel, fiele ganz weg. Die Diagnose hätte eben nicht die Hebamme, sondern der Arzt zu stellen.

2. Die Infektionsgefahr für die Kreißende würde dadurch, daß die Hebammen von der Untersuchung ganz ausgeschlossen würden, erheblich verringert werden.

3. Komplikationen aller Art, besonders aber Verblutung der Kreißenden, bevor noch ein Arzt aufzutreiben ist, wie es bei Placenta praevia, vorzeitigem Plazentarriß etc. möglich ist, würden sicher vermieden werden können.

4. Der bei der Geburt anwesende Arzt könnte gleich auch Anordnungen bezüglich der Ernährung des Kindes (Mutterbrust, künstliche Ernährung) geben, statt dies der Hebamme oder weisen Nachbarinnen zu überlassen.

5. Das Einkommen der Ärzte würde durch ein derartiges Gesetz bedeutend gehoben werden. 90% aller Geburten finden in Wien ohne Arzt statt. Was das für Folgen hat, lehren meine Untersuchungen über die „Verbreitung des Kindbettfiebers in Österreich im letzten Jahrzehnt" („Wiener Med. Presse", 1903, Nr. 42). Die Verhältnisse würden sich wesentlich bessern, wenn Ärzte die Geburten leiten resp. überwachen würden. Bei den wohlhabenden Leuten und beim Mittelstande, wo auch jetzt noch 30 bis 40% aller Geburten ohne jede ärztliche Hilfe vonstatten gehen, würde dieses Gesetz direkt eine Vermehrung des Einkommens der Ärzte um das Doppelte bewirken; es würde aber auch die Regierung zwingen, behufs Beistellung von Ärzten bei Geburten der Armen die Zahl der Armen- und städtischen Ärzte entsprechend zu vermehren.

Vor allem würde aber durch dieses Gesetz mit einem Schlage das unwürdige Verhältnis zwischen Arzt und Hebamme aufhören. Der Arzt mit seiner Bildung wird nicht mehr warten müssen, bis es einer Hebamme gefällig ist, resp. bis sie es für nötig findet, ihn zu holen. Ist es nicht ein schreiendes Unrecht, daß gerade da, wo zu Wundinfektionen und deren verderblichen Folgen die meiste Gelegenheit gegeben ist, nicht die Ärzte, sondern die mangelhaft in 5 Monaten ausgebildeten Hebammen das erste Wort zu reden haben?

Eine Reform der Hebammeninstruktion in diesem Sinne wird sicher von der gesamten Ärzteschaft mit Freuden begrüßt werden.

Dr. Wilhelm Hahn.

*) Siehe meine Arbeiten „Zur Hebammenausrüstung" und „Zur Hebammenfrage" („Wiener klin. Rundschau", 1903, Nr. 8, und „Wiener Med. Presse", 1903, Nr. 5 und 23).

(Aus den österreichischen Ärztekammern.) Vor wenigen Tagen hat in Wien eine Konferenz über die Lage der österreichischen Ärztekammern stattgefunden, bei welchen die Präsidenten der Ärztekammern für Wien, Niederösterreich, Böhmen und Mähren zugegen waren. Es wurde der Beschluß gefaßt, dem nächsten Kammertage einen Antrag zu unterbreiten, nach welchem aus den Kammern vier oder fünf Vertreter gewählt werden sollen, um einen Geschäftsausschuß der Kammern mit dem Sitze in Wien zu bilden. Dieser Geschäftsausschuß hätte in dringenden, die gesamte Ärzteschaft oder einen großen Teil derselben betreffenden Angelegenheiten im Namen sämtlicher Kammern Entscheidungen zu treffen. Weiters wurde als Antrag für den Ärztekammertag bestimmt: Es mögen geeignete Schritte unternommen werden, um die Kammern in Krain und Kärnten, welche schon seit Jahren nicht mehr bestehen, wieder ins Leben zu rufen.

(Universitätsnachricht.) Prof. Gade in Christiania hat seiner Vaterstadt 150.000 Kronen zur Errichtung eines pathologisch-anatomischen Laboratoriums am klinischen Krankenhause geschenkt.

(Auszeichnungen.) Der Primararzt des Franz Josef-Spitals in Candia Dr. Peter Defranceschi hat das goldene Verdienstkreuz mit der Krone, der Badearzt in Marienbad Dr. Heinrich Floderer das Kommandeurkreuz des bulgarischen Zivilverdienstordens, die Oberbezirksärzte Dr. Ferdinand Friedl in Žižkow und Dr. Ludwig Fischer in Karolinenthal haben den preußischen roten Adlerorden IV. Kl. erhalten. — Der Konsularарzt in Kairo Dr. Tobias v. Becker ist zum Regierungsrate ernannt, dem Brunnenarzte in Rohitsch-Sauerbrunn Dr. Josef Hoisl der Titel eines Sanitätsrates verliehen worden.

(Abgabe von Sublimatpastillen in öffentlichen Apotheken.) Ein Erlaß des Ministeriums des Innern empfiehlt den Ärzten auf Grund eines Fachgutachtens des Obersten Sanitätsrates, Sublimatpastillen „zu eigenen Handen" behufs deren Anwendung am Krankenbette zu verschreiben. Die Außerachtlassung dieses Vormerks



am Rezepte kann nicht den Apotheker, sondern nur den Arzt, welcher für eine derartige Verordnung seine besonderen Gründe haben muß, mit der Verantwortlichkeit belasten, falls sich durch unkontrollierte Verwendung des vorgeschriebenen giftigen Mittels Unglücksfälle ereignen sollten.

(Der erste internationale Kongreß für Radiologie und Ionenlehre) wird zu Lüttich vom 12.—14. September stattfinden. Der Kongreß umfaßt alle Zweige der physikalischen Therapie (die Elektrotherapie, die Mechanotherapie und Massage, die Radiotherapie [Finsen- und Röntgentherapie], die Thermo-, Aero- und Hydrotherapie) und wird demnach ein möglichst vollständiges Bild der Physiotherapie bieten.

(Statistik.) Vom 16. bis inklusive 22. Juli 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6993 Personen behandelt. Hiervon wurden 1568 entlassen, 166 sind gestorben (9·5% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 45, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 3, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 11, Scharlach 27, Masern 95, Keuchhusten 128, Rotlauf 25, Wochenbettfieber 1, Röteln 9, Mumps 2, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 658 Personen gestorben (— 180 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Aflenz der Privatdozent für Berufskrankheiten der Arbeiter und Schulhygiene an der Technischen Hochschule und an der Hochschule für Bodenkultur in Wien Dr. EDUARD LEWY, im 68. Lebensjahre; in Karlsbad der dortige Badearzt Dr. FERDINAND KUMPF; in Berlin der Vorstand der speziell-physiologischen Abteilung am physiologischen Institute der Berliner Universität Professor Dr. PAUL SCHULTZ, im Alter von 41 Jahren; in Homburg der Bakteriologe Professor Dr. MORITZ ELSNER, 44 Jahre alt.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Pyramidon"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 6. August 1905. Nr. 32.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: Jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der Abteilung Dr. Hochsinger des I. öffentlichen Kinderkrankeninstituts in Wien.

Zur Leistungsfähigkeit der Brustdrüse der Frau.

Von **Dr. Josef K. Friedjung.** *)

In den Diskussionen und wissenschaftlichen Arbeiten, die der natürlichen Ernährung des Säuglings ihre alte, zum Schaden aller Teile allzulange geschmälerte Geltung wieder verschaffen wollen, kehrt das Schlagwort, man dürfe der Mutter das Vertrauen zu ihrer Brust nicht rauben, immer wieder. So berechtigt das ist, so muß die Agitation doch noch etwas weiter ausholen: wir müssen vor allem auch den Ärzten das Vertrauen zu den Brüsten der Mutter wiedergeben, zumal der jetzigen Ärztegeneration, die aus einer Schule hervorgegangen ist, der die richtige Wertung der natürlichen Säuglingsernährung gegenüber der unnatürlichen vielfach abhanden gekommen war.

Vor allem muß der Glaube daran neu geweckt werden, daß fast jede Frau physisch imstande ist, ihr Kind zu nähren, und daß Mißerfolge auf diesem Gebiete zumeist der falschen Methodik oder der ungerechtfertigten Ungeduld und Ängstlichkeit der Umgebung, der sich der Arzt schließlich zugesellt, zuzuschreiben sind. Die Physiologie der Milchsekretion, aber auch die der Säuglingsernährung muß ihm wieder vertraut werden, damit er nicht für fehlerhaft halte, was normal ist, nicht Milchmangel diagnostiziere, wo er nicht vorhanden ist, nicht vorschnelle Entschlüsse fasse, wo das Heil im ruhigen Zuwarten liegt. Er darf beim Brustkinde nicht einseitig die Beschaffenheit der Stühle zum Kriterium der Stillfähigkeit der Mutter machen, wenn die Gewichtszunahmen befriedigend sind, er darf nicht aus unzureichenden Gründen die Stillung abbrechen lassen, aber auf der anderen Seite auch nicht besorgen, eine kurze Unterbrechung des Stillgeschäftes habe das endgültige Versiegen der Milch zur Folge. Die Mutterbrust, wo immer es angeht, ihrer natürlichen Funktion zuzuführen, sie dort, wo Aussichten vorhanden, noch dem Kinde dienstbar zu machen, muß eine der erfolgreichsten Bestrebungen des Arztes werden, wie das folgende Beispiel lehrt:

Eine junge gesunde Frau brachte am 7. Juni d. J. ihr sechsmonatliches Kind mit den Erscheinungen eines akuten Magendarmkatarrhs in unsere Ordination. Vor 14 Tagen hatte sie es ohne besondere Nötigung von der Brust abgesetzt und darauf mit der Flasche unzweckmäßig genährt, so daß die ersten heißen Tage zu einer dyspeptischen Erkrankung führten, die allmählich schwerere Erscheinungen annahm. Das Kind war bei der Brust gut gediehen und wog jetzt 6350 *g*. Da die parenchymreichen Brüste auch jetzt noch auf Druck spärlich Milch entleerten, entschloß ich mich, der Frau zu raten, das Kind wieder an die Brust zu legen, in der Hoffnung, die Milchsekretion werde sich wieder reparieren, das Kind bei dieser Ernährung genesen und über die heißen Monate vor Schaden bewahrt sein. Wägungen der erzielten Einzelmahlzeiten konnten leider nicht gemacht werden. Am 9. Juni stellte sich die gewissenhafte Frau wieder ein. Das Aussehen des Kindes gut. Entleerungen sparsam, normal, kein Erbrechen. Gewicht 6220 *g* (— 130 *g*). Am 12. Juni 6190 *g* (— 30 *g*). Wohlbefinden. Offenbar war die Milchmenge noch nicht ausreichend. 20. Juni Gewicht 6350 *g* (+ 160 *g*).

*) Nach einer am 20. Juni d. J. in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde erfolgten Demonstration.

Jetzt war das erste Gewicht wieder erreicht. Beide Brüste entleerten auf Druck leicht und reichlich Milch.

Ein Erfolg dieser Art, mit so geringen Mitteln erreicht — es bedurfte nur des Vertrauens der Mutter — kann wohl nicht hoch genug veranschlagt werden. Neben der Heilung der Krankheit auch die wirksamste Prophylaxe für die Zukunft! Und welchen erziehlichen Wert hat so ein Fall auf die Mutter und ihre ganze Umgebung!

Erfolgreiche Stillversuche in solchen Fällen sind nicht ganz neu. Namentlich französische Autoren gehen uns da mit schönem Beispiel voran, und eine erst vor kurzem erschienene Arbeit von QUINZAC, die solche Erfahrungen behandelt, zitiert einen Fall, in dem die Wiederaufnahme der Brusternährung noch nach fünfmonatiger Unterbrechung gelang. Man wird solche Beobachtungen künftig, besonders bei den sogenannten Ablaktationsdyspepsien, nicht mehr außer acht lassen dürfen, namentlich bei jungen Säuglingen und in den Sommermonaten; aber auch in solchen Fällen, in denen das aus nichtigen Gründen abgestillte Kind noch gesund ist, wird unser prophylaktisches Streben aus ihnen Nutzen ziehen.

Nicht anders fast liegen die Dinge, wenn die Brust nach der Entbindung überhaupt noch nicht in Anspruch genommen wurde; auch hier gelingt es bei der nötigen Ausdauer und Umsicht noch nach längerer Frist, die Brust zur normalen Funktion zu erziehen. SCHLOSSMANN, der verdienstvolle Forscher auf dem Gebiete der Säuglingspathologie, hat schon vor mehrere Jahren von einer Frau berichtet, die auf seinen Rat am 18. Tage nach der Entbindung ihr Kind noch an die Brust legte und in kurzer Zeit sein Nahrungsbedürfnis mühelos bestritt, und er zitierte damals BUDIN, der das Gleiche noch am 34. Tage post partum durchsetzte. Freilich mußte man dieser Mutter zuerst ein kräftiges, älteres Kind anlegen, aber dieses hob in einigen Tagen durch den kräftigen Saugreiz die Milchproduktion so, daß nach einer Woche Mutter und Kind zufrieden entlassen werden konnten. Auch diese Beispiele müssen weiteren Kreisen der Ärzte bekannt werden und zur Nachahmung ansporonen.

Nachschrift. Das Kind, an das die Demonstration anknüpfte, gedeiht weiter gut. Am 7. Juli wog es 6850 *g*.

Die Behandlung der habituellen Obstipation.

Von **Hofrat Dr. R. Suchier,** Freiburg i. B.

III.

Was die Elektrotherapie anlangt, so kommen vorwiegend in Betracht:

1. Der faradische Strom. Die Applikation geschieht in der Art, daß eine Elektrode aufs Kreuz aufgesetzt oder, wenn man einen stärkeren Effekt zu erzielen beabsichtigt, in das Rektum 6—8 *cm* tief eingeführt wird. In letzterem Falle bedarf man selbstverständlich einer eigens für diesen Zweck konstruierten Rektalelektrode mit olivenförmigem Knopfe. Die andere Elektrode wird alsdann ähnlich, wie dies für die Massage beschrieben wurde, in kreisförmigen Touren auf dem Abdomen herumgeführt. Man endet auch hier jede Tour damit, daß man mit der Elektrode dem Verlaufe des Kolon folgt. Auch eine quere Durchleitung des faradischen Stromes ist empfohlen worden in der Art, daß je eine Elektrode rechts und links in die Weichen eingedrückt und dort für 6—10 Minuten stabil belassen wird. Was die Stromstärke anlangt, so soll diese nicht so groß genommen werden, daß stärkere Kontraktionen der Bauchmuskeln sich einstellen, sondern nur so, daß letztere noch soeben vermieden werden, d. h. man schwächt den Strom wieder etwas ab, sobald sich die ersten stärkeren Kontraktionen der Bauchmuskulatur einstellen.

2. Den galvanischen Strom hat man in ähnlicher Weise angewandt, und zwar so, daß man die Anode auf das Kreuz und die Kathode labil auf die Bauchdecken appliziert. Der Weg, den die Kathode zu nehmen hat, ist derselbe, wie oben für die eine Elektrode des faradischen Stromes beschrieben wurde. Die Stromstärke richtet sich nach der Empfindlichkeit des Patienten und wird im Mittel 5 M.-A. zu betragen haben.

3. Auch der gemischte Strom kann zweckmäßig Verwendung finden. Stromstärke, Art und Dauer der Applikation ergeben sich ohne weiteres aus dem über den faradischen und galvanischen Strom Gesagten.

4. In der Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, VII, 1903, pag. 229 findet sich eine Veröffentlichung von v. LUTZENBERGER über die bei der in Rede stehenden Erkrankung von ihm angewandten Methoden der Behandlung mittelst Elektrizität sowie die damit erzielten Resultate.

Die Verwendung des galvanischen Stromes geschieht auch vom Verfasser in der oben beschriebenen Weise; nur will er regelmäßige Unterbrechungen, und zwar mittelst des Metronoms vorgenommen haben.

Auch mit den durch Galvanofaradisation erzielten Erfolgen ist v. L. sehr zufrieden. Die Art der Applikation bleibt dieselbe.

Von der statischen Elektrizität aber sagt er, daß sie nicht nur glänzende, sondern auch sehr rasche Erfolge erziele. Die von ihm angewandte Methode ist die, daß er kleine Büschelfunken während des statischen Luftbades auf die linke Darmbeingrube richtet; starke Funken werden dagegen schlecht vertragen. Besonders aber tritt Verf. für die Mortonisation ein, entweder mittelst eines in den Anus eingeführten Rektalexzitators oder monopolar auf die linke Darmbeingrube appliziert.

Die monopolare Behandlung kann nach Angabe des Verfassers auch mit gutem Erfolge für die Arsonvalisation verwendet werden, wobei ebenfalls der Rektalexzitator zu verwenden wäre.

Auch von den Sinusoidalströmen sah v. L. befriedigende Resultate.

Endlich berichtet er noch über die pulsierende Galvanisation, die er folgendermaßen zur Anwendung bringt: Durch Einschaltung von Nickelinwiderständen und 4 Glühlampen von dem mit 110 Volt arbeitenden Motor wird die Schnelligkeit der Rotation von 10—90 Umdrehungen in der Sekunde geregelt. Bei langsamer Bewegung des Motors fühlt man im Bauche rasche Zuckungen, „die sich mit dem Aufwallen siedenden Wassers vergleichen lassen"; eine Empfindung, welche bei rascherer Bewegung des Motors indes wieder verschwindet. Besonders empfiehlt Verf. die rapid pulsierende Galvanisation bei spastischer Kontraktur des Darmes.

Diese Angaben v. LUTZENBERGERS sind so bestimmt, daß wir den Eindruck eines sehr gründlichen Studiums dieser Fragen erhalten. Überraschend ist indes, daß der Verfasser solch vorzügliche Resultate bei jeder Form elektrischer Behandlung erhalten hat. Man hätte doch erwarten sollen, daß zwischen den zum Experimente herangezogenen Stromesarten, nämlich: Galvanisation, pulsierende Galvanisation, Galvanofaradisation, statische Ströme, Mortonisation, Arsonvalisation und Sinusoidalströme, sich bezüglich des endlichen Erfolges mehr oder weniger große Unterschiede geltend gemacht hätten. Allerdings spricht Verfasser nur von befriedigenden Resultaten bei Anwendung der Sinusoidalströme, während er von glänzenden Erfolgen bei Applikation der statischen Elektrizität zu berichten weiß; der allgemeine Eindruck aber, den man beim Studium der Arbeit bekommt, ist der, daß sich zur Behandlung der habituellen Obstipation alle Stromesarten mit gutem Erfolge verwenden lassen.

Auffallend ist ferner, daß Verfasser mit der Elektrizität allein, d. h. ohne gleichzeitige Verwendung anderer Hilfsmittel: Diät, Bäder, Massage, Marschübungen usf. durchweg

solch glänzende Resultate erreichen konnte; ich selbst war nie so glücklich, mit Elektrizität allein in jeder Weise befriedigende Erfolge zu erzielen; immer bedurfte es noch anderer Vorschriften, z. B. Regelung der Diät, Verordnung von Muskelübungen etc., je nach der Ursache des Leidens, und war ich nicht in der Lage, in der Elektrizität eine Panazee für alle Formen der in Rede stehenden Erkrankung erkennen zu können.

Was die Gymnastik anlangt, so haben wir hier Bedacht zu nehmen auf Allgemeinprozeduren und solche, welche speziell auf das Abdomen wirken. Von letzteren erwähnen wir besonders: Beugungen des Rumpfes, Beugungen der Oberschenkel und solche der Knie- und Hüftgelenke zugleich, d. h. Niedersitzen in die Hocke, dazu können noch solche Übungen treten, welche durch Muskelaktionen auf Zirkulation und Stoffwechsel fördernd einwirken, z. B. Armstoßen, Armkreisen, Beugungen des Rumpfes nach vorn und hinten, Beinstoßen und -kreisen usf. Der Wert der Gymnastik liegt vor allem, wie erwähnt, in der Förderung des Allgemeinbefindens durch Steigerung des Stoffwechsels; erst in zweiter Linie kommt der mechanische Effekt derselben, der ähnlich wie die Massage auf die Intestina wirkt, in Betracht.

Ein sehr wichtiger Faktor in der Behandlung der chronischen Obstipation ist ferner die Bewegungstherapie, d. h. regelmäßige Marschübungen und Körperarbeit. Hier ist besonders Arbeit im Freien zu empfehlen: Gartenarbeit, Holzspalten u. dgl. Wenn dies sich durch die Jahreszeit verbietet, so können andere mechanische Beschäftigungen an deren Stelle treten, z. B. Schreinerarbeiten, Holzdreherei u. dgl. Für nervöse Personen muß dabei stets im Auge behalten werden, daß man von vornherein nicht zuviel verlangt, sondern — besonders, wenn der Patient nicht an Körperanstrengungen gewöhnt war — mit dem geringsten Maße von Arbeitsleistung beginnt, um ganz allmählich zu größeren Anstrengungen anzusteigen. Die Marschübungen geschehen demgemäß auch zunächst auf horizontalen Wegen und läßt man Bergsteigen erst dann üben, wenn die ersteren ohne Ermüdung ausgeführt werden können.

Wir haben damit die physikalischen Heilfaktoren für die in Rede stehende Alteration der Darmbewegung, soweit sie für diese von Bedeutung sind, wohl zur Genüge besprochen und können uns nunmehr jener Gruppe von Mitteln zuwenden, welchen eine direkte Einwirkung auf den Darm zukommt: die Klysmata und die evakuierenden Arzneikörper.

Der Zweck der Klysmata ist ein mehrfacher: 1. verflüssigend auf den Darminhalt zu wirken und 2. letzteren alsdann mechanisch zu entfernen. Es kommt aber hierbei noch ein dritter Faktor in Betracht, das ist die Anregung der Peristaltik durch die eingeführten Flüssigkeitsmengen. Der Effekt der Irrigation ist um so größer, je größer die Flüssigkeitsmenge ist, die zum Einlaufe verwandt wurde. Es empfiehlt sich demgemäß, letztere nicht zu klein zu nehmen; für Erwachsene ist ein Liter Wasser eine völlig ausreichende Menge; für Kinder nimmt man selbstredend je nach Alter und Körpergröße entsprechend weniger.

Die Applikation des Klysmas geschieht am schonendsten mittelst des Irrigators und am besten in Knie-Ellenbogenlage. Ist letztere nicht ausführbar, so kann die Seitenlage gewählt werden; am ungünstigsten ist jedenfalls für den gedachten Zweck die Rückenlage. Instrumente, bei deren Verwendung die Flüssigkeitsmengen mit Gewalt in den Darm gepreßt werden, Metall- und Gummispritzen, sollten überhaupt keine Verwendung finden, weil bei jeder Gewaltanwendung die Möglichkeit einer Verletzung gegeben ist, die beim Gebrauche des Irrigators gänzlich ausgeschlossen erscheint.

Neuerdings wird von Amerika aus ein Instrument empfohlen, welches Spritze und Irrigator ersetzen soll. Es ist das ein luftkissenähnlicher Gummiballon, auf dessen oberer Fläche in der Mitte ein senkrecht nach oben gerichtetes Mastdarmrohr befestigt ist. Der Patient führt sich das Rohr in das Rektum ein, setzt sich dann auf das wassergefüllte Kissen und preßt so durch das eigene Körpergewicht den Inhalt des ersteren in den Darm. Es liegt auf der Hand, daß diese „Erfindung" wegen der damit verbundenen Gefahr der Verletzung wohl am wenigsten Empfehlung verdient. Um seinem Apparate eine möglichst große Verbreitung zu verschaffen, führt der Erfinder noch folgendes aus: Es sei völlig verkehrt, daß der Mensch nur einmal täglich Stuhlgang habe, eine Häufigkeit der Entleerung, wie z. B. bei den Vögeln, sei das einzig naturgemäße und darum anzustrebende Ziel. Daraus folgt nun allerdings mit Notwendigkeit, daß sich jeder Mensch ein derartiges Instrument zu beschaffen und seine ganze Zeit mit der Applikation von Klistieren auszufüllen habe. Ob es dem Erfinder beim Selbstgebrauche dieses idealen Instrumentes gelungen ist, nach Art der Vögel, alle 10 Minuten einen ausgiebigen Stuhlgang herbeizuführen, darüber schweigt freilich „des Dichters Höflichkeit".

Statt der Wasserklistiere kann man auch Ölklistiere verwenden, oder Wasser mit Zusatz von emulgiertem Oliven- oder Rizinusöl.

Ausgehend von der Tatsache, daß die Peristaltik durch Reizung der Mastdarmschleimhaut angeregt wird, hat man auch, natürlich mit Erfolg, versucht, Stuhlgang durch Einfuhr reizender Stoffe in das Rektum herbeizuführen. Ganz alt und noch häufig im Gebrauch ist das Einbringen eines Seifenzäpfchens in das Rektum. Auch flüssige Körper, z. B. eine kleine Menge Glyzerin oder das Oidtmannsche Klysma, erfüllen mit mehr oder weniger Erfolg den gedachten Zweck.

Wir kommen nunmehr zur Besprechung derjenigen Stoffe, welche seit Alters zur internen Medikation Verwendung gefunden haben und noch heute massenhaft zur Beseitigung der habituellen Obstipation in Anwendung gezogen werden. Eine detaillierte Besprechung des gewaltigen Heeres dieser Arzneikörper halten wir für überflüssig, weil diese selbst und ihr Gebrauch nicht nur bei Ärzten, sondern sogar bei Laien allgemein bekannt ist.

Ebenso bekannt ist, daß wir bei der Ordination der Abführmittel zu unterscheiden haben zwischen salinischen und solchen pflanzlichen Ursprungs.

Ein Wort nur über die Wirkungsweise der beiden Gruppen: Die Ekkoprotika organischen Ursprungs verdanken ihren Effekt ausschließlich der Reizwirkung der in den Drogen enthaltenen scharfstoffigen Prinzipien. Dieser durch letztere auf die Darmschleimhaut ausgeübte Reiz kann je nach der Wahl der Droge und der Größe der angewandten Dose sich bekanntlich bis zur vollkommenen Entzündung der Schleimhaut steigern. Je größer dieser entzündliche Reiz, um so größeren diarrhoischen Effekt hat er selbstverständlich zur Folge; von dem stärksten dieser Stoffe, dem Krotonöl, wissen wir, daß schon ein einziger Tropfen desselben 60—70 Ausleerungen veranlassen kann und selbst in verdünntem Zustande noch erhebliche Entzündungen sogar auf der äußeren Haut hervorzurufen vermag (Baunscheidtismus).

Die reaktive Entzündung der Darmschleimhaut mit nachfolgenden mehr oder weniger profusen Diarrhöen dürfte in dem Bestreben des Organismus, die giftige Substanz so früh wie möglich wieder zu eliminieren, ihren Grund haben.

Die diarrhoische Wirkung der salinischen Abführmittel ist dagegen durch wesentlich andere Vorgänge begründet: Nach dem Schmidtschen Gesetz vollzieht sich der Zerfall der Salze innerhalb des menschlichen Organismus unter Aufnahme von Wasser. Dieses transsudiert, soweit es nicht durch direkte Einfuhr per os in den Darmkanal gelangt ist, aus den Gefäßen der Schleimhaut in das Darmrohr.

Wir haben also in beiden Fällen eine Verflüssigung des Darminhaltes; das eine Mal durch entzündliche Reaktion, das andere Mal durch einfache Transsudation — ohne Entzündung — hervorgerufen. Die entzündliche Reaktion hat außerdem noch durch den auf die Nervenendigungen der Darmschleim-

haut ausgeübten Reiz reflektorisch eine Verstärkung der Peristaltik zur Folge und ist demgemäß die Wirkung der pflanzlichen Abführmittel eine stärkere und nachhaltigere als die der salinischen.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse dürfte es meines Erachtens durchaus nicht zweifelhaft sein, daß wir uns bei der Wahl eines Abführmittels in erster Linie der Gruppe der salinischen zuzuwenden haben und erst dann zu pflanzlichen greifen, wenn uns die milder wirkenden Salze keinen ausreichenden Effekt gebracht haben, denn zweifellos müssen wir darauf bedacht sein, dem Darmkanal jene entzündlichen Reizungen zu ersparen, von denen eine jede Veränderungen der Schleimhaut hervorruft, welche der Organismus hinterher wieder auszugleichen hat. Sind diese auch anfangs gering und verlaufen scheinbar ohne Schädigungen der Darmmukosa zu hinterlassen, bei häufiger Wiederkehr der entzündlichen Reizung machen sich diese Schädigungen indes sehr wohl bemerkbar und äußern sich vor allen Dingen auf nervösem Gebiete durch immer mehr hervortretende Störung der Peristaltik, also gerade desjenigen Zustandes, dessen Beseitigung durch die Darreichung des Drastikums angestrebt wurde. Der Grund für diese Erscheinung liegt in dem bekannten physiologischen Gesetze: auf jeden Reiz folgt Ermüdung. Wiederholt sich dieser Reiz nun täglich oder gar mehrere Male täglich, so ist eine Atonie der nervösen und muskulären Elemente des Darmes die unausbleibliche Folge.

Daß diese schädigende Wirkung der Drastika nicht immer die ihr gebührende Beachtung findet, geht einesteils aus der ungeheuren Reklame hervor, welche die Pillenfabrikanten für ihre Artikel in die Welt senden, dann aber auch aus der Tatsache, daß Autoren, die sich berufen fühlen, über Abführmittel zu schreiben, dazu gelangen konnten, der salinischen Mittel nahezu gar nicht zu gedenken. Siehe z. B. „Ärztliche Rundschau", 1903, Nr. 37, wo Wolff in seinem Aufsatze „Über Abführmittel" zu dem Ergebnis kommt, daß ein Gemisch von Senna und Schwefel, dessen er sich in seiner Praxis „schon seit längerer Zeit" bedient, ein „ideales Abführmittel" in seinem Sinne darstellt. Unter einem „idealen Abführmittel" versteht der Verfasser ein solches, welches für jedes Lebensalter und Geschlecht paßt, bei schwachem Magen, Appetitlosigkeit, Gravidität und Uterusblutungen gegeben werden kann, keinen widerlichen Geschmack hat und in einer Form gereicht werden kann, daß es von allen Patienten gern genommen wird, billig und dauerhaft ist, damit es „längere Zeit hindurch genommen werden kann", in seiner Wirkung auch bei längerem Gebrauche nicht nachläßt und endlich so wenig Raum einnimmt, daß es auch „auf Reisen in der Westentasche mitgeführt werden kann!" Da der Verfasser des Aufsatzes auch den eventuellen Zusatz eines Geschmackskorrigens oder bei gleichzeitiger Flatulenz eines Carminativums, z. B. Fruct. Foeniculi für geboten erachtet, so erkennen wir in dem empfohlenen Mittel dasjenige wieder, welches uns die Pharmakopöe unter der Bezeichnung: Pulvis Liquiritiae compositus aufführt. Der einzige Unterschied zwischen dem offizinellen Präparate und dem von Wolff empfohlenen ist der, daß der Verfasser statt des Pulv. Liquiritiae die Zimtrinde zugesetzt haben will und das Verhältnis von Schwefel und Senna dahin ändert, daß er an Stelle des Verhältnisses von 2 : 3, wie in dem offizinellen Präparate, beide Stoffe zu gleichen Teilen verschreibt. Warum trotz dieser verzweifelten Ähnlichkeit der beiden Präparate und der Verminderung der Senna die Wolffsche Mischung eine bessere Wirkung und einen so großen Vorzug von der offizinellen haben soll, so daß erstere ein „ideales Abführmittel" repräsentiere, ist meines Erachtens nicht wohl einzusehen.

Was nun den Gebrauch der zuletzt erwähnten Mittel anlangt, so hat als Grundsatz für die Behandlung der habituellen Obstipation der völlige Ausschluß derselben zu gelten. Weder sind Klysmata, noch Abführmittel, täglich angewandt, imstande, eine chronische Obstipation zu bessern, geschweige denn zu heilen. Diese Mittel sind im Gegenteil nur imstande, das fragliche Leiden in unveränderter Gestalt weiter bestehen zu lassen oder gar zu verschlimmern. Wie überall in der Therapie sollte auch hier das Hauptaugenmerk der Erfüllung der Indicatio causalis zugewandt werden; durch die Applikation von Klystieren und die Darreichung von Abführmitteln wird indes ausschließlich der Indicatio symptomatica genügt, das Grundleiden aber nicht im mindesten zum Besseren beeinflußt; im Gegenteil wird dadurch, daß die Erregbarkeit der Darmnerven durch den dauernden Gebrauch dieser Mittel immer mehr und mehr herabgesetzt wird, das fragliche Leiden entschieden verschlimmert. Diese Mittel sollten nur zu Anfang der Behandlung und auch hier nur dann in Anwendung kommen, wenn trotz der oben gegebenen Vorschriften die Darmtätigkeit nicht sofort in die normalen Bahnen kommt. Als Hauptregel der Behandlung der chronischen Obstipation hat also der völlige Ausschluß aller Abführmittel zu gelten; erlaubt ist ein solches nur ganz ausnahmsweise. Läßt sich die Darreichung absolut nicht umgehen, dann wähle man in erster Linie ein salinisches Mittel, z. B. Friedrichshaller oder Ofener Bitterwasser, von denen, abends vor dem Schlafengehen ein Weinglas voll genommen, in der Regel genügt, um am anderen Morgen eine ausreichende Defäkation herbeizuführen. Wer die Bitterwässer des schlechten Geschmackes halber nicht liebt, der mag statt dessen eine Tamarindenkonserve nehmen; einige Cosenzafeigen werden übrigens denselben Effekt haben. Sollte man zu stärker wirkenden Mitteln zu greifen gezwungen sein, dann mag ein Eßlöffel Ol. Ricini — in Kapsel oder Emulsion — gegeben werden, oder bei gleichzeitiger Hyperazidität des Magensaftes etwas Rheum mit Natr. bicarbonic. Zu den drastisch wirkenden Mitteln, wie Senna, Jalappe, Podophyllin, Aloe, Scammonium Halepense, Koloquinten, Gummi gutti oder gar Krotonöl wird man bei der Behandlung der habituellen Obstipation überhaupt niemals greifen. Auffallenderweise sind alle diese Mittel bei der Besprechung der in Rede stehenden Erkrankung sogar in Monographien aufgeführt, z. B. in Nr. 105 der Berliner Klinik, allerdings mit dem Zusatz, daß Abführmittel so selten und so wenig wie möglich gegeben werden sollten. Dann aber fragen wir uns, warum werden alle diese in die Behandlung der chronischen Obstipation sicher nicht hineingehörigen Drastika erster Ordnung hier überhaupt erwähnt? Wer an einer vorübergehenden Stuhlverstopfung leidet, die sich während einer Kur zur Beseitigung des habituellen Zustandes einstellt, der wird doch sicher nicht zu Koloquinten und Krotonöl greifen, und zur Beseitigung der habituellen Obstipation können doch Mittel wie die genannten überhaupt niemals in Frage kommen.

Ganz entschieden müssen wir uns hier noch einmal ausdrücklich gegen den dauernden Gebrauch der Aloepillen und ähnlicher in der Fach- und Tagespresse immer aufs neue angepriesenen und leider auch noch täglich verschriebenen, „in der Westentasche mitzuführenden Heilmittel" wenden, welche bei dem fraglichen Leiden niemals nützen, sondern immer nur schaden können. Wie weit dieser Mißbrauch — anders kann man es nicht nennen —, der mit dem Konsum der Abführpillen etc. getrieben wird, geht, dafür ein Beispiel, welches in tausend Variationen wiederholt werden könnte: Frau W. aus W. leidet seit 22 Jahren an Verstopfung und Magenbeschwerden, gegen welche sie seit eben diesen 22 Jahren mit allen möglichen Abführmitteln zu Felde zieht. Ein Erfolg ist trotz einer großen Zahl auch anderer diesbezüglicher Kuren bis dahin nicht erzielt worden, offenbar deshalb nicht, weil Patientin nicht zu bewegen war, sich von ihren geliebten Abführpillen zu trennen. Im Sommer 1902 trat Patientin in meine Behandlung. Als meine erste Forderung lautete: fort mit den Pillen!, da wollte sie schier in Verzweiflung geraten; sie meinte, dann habe sie in 14 Tagen keinen Stuhlgang, dann reise sie sofort wieder ab usf. Als

ich aber allen ihren Ausbrüchen gegenüber bei meiner Forderung beharrte, fügte sie sich schließlich und lieferte ihre Pillenschachtel ab. Es folgten nun zwei Tage großer Verzweiflung, welche Patientin unter Tränen verbrachte. Als sich aber schon am 3. Tage, wenn auch in vorläufig noch ungenügender Menge und Qualität, eine Defäkation von selbst einstellte, da war der Jubel ebenso groß als vorher die Trauer. Patientin gab nun in der Tat freudig ihre langjährigen Begleiter endgültig auf und erzielte auf rein diätetischem Wege vollkommene Heilung. Selbst von dem Kurgebrauche der Karlsbader, Marienbader etc. Quellen wurde abgesehen und lediglich durch reichlichen Genuß von frischen Gemüsen, gekochtem Obst usf. wie dies oben beschrieben wurde, eine völlige Heilung erzielt, die bis heute — also nach zwei Jahren — unverändert anhält.

Ist ein solcher Erfolg auf rein diätetischem Wege noch nach 22 Jahren zu erzielen, um wieviel eher ist dies dann möglich, wenn der Pillenmißbrauch erst seit kürzerer Zeit getrieben wurde. Schwierigkeiten habe ich bei der Behandlung dieser Zustände niemals gefunden, wenn man nur auf strikter Durchführung der oben gegebenen Diätvorschriften besteht.

Selbstverständlich muß auch der zur Behandlung stehende Fall ein solcher sein, der in den Rahmen, wie er oben abgegrenzt wurde, paßt, d. h. die „Darmträgheit" muß eine reine, unkomplizierte sein. Eine gleichzeitig bestehende anatomische Läsion des Zentralnervensystems oder des Intestinaltraktus würde natürlich eine so einfache Lösung dieser Frage durchaus nicht zulassen.

Wir kommen endlich noch zur Besprechung der seit langer Zeit zur Beseitigung der habituellen Obstipation im Gebrauche befindlichen Mineralquellen und Kurorte. Aus dem Gesagten geht hervor, daß wir den Hauptwert bei der Behandlung der in Rede stehenden Erkrankung nicht in der Einfuhr eines Abführmittels, sondern in der Regelung der Diät und der gesamten Lebensweise erblicken. Demgemäß halten wir auch die Verordnung eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes in einem der Kurorte mit einer jener bislang zur Beseitigung des fraglichen Leidens so sehr gerühmten Quellen nicht für absolut erforderlich. Wir wollen natürlich nicht in Abrede stellen, daß ein Kurgebrauch in Wiesbaden, Kissingen, Karlsbad, Marienbad etc. von günstigem Einfluß ist, indes dürfte für solchen weit mehr die mit solchem Kurgebrauche notwendigerweise verbundene Veränderung der Lebensweise als das oft planlose Hinuntergießen ungeheurer Mengen der gerühmten Heilquellen verantwortlich zu machen sein. Das erhellt zur Evidenz aus der immer wiederkehrenden Beobachtung, daß es mit dem vorzüglichen Erfolge vorüber ist, sobald der Patient in den alten Schlendrian seiner gewohnten Lebensweise zu Hause wieder zurückfällt.

Bei der Wahl eines Kurortes müssen wir uns vor allen Dingen stets daran erinnern, daß der Körper aufs feinste auf jeden ihm zugeführten — organischen wie anorganischen — Stoff reagiert und prompt wieder alles eliminiert, was nicht in den Haushalt des Organismus paßt. Hier müssen wir was oben über den übermäßigen Verbrauch der Albuminate gesagt wurde, mit Bezug auf die ebenfalls oft übermäßige und unzweckmäßige Einfuhr des Chlornatriums und der schwefelsauren Alkalien wiederholen. Wenn wir bedenken, daß der Organismus prompt wieder ausscheidet, was ihm auf solche Weise zugeführt wurde, daß jedes Atom Eisen, Magnesium etc., wofür er keine Verwendung hat, durch die Niere oder den Darm wieder zur Ausscheidung gelangt, dann bescheiden wir uns wohl, ihm solch überflüssige Beschäftigung zu ersparen.

Sehen wir uns dagegen veranlaßt, den durch langes Stubensitzen und einseitige Ernährung geschädigten Patienten nach der See oder in einen Höhenkurort zu senden, wo die reine Wald- oder Seeluft ihren belebenden Einfluß übt, wo Körperbewegung und eine veränderte Lebensweise den Gesamtstoffwechsel aufs günstigste beeinflußt, so wird auch das in Frage stehende Leiden sich bald zum Besseren wenden. Wählen wir obendrein einen Kurort, wo der erforderlichen Diät Rechnung getragen wird und wo auch die anderen oben erwähnten Heilfaktoren in Anwendung gezogen werden, so wird der Erfolg nicht nur für das lokale Leiden, sondern auch für den Gesamtorganismus der denkbar beste sein.

Demgemäß werden wir uns besonders dann für einen Wechsel des Aufenthaltsortes entschließen, wenn die habituelle Obstipation auf eine Konstitutionsanomalie zurückzuführen ist, wenn Fehler der Lebensführung den Haushalt des Organismus gestört, eine allgemeine Nervosität herbeigeführt haben u. dgl. Eben in dem Wechsel aller Verhältnisse — der Höhenlage, der Luft, der Ernährung, des Wassers usf., liegt der mächtige Anreiz, den Körper in die zur Heilung erforderlichen Bahnen zu lenken.

Daraus ergibt sich gleichzeitig, daß es zur Heilung dieser Zustände bestimmte Kurorte nicht gibt; der in der Ebene wohnende Großstädter wird die für sein Wohlergehen günstigen Bedingungen in mittlerer Bergeshöhe — am besten von 600—800 Meter — finden, während der in Gebirgsgegenden Wohnende den Aufenthalt an der See vorziehen wird.

Dabei ist noch zu beachten, daß für körperlich heruntergekommene Personen und nervöse Erregungszustände die forcierte Anwendung des kalten Wassers durchaus nicht paßt. Hier sind zunächst Bäder von indifferenter Temperatur am Platze, die nur auf eine Förderung des Stoffwechsels abzielen. Kühle Prozeduren treten erst dann in ihr Recht, wenn der Stoffwechsel gehoben, resp. die nervösen Reizzustände geschwunden sind. Handelt es sich dagegen z. B. nur um mangelhafte Blutbildung, ohne gleichzeitige Anwesenheit der vorerwähnten Zustände, so liegen gegen die sofortige Anwendung kurzer, kalter Prozeduren — z. B. ein Regenbad von 12° R und 5—10 Sekunden Dauer — keinerlei Bedenken vor.

Halten wir uns bei der Behandlung der habituellen Obstipation vor Augen, daß wir vor allem darauf bedacht sein müssen, für den Körper möglichst naturgemäße Verhältnisse herbeizuführen und demgemäß alles das zu meiden, was auf Grund theoretischer Raisonnements zur planlosen Einfuhr von Nahrungs- und Genußmitteln einseitiger Art geführt hat und halten wir uns endlich fern von jeglichem Übereifer in der Medikation, so wird uns die auf solcher Basis aufgebaute Therapie vollauf befriedigen.

Referate.

TH. RUMPF (Bonn): **Über chemische Befunde bei Nephritis.**

Der Gehalt der Niere an Chlornatrium übertrifft bei Erwachsenen in vielen Fällen den Gehalt des Blutes und der übrigen Organe; besonders deutlich ist dieser Befund bei einzelnen Fällen von Nephritis. Doch gibt es auch Ausnahmen, besonders in den früheren Stadien von Nephritis. In vielen Fällen von Nephritis steigt der Chlornatriumgehalt des Blutes und der Gewebe an, jedoch stellen die Chlornatriumbefunde bei Nephritis keineswegs die höchsten Werte dar. Weiterhin gibt es Fälle von Nephritis chronica, bei welchen der Chlornatriumgehalt des Blutes und der anderen Organe trotz Ödemen, Retinitis albuminurica und urämischer Erscheinungen eher vermindert als erhöht ist. Die Untersuchung von Herzbeutelflüssigkeit, Pleuraflüssigkeit und peritonealen Ergüssen bei Nephritis (ohne Komplikation mit kardialen Hydropsien) ergab einen teils hohen, teils auch niedrigen Chlornatriumgehalt, so daß man die Entstehung der Ergüsse unmöglich auf eine Erhöhung des Chlornatriumgehaltes zurückführen kann („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 11). Der Chlornatriumgehalt von 9 peritonealen Ergüssen ohne Nephritis (6 Fälle von Leberzirrhose, 1 Fall von Tuberkulose, 1 Fall von kompliziertem Herzfehler) ergab Chlornatriumwerte, welche diejenigen bei Nephritis teilweise beträchtlich übertrafen. Man wird nach diesen

Chlornatriumbefunden in den verschiedenen Transsudaten und Exsudaten nicht mehr daran denken können, der Retention von Chlornatrium eine spezielle Bedeutung für Hydropsien bei der Nephritis zuzuweisen. Daß aber der Retention von Chlornatrium in den Nieren bei der Nephritis eine Bedeutung zukommt, soll damit keineswegs bestritten werden. Es kommt indessen außer dem Chlor eine Retention verschiedener Salze vor, so des Kaliums, des Natriums und außerdem des Kalziums und Magnesiums. Eine Erhöhung der letzteren im Blute wurde sowohl bei akuter Nephritis als auch bei den mit Arteriosklerose komplizierten Nephritisfällen gefunden. Verf. betont sodann, daß er in den frühen Stadien chronischer Nephritis vor allem eine Herabsetzung des Wassergehaltes des Blutes und der Gewebe bei Zunahme der Trockensubstanz konstatieren konnte. In den späteren Stadien, welche häufig mit einer Verminderung der Wasserausscheidung einhergehen, verwischt sich dieses Bild. Die vielfache Erhöhung des meist organisch gebundenen Kaliums läßt ebenfalls an eine Retention organischer Substanz im Blut und den Geweben denken. B.

L. Fellner (Franzensbad): **Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder.**

Im CO_2-Gasbade ist der Blutdruck stets erhöht, Puls- und Respirationsfrequenz zumeist vermehrt, im Gegensatze zu den Beobachtungen im CO_2-Mineralbade, in welchem im allgemeinen eine Abnahme der Pulsfrequenz und der Respirationszahl gefunden wurde und in welchem Verf. in Übereinstimmung mit A. Schott, Ewald, Gräupner, Broadbent, Graigner, Leslie Thorne, Leith, Baltusewicz ein Sinken des Blutdruckes während des Bades konstatieren konnte. Wenn sich demnach Frequenz des Pulses und der Respiration sowie das Verhalten des Blutdruckes im CO_2-Gasbade anders gestalten als im CO_2-Wasserbade, so ist dies wahrscheinlich auf die verschiedene Wirkung der beiden Komponenten des CO_2-Mineralbades, der CO_2 und des Wassers, infolge ihres verschiedenen thermischen Indifferenzpunktes zurückzuführen und dies Ergebnis wohl geeignet, die Lehre von der thermischen Kontrastwirkung, wie sie von Senator und Frankenhäuser aufgestellt wurde, zu stützen („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 24). Aus diesen Ergebnissen lassen sich therapeutische Schlüsse ziehen. Indikationen für die Bäder sind: 1. Von seiten des Nervensystems: Anästhesie, Hyperästhesie, Neuralgie und periphere Lähmungen (auf rheumatischer, traumatischer und toxischer Basis beruhend). 2. Funktionelle Störungen der Sexualorgane: Amenorrhöe, Dysmenorrhöe, Impotenz und Absentia libidinis. Dagegen würden als Kontraindikation gelten: 1. Neigung zu Blutungen, Menorrhagien, Hämorrhoidalblutungen, Nasenbluten, Hämoptysis. 2. Chronische Herzkrankheiten. 3. Chronische Lungenkrankheiten und Reizbarkeit der Respirationsorgane. B.

W. N. Orlow (St. Petersburg): **Über einen seltenen Fall von langjährigem Verweilen eines Fremdkörpers (Krocketkugel) in der Scheide.**

Eine 60jährige Bäuerin klagte bei der Aufnahme über Schmerzen im Unterleib und in der Scheide, über Atemnot, Husten und über eitrigen Scheidenausfluß. Sie hat vor 40 Jahren geheiratet, zweimal geboren, das erste Mal vor 34 Jahren, das zweite Mal $1^1/_2$ Jahre darauf. Menses im 20. Lebensjahre, dann alle 4 Wochen. Nach der ersten Geburt verspürte die Pat. bei der Verrichtung einer schweren Arbeit plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib und Senkung des Uterus. Sie wandte sich an eine Hebamme, aber ohne Erfolg, und infolgedessen begann sie sich selbst in die Scheide verschiedene Gegenstände einzuführen, um den Uterus zu stützen. Nach der zweiten Geburt vergrößerte sich die Senkung und die Pat. führte sich in die Vagina eine zufällig im Garten gefundene Krocketkugel ziemlich tief ein. In Rückenlage gelang ihr die Einführung nicht, wohl aber in Knie-Ellbogenlage. Das war vor 30 Jahren. Seitdem hat Pat. von dem Prolaps nichts mehr gespürt und auch keine Schmerzen gehabt; die Funktion der Harnblase und des Mastdarms boten keine Abweichungen von der Norm. Bei der Untersuchung per vaginam fand man („Russki Wratsch", 1905, Nr. 11): Introitus hochgradig verengt (senile Atrophie); hinter dem Introitus stößt der Finger auf einen runden harten Körper. Aus der Vagina entleert sich schleimig-eitrige Flüssigkeit. Aus der Harnblase wird klarer Harn entleert. Mastdarm nicht besonders komprimiert. Der kugelförmige Körper lag frei in der Vagina und konnte mit der Zange leicht gefaßt und hin und her gedreht werden. In Anbetracht der hochgradigen Verengerung des Introitus vaginae war es unmöglich, den Fremdkörper in toto zu extrahieren, und man mußte denselben zerstückeln. Diese Zerstücklung gelang relativ leicht mittelst einer kräftigen Doyenschen Zange. Das Holz der Kugel war absolut unverändert, frisch und fest. Bei der Besichtigung der Scheidenwände fand man hochgradige Kolpitis und stellenweise kleine oberflächliche Geschwüre. Am 5. Tage wurde Pat. entlassen. L—y.

Steppan (Kolin): **Ein Fall von Hemiplegie mit Aphasie. Vorübergehende Rückkehr der Sprache und der Beweglichkeit in den gelähmten Extremitäten im Verlaufe eines interkurrenten Deliriums mit motorischer Agitation.**

Es handelt sich um einen 53jährigen Mann, dessen beide Eltern einen apoplektischen Anfall durchmachten, von dem sie aber genasen und erst 7 und 8 Jahre danach starben. Ebenfalls die Großeltern von väterlicher Seite. Von den neun Geschwistern starb eines im Irrenhause, drei im Kindesalter, vier leben, von denen zwei gichtisch sind. Der Patient war immer gesund und wurde Fleischer. Im 20. Jahre wurde er Soldat und im 25. Jahre vermählte er sich. Er hatte 5 Kinder, von welchen drei gesund sind. Zwei starben an Diphtherie. Der Kranke blieb immer gesund, hatte nie Syphilis, war mäßig im Alkoholgenuß. Im Alter von 42 Jahren litt er an Gelenkrheumatismus, was einen Klappenfehler zur Folge hatte („Revue v neur., psych., fys. a diaet. ther.", 1905, Nr. 2). Im März 1902 wurde er von einem apoplektischen Anfall überrascht. Eine rechtseitige Hemiplegie mit motorischer Aphasie und Anästhesie in den gelähmten Gliedern. Normale Temperatur. Puls 56. Nach etlichen Tagen kehrte die Sensibilität in die gelähmten Glieder zurück. Eine leichte Besserung der Motilität, doch dauerte die Lähmung weiter. Nach 14 Tagen gerät der Kranke auf einmal ohne jede Ursache in einen deliranten Zustand mit motorischer Agitation. In diesem Zustande fängt der Pat. an laut zu schreien — die Worte ganz gut verständlich —, bewegt die Glieder, springt aus dem Bette und stellt sich auf beide Füße. Es war schwer, ihn zurückzuhalten. Dieser Zustand dauerte gegen sieben Tage an und nach dieser Zeit verfiel der Kranke wieder in den Status quo ante. Während also vom 26. März bis 3. April, also in der Periode der motorischen Agitation, die Sprache verständlich war, ja der Kranke ganze Sätze laut und deutlich aussprach, wurde er nun wieder unverständlich; es war ihm nicht möglich, sich verständlich auszudrücken. Die Lähmung an der rechten Hälfte kehrte zurück, der Pat. konnte weder die Hand noch den Fuß bewegen. Von dieser Zeit an fängt sich der Zustand langsam an zu bessern, so daß der Pat. fast vollkommen genas. Nach einem Jahre plötzlicher Tod in einem neuen Anfalle. Nach Verf.s Ansicht kann das obige Ereignis dadurch erklärt werden, daß der reaktive Prozeß in der krankhaften Stelle und die sekundäre Hyperämie des Gehirns Irradiationssymptome und das Delirium hervorgerufen haben. Stock.

Bier (Bonn): **Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie.**

Die Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie, die Verf. seit Jahren an seiner Klinik mit dem besten Erfolge durchführt, widerspricht unseren bisherigen Ansichten über die Bedeutung der Antiphlogose so sehr, daß man geneigt wäre, den Verf. für einen Phantasten zu halten, wenn man ihn nicht von seinen früheren Arbeiten als einen geistreichen und verläßlichen Beobachter kennen würde und wenn die genau geführten und der letzten Arbeit beigeschlossenen Krankengeschichten nicht die Richtigkeit der für einen in den alten Lehren der Entzündung und deren Behandlung aufgewachsenen Arzt höchst verblüffend erscheinenden Resultate er-



geben würden. Verf. hat bisnun 110 Fälle von akuter und subakuter Eiterung, in denen der Eiter durch Punktion oder Inzision zweifellos festgestellt wurde, mit bestem Erfolge behandelt und hat dabei die Beobachtung gemacht, daß unter dem Einflusse der Hyperämie beginnende Eiterungen verschwinden, heiße Abszesse in kalte sich umwandeln und endlich ganz verschwinden können („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 5—7). Die Technik der Stauungshyperämie ist eine sehr einfache. Man legt oberhalb der entzündeten Partie eine Gummibinde an, ohne sie besonders stark anzuziehen, und erzeugt dadurch bei richtiger Abschnürung ein feurig rotes Ödem der unterhalb gelegenen Partie. Zu feste Zuschnürung erzeugt Kälte und Cyanose der Extremität, die als schädlich anzusehen sind. Die Binde darf dem Kranken niemals Schmerzen verursachen; im Gegenteil ist das sofortige Aufhören der Schmerzen das hervorstechendste Symptom einer gut ausgeführten Stauung. Die Binde muß mindestens 10 Stunden täglich, bei schweren Eiterungen 20—22 Stunden getragen werden; natürlich muß in solchen Fällen die Stelle der Umschnürung gewechselt werden. Während der Pausen wird der Arm hochgelagert, um das Ödem abfließen zu lassen, was jedoch nie ganz erfolgt. Lymphangitische Stränge und Lymphadenitis waren für den Verf. keine Gegenanzeigen gegen die Benutzung der Stauung. Die verblüffendsten Erfolge erzielte Verf. bei Vereiterungen großer Gelenke. Schon einige Stunden nach Anlegen der Binde hörten die heftigsten Schmerzen auf; eine Erweiterung vorhandener Fisteln war gewöhnlich nicht notwendig; bei geschlossenen Gelenken wurde nur eine Probepunktion zur Konstatierung des Eiters vorgenommen. Bei dieser Behandlung wurden die Gelenke nie fixiert, sondern im Gegenteil jeden Tag bewegt, was unter dem Schutze der schmerzstillenden Stauung sehr leicht ging. Dank der Stauungshyperämie im Verein mit den frühzeitigen Bewegungen erzielte Verf., wie aus den Krankengeschichten ersichtlich ist, bei den schwierigsten Gelenkeiterungen Ausheilung mit vollständiger Funktion. Ebenso glänzende Resultate lieferten die Behandlung der Sehnenscheidenphlegmonen. Durch frühzeitige Stauung konnte häufig die Eiterung unterdrückt werden; kam es dennoch zur Eiterung, dann genügten kleine Inzisionen, aus welchen der Eiter täglich ausgepreßt wurde. Dabei konnte Verf. auf jede Tamponade und Drainage verzichten und erlebte in vielen Fällen die Genugtuung, daß die Sehnenscheiden sich nicht abstießen, sondern sich sehr rasch mit Granulationen bedeckten; er erzielte daher auch hier — bei frühzeitiger Bewegung — vollständige Beweglichkeit der Extremität. Wenn man bedenkt, wie häufig es auch bei sehr frühzeitiger Spaltung der Sehnenscheidenphlegmonen zur Sehnennekrose und dauernder Verminderung der Arbeitsfähigkeit kommt, wird man den Segen dieser neuen Behandlungsmethode zu schätzen wissen. Außerdem wurden akute und chronische Osteomyelitiden, Furunkel und verschiedene andere Eiterungen mit gutem Resultate behandelt. Die Wirkung der Behandlungsmethode erklärt Verf. auf die Weise, daß durch die Stauung eine enorme Steigerung der Entzündung auftritt und diese letztere ein sehr kräftiges Abwehrmittel gegen die Infektion bildet. Die bisherige Lehre von der Antiphlogose ist daher nach Ansicht des Verf.s eine Irrlehre. Die Resultate der Methode sind so glänzende, die Technik ist eine so einfache, daß die Nachprüfung anzuempfehlen ist. Jedoch werden Anfänger gut tun, anfangs leichtere Fälle zu behandeln, um dabei die Technik sich anzueignen, und dann erst zu schwereren Fällen (Osteomyelitis, Sehnenscheideneiterungen) überzugeben. Verf. glaubt, daß das Verfahren noch eine große Bedeutung bei der Behandlung von Ohren- und Augenkrankheiten sowie gynäkologischen Erkrankungen, ja sogar bei Meningitis erlangen wird.

Erdheim.

Ostmann (Marburg): **Die Prophylaxe des Ohres bei den akuten Infektionskrankheiten.**

Alle akuten Infektionskrankheiten bedingen eine mehr oder weniger ausgesprochene Abmagerung; besonders das Fettgewebe schwindet. Daran ist auch das Fettpolster der Tuba Eustachii beteiligt; die Folge davon ist Erweiterung der Tube, welche bis zu einem gewissen Grade durch Schwellung der Tubenschleimhaut kompensiert werden kann. Durch die Erweiterung der Tube wird das Eindringen von Krankheitserregern von der Nase und dem Rachen in das Mittelohr begünstigt. Das zweite Moment ist die Erkrankung der Nase und des Rachens, welche bei den meisten in Betracht kommenden Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach, Diphtherie, Pneumonie, Influenza etc.) sich findet; mehr oder weniger ausgedehnte Katarrhe und Entzündungen der oberen Luftwege finden sich bei diesen Krankheiten wohl ohne Ausnahme, oder schon bestehende chronische Katarrhe der Nase und des Rachens erleiden eine Verschlimmerung. Die Prophylaxe muß somit darauf gerichtet sein, die Kinder frühzeitig daran zu gewöhnen, Nasen- und Rachenhöhle durch richtiges Schnauben und Spülen, resp. Gurgeln zu säubern und so der Entstehung chronischer Katarrhe vorzubeugen; andrerseits, wenn das Kind von einer der oben erwähnten Infektionskrankheiten befallen und die Nasenatmung durch Schleimhautschwellung und Schleimansammlung behindert ist, die Nase durch einen Nasenspray, welcher nach Verf. eine Lösung von Kokain 0·1, Acid. boric. 4, Aqu. destill. 200, zerstäubt, durchgängig zu machen („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 15). Bei hochgradiger Schwellung empfiehlt es sich, vor der Anwendung des Nasensprays die Nase durch Bestreichen der Schleimhaut der unteren Muschel mit einigen Tropfen einer 2- bis 5%igen Kokainlösung, der man 2—3 Tropfen Adrenalinlösung hinzusetzt, zu erweitern. Von Bedeutung ist ferner eine möglichst sorgfältige Säuberung des Mundes sowie des Mund- und Kehlkopfabschnittes des Rachens. Tritt trotzdem eine Mittelohrentzündung ein, so muß man einerseits weiter für möglichste Säuberung von Nase und Rachen sorgen, andrerseits, sobald das Trommelfellbild Exsudatanhäufung im Mittelohr anzeigt, eine ausgiebige Parazentese machen und das eröffnete eiternde Mittelohr nach strengen antiseptischen Grundsätzen behandeln. Nach Ablauf der Infektionskrankheit darf man erst dann, wenn Nase und Rachen gesundet sind und der gesamte Ernährungszustand sich wesentlich gehoben hat, die Gefahr als beseitigt betrachten.

L.

Otto Falk (Hamburg): **Moderne Fragen der Wochenbettdiätetik.**

Bezüglich der kontroversen Frage des Leibwickelns post partum steht der Verf. (Sammlung klin. Vorträge, Nr. 385) auf dem Standpunkt, bei fettarmen und schlaffen Bauchdecken, bei etwa schon bestehendem Hängebauch, aber auch bei starker Adipositas der Bauchdecken, bei welcher eine atrophische Muskulatur die Regel ist, den Leib vom ersten Tage des Puerperium ab zu bandagieren, um so den dünnen, atrophischen Bauchmuskeln eine Unterstützung gegen die andrängenden Intestina zu gewähren. Junge Erstgebärende mit straffen Bauchdecken läßt er aber oft bis zum 3. oder 4. Tage oder überhaupt ohne die Binde liegen. Beim Aufstehen erhält jede Wöchnerin eine gut passende Leibbinde. Zur Kräftigung der Bauchmuskeln dienen ferner gymnastische Übungen, die sogenannte Drehtour um den Nabel vom 3.—5. Tage des Wochenbettes ab, langsames Erheben des Oberkörpers von der 3. Woche ab. Zur Stärkung des Beckenbodens läßt man vom 4.—5. Tage des Wochenbettes bei fehlender Dammverletzung den Damm einziehen und das Gesäß dabei heben. Zur Erzielung einer gut zurückgebildeten Vagina werden von der 4. Woche ab Spülungen mit schwach adstringierenden Lösungen und einer Temperatur von 25° C verwendet. Was die Diät betrifft, so ist eine reichliche gemischte Kost zu empfehlen (Blauscher oder Winckelscher Speisezettel), ferner pasteurisierte Schiffsmumme, Liebesches Malzextraktpulver, event. Sanatogen, Roborat u. a. Was die Mastitisprophylaxe betrifft, ist eine völlige Keimfreiheit an der Brustwarze nicht zu erzielen; es handelt sich also insbesondere darum, die Integrität des Warzenepithels zu bewahren und den Transport pathogener Keime zu verhüten. Darum sind alle feuchten Verbände, welche das Epithel nur mazerieren, zu verwerfen. Vor jedem Stillen wird nun nach Falk die Warze mit 30%igem Alkohol gereinigt, der Alkohol mit abgekochtem Wasser abgewaschen, nach dem Stillen diese Waschung in umgekehrter Reihenfolge vorgenommen. Nur bei sehr zarter Haut wird nach der Säuberung Bals. peruv., Tct. arnic. aa. 2·0, Ol. amygd. dulc. 30·0, Aq. calc. 15·0 aufgepinselt. Ferner peinliche Sauberkeit von seiten der die Warze anfassenden Hände. Als Vorlage in den ersten fünf Tagen dient ausschließlich sterile Watte; beim Entfernen müssen die Vorlagen seitens der Wärterin mit Pinzette angefaßt werden. Zur Abspülung wird nur ein durch Auskochung sauber gemachter,

Emailtopf verwendet. In der überaus strittigen Angelegenheit des Aufstehtermines bekennt sich der Verf. als Anhänger der 17- bis 20tägigen Bettruhe auch der gesunden Wöchnerin und hat niemals eher das Bett zu verlassen erlaubt, ehe nicht mindestens 3 Tage lang jedwede, auch die minimalste blutige Tinktion des Fluor verschwunden war. Zugleich ließ er seine Wöchnerinnen stets ruhig auf dem Rücken liegen, hat aber durch regelmäßige, mindestens achtstündige Entleerung der Harnblase und regelmäßige Defäkation der Entstehung einer Retroflexion vorzubeugen gesucht.

FISCHER.

KORTE und STEINBERG (Breslau): Über die agglutinierende Wirkung des Serums von Typhuskranken auf Paratyphusbazillen nebst Bemerkungen über makroskopische und mikroskopische Serodiagnostik.

Das Serum Typhuskranker kann nach Angabe mancher Autoren auch auf die Paratyphusbazillen mitagglutinierend wirken, manchmal in höherem Grade als auf das Bacterium EBERTH selbst („Münchener med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 21). Andere Untersucher kamen zu entgegengesetztem Resultat. Um nun einen Beitrag zur Klärung dieser Frage zu liefern, haben Verff. einschlägige Untersuchungen an der medizinischen Universitätsklinik zu Breslau angestellt. Zur Untersuchung kamen 70 Fälle, welche durch ihren klinischen Verlauf oder epidemiologisch als Typhus zu bezeichnen waren. Verff. bedienten sich bei der Prüfung des Serums auf Agglutination des mikroskopischen Verfahrens; sie bezeichnen nach STERN als Agglutinationstiter diejenige Verdünnung, in der nach zweistündigem Aufenthalt der Serumkulturmischung bei 37° mikroskopisch noch kleine Häufchen von mindestens 4—6 Bazillen sichtbar sind, während die nächst höhere Verdünnung keine Beeinflussung mehr zeigt. In den Fällen, in denen die Verdünnung $<1:40$ gefunden wurde, wurde eine Mitagglutination des betreffenden Paratyphusstammes als nicht vorliegend angesehen. Verff. fanden nun, daß von den 70 Fällen: 1. 24 weder Paratyphus A noch Paratyphus B mitagglutinierten; 2. 7 nur Paratyphus A mitagglutinierten; 3. 9 nur Paratyphus B mitagglutinierten; 4. 30 sowohl Paratyphus A wie Paratyphus B mitagglutinierten. Jedoch war in keinem der Fälle der Agglutinationstiter für die Paratyphusbazillen höher als der für die Typhusbazillen, es zeigte sich im Gegenteil stets das umgekehrte Verhältnis. Auch lieferten die Ergebnisse keine Bestätigung für die von einigen Autoren aufgestellte Behauptung, daß zwischen dem Agglutinationswert eines Serums gegenüber dem Krankheitserreger und der Ausdehnung der Mitagglutination auf „verwandte“ Mikroorganismen ein Parallelismus besteht. Verff. heben zur Erklärung ihrer von denen anderer Autoren abweichenden Ergebnisse hervor, daß der genaue Agglutinationstiter nur gewonnen werden kann, wenn man in der oben angegebenen Weise die Agglutination mikroskopisch beobachtet; dies ist also notwendig für die Differentialdiagnose zwischen Typhus und Paratyphus. Die makroskopische Untersuchung auf Agglutination genügt keineswegs. Die Feststellung der Grenze der Serumwirkung ist bei der makroskopischen Untersuchung ungenau und führt leicht zu Fehlschlüssen.

L.

Kleine Mitteilungen.

— In der **Behandlung der Febris biliosa haemorrhagica** gebraucht PAUCOT („Sem. méd.“, 1905, Nr. 13) subkutane Injektionen von konzentrierter Kochsalzlösung. Man injiziert in das Unterhautzellgewebe 400—500 cm^3 einer 3—4%igen Kochsalzlösung, wobei es sich empfiehlt, an der gleichen Hautstelle nicht mehr als 200 cm^3 zu injizieren. Zur Verminderung der Schmerzhaftigkeit der Injektion nehme man reines Chlornatrium und lasse die Flüssigkeit durch drei Viertelstunden kochen; dann gibt man behufs Wiederherstellung des erforderlichen Konzentrationsgrades Wasser hinzu. Die Injektionen werden in zwölfstündigen Intervallen bis zum Schwinden der Hämoglobinurie fortgesetzt. Die Injektion von 500 cm^3 Flüssigkeit muß langsam vorgenommen werden und erfordert mindestens eine Stunde. Behufs Sicherung eines regelmäßigen Zuströmens der Flüssigkeit empfiehlt sich die Anwendung eines Gefäßes, dessen Stöpsel von zwei Glasröhren durchbohrt ist, von denen die eine durch einen kurzen Kautschukschlauch mit der Nadel verbunden ist, die andere bis zum Boden des Gefäßes reicht. Die Flasche wird mit umgekehrter Mündung über das Bett gehängt, und zwar in einer Höhe, die sich nach der gewünschten Ausflußgeschwindigkeit richtet. In fünf derart behandelten Fällen verschwand die Hämoglobinurie 2—6 Stunden nach der dritten, beim sechsten Falle nach der vierten Injektion.

— In der **Therapie des Ekzems** hat LEREDDE („Fortschr. d. Med.“, 1905, Nr. 8) vielfach das Thiol gebraucht. Im Stadium, wo die Rückbildung des akuten Ekzems durch halbfeuchte Umschläge und Pulverisationen bereits eingeleitet ist, kann das Thiol in Form von Pinselungen in wässeriger Lösung oder Glyzerinmischung gute Resultate geben. Besonders nützlich scheint es bei seborrhoischem Ekzem des behaarten Kopfteiles sowie bei entzündlicher Seborrhöe im allgemeinen. Bei dem ersteren kann man Thiol in Form einer 5- oder 10%igen Paste verschreiben, wenn die Haare kurz oder abgeschnitten worden sind; bei entzündlicher Seborrhöe wird Thiol gleichfalls in dieser Form angewendet. Bei chronischem Ekzem kann Thiol zu Beginn der Behandlung nach vorangehender Aseptisierung der betreffenden Oberfläche angewendet werden. Man muß aber die Behandlung mit Teer, Pyrogallussäure, Salizylsäure hinzufügen, wenn Schuppen vorhanden sind. Für besonders nützlich hält LEREDDE die Anwendung des Thiols in den Fällen, in denen akutes Ekzem, Seborrhöe mit Pruritus einhergeht. Bei Intertrigo muß man progressiv vorgehen, zunächst mit milden Reduktionsmitteln, dann mit starken Reduktionsmitteln in immer steigenden Dosen. In der ersten Zeit verordnete LEREDDE häufig Thiol und war mit den erzielten Resultaten zufrieden; vorangehende möglichste Aseptisierung der Haut ist hier ebenso erforderlich wie beim Ekzem. Das Thiol wird zunächst 2—3mal täglich mit dem Pinsel aufgetragen, dann in Form von Pasten angewendet. Bei der Behandlung von artifiziellen Dermatitiden unterliegt das Thiol denselben allgemeinen Indikationen wie bei ekzematösen Erkrankungen. Umschläge mit einer 0·5- bzw. 1%igen Lösung von Thiol in abgekochtem Wasser, halbfeucht, mit Seidengaze überdeckt und 2—3mal alle 24 Stunden gewechselt, können sich hier als nützlich erweisen, desgleichen Thioplasten. Thiolum liquidum kann sogar in Substanz auf entzündliche Hautpartien mit dem Pinsel aufgetragen werden. Bei Pityriasis des behaarten Kopfes läßt LEREDDE die affizierte Partie mit Thiolum liquidum, zur Hälfte mit Wasser oder Alkohol verdünnt, bestreichen. Bei tiefen Dermatosen ist Thiol nicht geeignet. Bei Psoriasis bietet es keine Vorteile. Bei infantilem Ekzem ist Thiol das angenehmste Reduktionsmittel.

— Über **Impfschutzverbände** berichtet GROTH („Münchener med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 21). Ein Schutzverband muß es dem Impfling unmöglich machen, die Impfpusteln zu beschädigen, er muß jederzeit und leicht abnehmbar sein, außerdem muß er für Luft durchgängig sein. Er darf auch nicht drücken und die normale Funktion der Haut des Impflings in keiner Weise stören. Verf. hat einen solchen neuen Impfschutzverband konstruiert. Derselbe besteht aus einer aus weichem Leinen verfertigten, die Schulter und die geimpfte Stelle des Oberarms umfassenden Kappe, die mit drei Bänderpaaren befestigt wird. Das eine sehr breite Paar wird von der Höhe der Schulter über die Brust unter der anderseitigen Achselhöhle hindurchgeführt und zu einer Schleife geknotet, die zwei anderen Paare werden auf der Innenseite des Oberarms gekreuzt und außen über der Impfstelle ebenfalls zu Schleifen geschlossen. In diese Kappe, die lediglich der Befestigung dient, sind zwei Knopflöcher eingenäht, in welche zur direkten Bedeckung der Impfpusteln Einlagen vermittelst passender Knöpfe eingefügt werden, und zwar durch Dampf sterilisierte Kompressen von passender Größe. Der Verband kann in verschiedenen Größen gefertigt werden.

— Erfahrungen mit **Theocin. natrio-aceticum** und mit **Citarin** publiziert H. LAENGNER („Therap. Monatsh.“, 1905, Nr. 6). Das erstgenannte Präparat wurde in 14 Fällen benützt. Bei einem Fall von Leberzirrhose, einem Fall chronischer Nephritis mit arteriosklerotischer Aorteninsuffizienz, bei einer Myokarditis und bei einer Nephrit. chron. parench. war gar kein Erfolg zu beobachten. Die Urinmengen wurden in keiner Weise günstig beeinflußt, die Ödeme bestanden weiter. In einem weiteren Fall von chronischer parenchymatöser Nephritis ge-

lang es, durch Theocin. natrio-aceticum die Urinmengen einmal von 500 auf 1000, 1200, 1600 zu bringen, ein zweiter Versuch mißlang. Zweifellose Erfolge wurden in einem Falle von Arteriosklerose und Mitralinsuffizienz, in einem Falle von Mitral- und Aorteninsuffizienz, sowie bei einem Patienten mit Herzinsuffizienz und Ödemen erzielt. Ebenso kann Verf. von guten Erfolgen berichten, die er in mehreren Fällen von Arthrit. urica bei Anwendung von Citarin gesehen hat. Dasselbe wurde stets in Dosen von 2 *g* täglich 5mal gegeben und wirkte in dieser Form, namentlich bei akuten Anfällen, meist prompt.

— Gefährliche Komplikationen bei der **Hungerkur des peptischen Magenschwürs** beschreibt REICHMANN („Arch. f. Verdauungskr.“, Bd. 11, 1905). Er hat nämlich im Laufe von etwa 12 Jahren gelegentlich der Durchführung von Hungerkuren dreimal eine bis jetzt noch nirgends beschriebene Komplikation beobachtet, nämlich das Auftreten einer Parotitis. Verf. sieht das ursächliche Moment in der Anhäufung eitererregender Bakterien in der Mundhöhle und in beiden Duct. Stenon., da bei den eine Hungerkur durchmachenden Kranken infolge Wegfall des Kauaktes und dadurch verminderter Speichelsekretion sowohl eine mechanische als physiologische Säuberung der Mundschleimhaut unterbleibt. Es muß also bei Hungerkuren die Oberfläche der Mundschleimhaut sorgfältig gereinigt werden, und zwar nicht nur durch Spülen, sondern auch mechanisch mit einem in 4%ige Borsäurelösung getauchten Wattebausch. Eine zweite zuweilen auftretende Komplikation, plötzlicher Kräfteverfall und Störungen der Herztätigkeit, sind durch subkutane Anwendung von Exzitantien und Hypodermoklysmen von physiologischer Salzlösung zu bekämpfen, eventuell muß selbst von der Weiterführung der Hungerkur Abstand genommen werden.

— Nach den Erfahrungen von MAX JOSEPH und M. SCHWARZSCHILD („Deutsche med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 24) und LIPSCHÜTZ („Arch. f. Dermat. u. Syph.“, Bd. 74, H. 2 u. 3) ist das **Jothion** ein Präparat, das, perkutan angewandt, die besten Resorptionsverhältnisse bei fast fehlenden Reizerscheinungen aufweist. Es verdient daher überall da, wo wir Jod perkutan anwenden wollen, den Vorzug. Die Entscheidung, ob innerliche Darreichung von Jodkali oder perkutane Einreibung von Jothion vorzuziehen sei, wird von Fall zu Fall getroffen werden müssen. Wenn wir bei schweren luetischen Symptomen rasch einwirken wollen, so werden wir des Jodkali schwerlich entraten können und es höchstens dann durch Jothion ersetzen, wenn Idiosynkrasie gegen Jodkali besteht. Kommt es nicht darauf an, möglichst rasch einen therapeutischen Erfolg zu erzielen — außer Lues kommen auch die Erkrankungen in Betracht, bei denen bisher Jodkali verordnet wurde, wie Arteriosklerose, chronischentzündliche Zustände innerer Organe —, so wird Jothion gerade wegen der Vorteile der Resorption von der Haut aus den Vorzug verdienen. Durch die Untersuchungen von LIPSCHÜTZ und SCHINDLER ist der gute therapeutische Effekt des Jothion bei tertiärer Lues erwiesen, durch jene der Verff. bei lokalen luetischen Erkrankungen. Es wird vor allem die Aufgabe weiterer Nachprüfungen sein müssen, auch bei anderen Erkrankungen, bei denen wir bisher keine eindeutigen Erfolge erzielten, durch länger fortgesetzte Jothionbehandlung festzustellen, ob diese den bisherigen Behandlungsmethoden überlegen ist, und durch Anwendung des Jothion bei entzündlichen Erkrankungen überhaupt dessen Anwendungsgebiet zu umgrenzen.

— Eine **Schutzvorrichtung für den Arzt** bei der Untersuchung der oberen Luftwege beschreibt NEUMAYER („Münchener med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 15). Um zu verhüten, daß infektiöses Material durch Anhusten der Patienten ins Gesicht (Lippen, Augen) gelange, hat Verf. an der Rückseite seines Reflektors eine 0·2 bis 0·3 *mm* dicke Platte aus Marienglas anbringen lassen, welche 15 *cm* breit und 12 *cm* hoch zusammen mit dem Reflektor das Gesicht des Untersuchers von den Augenbrauen nach abwärts vollständig bedeckt, ohne den Gebrauch des Reflektors in der üblichen Weise irgendwie zu beeinträchtigen. Diese Schutzplatte ist am Reflektor in der Weise befestigt, daß zwei federnde Spangen, welche ungefähr 3 *cm* oberhalb der Durchbohrung an dem Reflektor angebracht sind, die Platte von oben her umgreifen, an die Hinterfläche des Reflektors anpressen und festhalten. Die Platte läßt sich auf diese Weise leicht anbringen und abnehmen, sie belästigt wegen ihres geringen Gewichts (10 *g*) gar nicht, ist sehr biegsam und behindert daher den Untersucher und Operateur auch nicht. Von Zeit zu Zeit muß sie erneuert werden, wenn sie an Durchsichtigkeit verloren hat.

— Die **Einwirkung des Alkohols auf das Warmblüterherz** hat KOCHMANN untersucht („Arch. int. d. pharm. et thér.“, Bd. 13). Er fand: 0·3%ige Alkohol-Blutlösungen sind ohne wesentlichen Einfluß auf das Warmblüterherz; 0·4%ige Alkohol-Blutlösungen bringen schon einen schädigenden Effekt hervor. Die Pulsfrequenz bleibt intakt, die Pulshöhe sinkt aber recht merkbar. 0·5%ige Lösungen verlangsamen die Schlagfolge des Herzens, 2%ige veranlassen den Tod. Der schädigende Einfluß des Alkohols tritt stärker hervor, wenn der Anfangsblutdruck ein höherer ist. Eine exzitierende Wirkung des Alkohols auf das Herz wurde vom Verf. nie beobachtet. Bei Hund und Kaninchen verursacht der Alkohol in mittleren Gaben eine Blutdrucksteigerung von ungefähr 7%; schaltet man die Möglichkeit einer zentralen Vasomotorenerregung vollkommen aus, so zeigt sich eine Steigerung von durchschnittlich 20%. Da der Alkohol, nach den angestellten Versuchen, auf die peripherischen Gefäße selbst keinen vasokonstriktorischen Einfluß auszuüben vermag, so wird man zu der Annahme genötigt, den Angriffspunkt für diese Wirkung des Alkohols auf ein Gebiet zwischen Rückenmark und peripherischen Gefäßen zu verlegen. Wahrscheinlich handelt es sich um das sympathische Geflecht des Abdomens. Bei der durch Alkohol hervorgerufenen Blutdrucksteigerung kämpfen ein blutdrucksteigernder Faktor (die Vasokonstriktion der Abdominalgefäße) und ein blutdrucksenkender (das vasomotorische Zentrum) gegeneinander, wobei der erstere die Oberhand behält. Vor der Blutdrucksteigerung tritt meistens eine kleine Senkung zum Vorschein; bei dieser Erscheinung summieren sich zwei Faktoren: die Parese des vasomotorischen Zentrums und die geringe schnell vorübergehende Schädigung des Herzens. Bei großen Gaben Alkohol beherrscht die Lähmung der gesamten Vasomotion das ganze Bild der Wirkung. Bei Menschen erzeugen kleine Mengen Alkohol nach 20 Minuten eine Blutdrucksteigerung, größere Dosen eine Senkung. Der Vagus spielt keine Rolle bei der Blutdrucksenkung und bei der Pulsverlangsamung. Kurz zusammengefaßt kann man also sagen, daß der Alkohol das isolierte Herz nur schädigt, daß er jedoch, auf das ganze Tier wirkend, in kleineren und mittleren Gaben den Blutdruck hebt und dadurch indirekt das Herz infolge besserer Durchblutung des Koronargefäßsystems zu größerer Tätigkeit anregen kann.

— Über die **Behandlung des Heufiebers** berichtet DENKER („Münchener med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 19). Verf. geht von der Ansicht aus, daß bei allen Heufieberkranken eine lokale Disposition der Nasenschleimhaut die Erkrankung begünstigt und sucht daher durch Massage der Nasenschleimhaut die supponierte erhöhte Reizbarkeit derselben zu beseitigen. Er geht zu diesem Zweck folgendermaßen vor: In eine Lösung von Cocain. hydrochloric. 1·0 und Adrenalin. hydrochloric. 0·01 auf Aq. destill. 10 wird die mit Watte umwickelte Nasensonde getaucht, mit derselben wird alsdann in vorsichtiger Weise die ganze Schleimhaut der Nasenhöhle, soweit erreichbar, bestrichen. Bei sehr sensiblen Patienten kann vor der ersten Bepinselung ein Kokainspray (1 : 100) angewendet werden. Die Massage selbst wird ebenfalls mit watteumwickelter Sonde, die vorher in Europhenöl (1 : 10) getaucht wird, vorgenommen. Man beginnt mit langsamem, leichtem Bestreichen der unteren Muschel, beschleunigt dann allmählich das Tempo und verstärkt den ausgeübten Druck; darauf wird der mittlere Nasengang, die mittlere und wenn möglich auch die obere Muschel in derselben Weise in Angriff genommen und schließlich kehrt man über die Schleimhaut des Septums zum Nasenboden zurück.

— Aus den Betrachtungen über die **Statistik der merkuriellen Behandlung der Tabes** von PIAZZA („Policlinico“, 1905, Nr. 1) geht hervor, daß diese Behandlungsart günstig wirkt, wenn die Tabes mit einem floriden syphilitischen Prozeß einhergeht, wenn der Patient keine Merkurialkuren gemacht oder sie unvollständig gemacht hat, wenn man in Fällen von Initialtabes den Verdacht einer vorhergegangenen luetischen Infektion hat. Sie erweist sich als indifferent in Fällen von vorgeschrittener Tabes oder in jenen, wo die primäre luetische Manifestation seit langer Zeit verschwunden ist. Sie schadet, wenn eine Atrophie der Nervi optici begonnen hat, wenn sie bereits

verschiedene Male energisch angewandt keine Wirkung gehabt hat, wenn sie von den Patienten schlecht vertragen wird, eine erhebliche Körpergewichtsverminderung und Zeichen von Merkurintoxikation zur Folge hat. PIAZZA berücksichtigt bei seiner Kasuistik die ganze neuere Literatur über diese Therapie.

Literarische Anzeigen.

Die Medizin im Neuen Testament und im Talmud. Von **Dr. Wilhelm Ebstein**, Geh. Medizinalrat, o. ö. Professor in Göttingen. Stuttgart 1903, Enke.

Das vorliegende Werk bildet die Fortsetzung von des Verfassers Buch über die Medizin im Alten Testament, dessen Kritikern auch hier mehr als zwei Druckbogen gewidmet werden. Der Ernst und der Eifer, welchen der Autor auf seine geschichtlichen Studien verwendet, verdienen gewiß allseitige Anerkennung und die Fülle des im vorliegenden Werke zusammengestellten Materiales ist eine wahrlich bewundernswerte; dieses Materiale wird auch gewiß in den hierzu kompetenten Kreisen den Ausgangspunkt mannigfacher Untersuchungen und — Kontroversen abgeben. Denn das Mißliche an der EBSTEINschen Medizin im Talmud sowie der im Alten Testamente wird stets die allzugeringe Beherrschung der Quellen bilden. Vom modernen Historiker erwarten wir eine gründliche Kenntnis der Urtexte, insbesondere bei einem Werke, wie dem Talmud, welches nicht in vollständiger Übersetzung vorliegt und dessen Sprache insbesondere bei der Deutung der Termini technici mannigfache Schwierigkeiten bietet. Von neueren Arbeiten, die dem Autor entgangen zu sein scheinen, nenne ich nur die Arbeit von ROSENBAUM (Frankfurt a. M., 1901, französisch). FISCHER.

Die Stellung der pathologischen Anatomie in der Medizin und der pathologisch-anatomische Unterricht. Von **Prof. J. Orth.** Berlin 1904, August Hirschwald.

In einer Festrede aus Anlaß des Stiftungsfestes der Kaiser Wilhelms-Akademie in Berlin gibt Verf. eine kurze historische Übersicht über den Einfluß der pathologischen Anatomie und Physiologie auf die Medizin und ihre Bedeutung für die praktischen Fächer und zeigt auf Grund dieser Betrachtungen, wie die pathologische Anatomie heute praktisch und theoretisch gelehrt werden muß, damit der Unterricht seine hohe Aufgabe erfülle. Dr. S.

SPEMANNs historischer Medizinal-Kalender. Von **Prof. Dr. J. Pagel** und **Prof. Dr. J. Schwalbe** in Berlin.

Die Popularisierung der Wissenschaft wird in unserer Zeit recht eifrig betrieben. Nichts kann diesem löblichen Zwecke förderlicher sein, als ein richtiger Modus, zumal jener, der dem Denken und Behalten des Gelernten methodisch, durch instruktive und anziehende Abbildungen, zuhilfe kommt. Diese Erfahrung haben sich neuerdings mehrere Kalenderwerke zunutze gemacht, u. a. das vorliegende. Es will das Interesse am Studium der Geschichte der Medizin erhöhen und wird sein Streben auch erfüllt sehen, denn es hat seinen Zwecken einen echt künstlerischen Bilderschmuck und treffliche Textauswahl dienstbar gemacht. Mögen recht viele Kollegen, das kleine Bilderbüchlein durchblätternd, sich kräftig erbauen an den vielen gewaltigen Beispielen, welche uns zwei erfahrene Historiker hier mit so kluger Auswahl vor Augen geführt. BR.

Tuberkulosearbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. 3. H. Berlin 1905, Julius Springer.

Das vorliegende Heft enthält drei wertvolle Beiträge zur Frage der Tuberkelbazillen und ihnen nahestehender Arten. Am wichtigsten ist wohl die Arbeit von KOSSEL, WEBER und HEUSS: „Vergleichende Untersuchungen über Tuberkelbazillen verschiedener Herkunft", deren erster Teil bereits im vorhergehenden Heft erschienen ist und an dieser Stelle besprochen wurde. Die sehr umfangreichen, eingehenden experimentellen Untersuchungen der Verff. führen zu dem Schlusse, daß als Erreger der Tuberkulose der Warmblüter Hühnertuberkulosebazillen und Säugetiertuberkelbazillen, und zwar bei letzteren zwei Typen, der Typus humanus und Typus bovinus, zu unterscheiden sind. Eine Umwandlung einer Art in die andere konnte nicht beobachtet werden; besonders bemerkenswert erscheint uns die Feststellung kultureller Unterschiede zwischen Typus humanus und Typus bovinus. Bezüglich der übrigen interessanten Untersuchungsergebnisse sei auf das Original verwiesen. In der Arbeit „die Kaltblütertuberkulose" zeigen WEBER und TAUTE, daß die sogenannten Kaltblütertuberkelbazillen mit den echten Tuberkelbazillen nichts zu tun haben, vielmehr in die große Gruppe der saprophytischen säurefesten Bazillen gehören und häufig bei Fröschen gefunden werden können. Endlich beschreibt BECK zwei neue säurefeste Bazillen, B. Tuberculoides I und II, von welchen einer aus Butter, der andere aus der Tonsille einer an Tuberkulose verstorbenen Frau herausgezüchtet wurde. Dr. S.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Orig.-Korr. der „Wiener Med. Presse".)

III.

— Juli 1905.

Ein bekanntes Sprichwort sagt: „Die beste Frau ist die, von welcher am wenigsten gesprochen wird." So könnte man auch in dieser „Hundstagszeit" das medizinische Berlin gerade deshalb preisen, weil es augenblicklich wenig von sich reden macht. In stiller Arbeit tagen die Vereine und Komitees und auf sozialem Gebiete der Ärztewelt herrscht Ruhe, des Kampfes Stürme schweigen; allein diese Stille ist nur eine scheinbare. Es fehlt in der wissenschaftlichen Arbeit nur an Sensationen und in den sozialen Streitfragen nur an augenblicklicher Kampflust. Die Gegensätze schlummern bloß, um vielleicht schon beim Beginn des Winterhalbjahres wieder zu neuer Fehde zu erwachen. Die „Saison morte" ist also nur eine scheintote.

Der Krankenkassen-Krieg ist es besonders, der augenblicklich auf einem toten Punkt angelangt ist. Wenn auch zweifellos die fixierten Kassenärzte, die Kassen mit beschränkter Arztwahl, Sieger geblieben sind, an Terrain gewonnen haben und zu den fest in ihren Händen befindlichen Kassen noch neue hinzu eroberten, so sind doch die Anhänger der freien Arztwahl nicht entmutigt, nicht untätig. Haben sie auch viel von ihrem Besitzstande, d. h. von den mit ihnen im Vertragsverhältnisse stehenden Kassen, verloren, so rüsten sie sich doch zu neuem Kampf. Ob es ihnen leicht werden wird, die beati possidentes zum Aufgeben ihrer gesicherten Einnahmen zu veranlassen, muß freilich stark bezweifelt werden. Daß diese Kollegen an dem festhalten, was sie einmal in Händen haben, ist menschlich begreiflich. Hier ist wirklich der Appell an kollegialen Gemeinsinn, an Opferfreudigkeit im Interesse aller Standesgenossen, wie es scheint, für Jahre hinaus ohne Aussicht. Mit Prinzipien, so edel sie sind, siegt man heute nicht, sondern nur mit Zweckmäßigkeitsgründen und mit Machtmitteln; mit solchen aber sind die Anhänger der „freien Arztwahl" nicht genügend ausgerüstet.

Das ist ja in mancher Hinsicht zu bedauern. Denn das Gros der Praktiker — soweit nicht einzelne Erbeingesessene oder vom Glück begünstigte Ärzte, nicht angesehene Spezialisten oder Fachgenossen, „die den Papst zum Vetter haben", in Frage kommen — kämpft und ringt unzweifelhaft sehr schwer um seine standesgemäße Existenz. Und da bedeutet schon die Einbuße an Kassenkranken, so geringfügig auch die Honorierung für diese ist, einen Schlag.

Die ethische Hyperästhesie, an der wir heute leiden, hat sich u. a. auch darin geäußert, daß man es dem Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen zum Vorwurf gemacht hat, für seine Zwecke, zumal für das Kaiserin Friedrich-Haus, seine künftige Arbeitsstätte, die Hilfe der Haute finance, also nichtärztlicher Kreise, in Anspruch genommen zu haben. Für den nicht rückständigen, für den modernen Menschen ist dieser Vorwurf unverständlich. Mit dem Klingelbeutel ist man nicht herumgegangen und an die Öffentlichkeit ist man nicht mit Sammlungen herangetreten. Wenn aber einer unserer verdienstvollsten Fachgenossen seinen großen Einfluß und ausgedehnten Klientenkreis benutzt, um einige Multimillionäre zu be-

stimmen, daß sie die Fonds zu einem der Allgemeinheit nützenden Unternehmen zusammensteuern — und die ärztliche Fortbildung nützt doch in letzter Linie den Kranken, den Nichtärzten — so kann nur ein Pedant daran Anstoß nehmen. Im Gegenteil wird man sich nur darüber freuen dürfen, daß zu den nächsten, die „Grenzgebiete der Medizin" behandelnden Kursen im Februar 1906 bereits das neueingeweihte Kaiserin Friedrich-Haus, wo sich auch die Sammlungen für das Fortbildungswesen befinden werden, dienen soll. Dieses Haus wird sicher etwas Vorbildliches und Mustergültiges werden.

Ein Thema von allgemeinem Interesse wurde in der letzten Sitzung der „Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene etc." eingehend erörtert, nämlich die Frage der „Massage-Ausübung durch Blinde". Es ist dies ein Thema, das teils auf der im allgemeinen ja berechtigten Humanität und Blindenfürsorge, teils auf der weniger berechtigten Rücksicht für zimperlich-hysterische Damen beruht. Wie in der Diskussion mit Recht hervorgehoben wurde, ist diese an sich nicht neue Idee aus verschiedenen Gründen keine sehr glückliche. Zunächst herrscht bei vielen Patienten und Patientinnen eher eine gewisse Abneigung dagegen, sich von jemanden massieren zu lassen, der an einem körperlichen Gebrechen so trauriger Art leidet. Selbst Kassenkranke würden sich oft weigern, einen blinden Masseur zu akzeptieren. Hierzu kommt, daß ein solcher (bzw. eine blinde Masseurin) allenfalls theoretisch massieren könnte, aber kaum individuell, dem Leiden des Betreffenden angemessen, und daß es auch mit der neben der Massage verordneten passiven Gymnastik seine Schwierigkeiten hätte, wenn nicht ein sehender Arzt oder Heilgehilfe dabei steht. Selbst für eine Poliklinik wäre dies keine Erleichterung. Schließlich ist zu beachten, daß ein blinder Masseur, der die Kranken in den Wohnungen aufsuchen soll, eines Führers bedürfte, zumal in der verkehrsreichen Großstadt. Abgesehen von ganz vereinzelten Fällen dürfte also die Verwendung Blinder zur Massage wohl kaum große Aussicht haben.

Ich erinnere mich aus meiner Studienzeit eines Kommilitonen, den die Fakultät trotz seiner Blindheit die Examina (mit nachsichtigen Ausnahmen) machen ließ und approbierte. Die Sache wurde wohl mehr als Kuriosum angesehen. Der Kollege aber hat es über eine Damenpraxis, der die Behandlung durch einen blinden Arzt eine interessante Abwechslung bot, wohl kaum hinausgebracht.

Der Gesundheitszustand Berlins hat sich, wie stets in den heißen Monaten, für die kleinen, künstlich genährten Kinder trotz der vielen, auf das Wohl der Säuglinge gerichteten Bestrebungen noch nicht wesentlich günstiger gestaltet. Immer noch erliegen sehr viele Kinder aus den ersten 2 Lebensjahren dem Brechdurchfall und anderen Sommerkrankheiten. Mehrere Hilfsstätten für Säuglinge, woselbst auch Milch verabreicht wird und Belehrungen gegeben werden, wurden errichtet; auch einige Säuglingsasyle bestehen. Aber diese löblichen Einrichtungen sind angesichts einer Zweimillionen-Bevölkerung wie ein Tropfen im Meer. Die Milchversorgung einer solchen Großstadt ist ja nicht leicht. Neben den zahlreichen freien Milchhändlern besteht eine agrarische Zentrale für Milchverwertung, welche den Preis zu bestimmen wünscht, und andrerseits findet jetzt Masseneinfuhr gut konservierter dänischer Milch statt, welche wohlbehalten hier anlangt, preiswert und tadellos ist. Über diese Konkurrenz ist natürlich die Zentrale erbittert und sie sucht die Milch vom „Staate Dänemark" dem Publikum als „etwas faul" darzustellen, was aber nicht gelingt. Den Vorteil solcher Konkurrenz werden wohl, wie immer, die Konsumenten haben.

Die Meningitis cerebrospinalis epidemica, welche in Schlesien und in den rheinischen Industriebezirken Opfer forderte, hat Berlin so ziemlich verschont. Es kamen kaum mehr Fälle vor als in früheren Jahren, und diese sporadischen Erkrankungen meist Zugereister wurden rasch durch energische Maßregeln lokalisiert. — Überhaupt hatten hier nicht nur die hygienischen, sondern auch die gut organisierten Zentralisationsbestrebungen vorzügliche Erfolge zu verzeichnen. Die Zentrale zum Nachweise der in Krankenhäusern freien Betten fungiert vorzüglich auf telephonischen Anruf; im Anschlusse daran ist das Krankentransportieren jetzt von einem Ärztekomitee trefflich eingerichtet und hat besonders durch die jedesmal nach einem Transport stattfindende Desinfektion des Wagens das Vertrauen der Bevölkerung gewonnen. Auch der Nachweis guter Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen ist straff zentralisiert und das Rettungswesen („Erste Hilfe"), das sich erst jüngst, beim Einzuge des Kronprinzenpaares, glänzend bewährte, ist ausgezeichnet geordnet. Auf alle diese Einrichtungen, die den Beifall auswärtiger ärztlicher Besucher finden, kann Berlin mit Recht stolz sein. ♎

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Académie de Médecine.

POUCHET: Über Stovain.

POUCHET erklärt das Stovain für ein sehr wertvolles Analgetikum, das aber den indirekten Kontakt mit den Nervenfasern erfordert. Die Toxizität ist verhältnismäßig gering. Nach sehr hohen Dosen tritt eine Vergiftung auf, die zweierlei Formen annehmen kann: Die analgetische Form, mit Temperaturherabsetzung einhergehend, verläuft ohne Lähmungserscheinungen und führt oft rasch zum Tod. Die zweite Form äußert sich in Aufregungszuständen, klonischen und tonischen Krämpfen und Trismus. Die Krämpfe wiederholen sich, bis das Tier stirbt.

Das Stovain ist ein spezifisches Nervengift, dessen durch das Experiment kennen gelernte Wirksamkeit sich zugleich auf Medulla oblongata, Cerebellum, Großhirnhemisphären, Rückenmark und peripheres Nervensystem erstreckt, ohne daß man sagen könnte, in welcher Reihenfolge diese Partien betroffen werden. Am meisten aber scheint das Stovain auf Rückenmark und Kleinhirn zu wirken.

HUCHARD: Die Behandlung der Neuralgien mit Stovain.

HUCHARD berichtet über sehr gute Resultate, insbesondere in der Behandlung der Ischias. Aber Stovain muß direkt auf den erkrankten Nerv einwirken.

HUCHARD hat drei verschiedene Arten der Anwendung erprobt:

1. Hypodermatische Injektionen. Dieser Modus der Anwendung ergab keine günstigen Erfolge, da das Stovain zu weit von dem betroffenen Nerven entfernt war, um wirken zu können.

2. Tiefe Injektionen, appliziert in die tiefe Muskulatur, in die Nähe des kranken Nerven. Die Erfolge waren sehr gut.

3. Epidurale Injektionen, ein ausgezeichnetes Mittel in der sonst oft undankbaren Therapie der Ischias.

Dieser Anwendungsmodus versagte niemals, selbst nicht bei alten, gegenüber jeglicher anderen Therapie rebellischen Formen. Die verwendete Dosis betrug zwei Zentigramme. Fünf Injektionen genügten, um die Heilung herbeizuführen, ohne daß sich der mindeste toxische Zwischenfall ereignete.

CHARRIN und VITRY: Der Einfluß der Laktation auf die Widerstandskraft des Körpers gegenüber Krankheiten.

Die Laktation ist im großen und ganzen geeignet, im Organismus Veränderungen zu setzen, welche den Ausbruch von Krankheiten wesentlich begünstigen.

CHARRIN und VITRY haben durch den Tierversuch diese Behauptung bewiesen: die gleiche Dosis Strychnin erregt viel früher und viel stärkere Konvulsionen bei einem säugenden Kaninchenweibchen, als beim normalen Kontrolltier; der Tod trat durch mäßig erhöhte Dosen beim säugenden Tier ein, während das gleiche Giftquantum das Kontrolltier nicht zu töten vermochte. Auch die Widerstandsfähigkeit gegenüber Infektionen ist bedeutend herabgesetzt: Die gleich große Dosis einer Kultur von Bacillus pyocyaneus, welche beim normalen Tier nur eine leichte, rasch heilende Läsion setzt, genügt, um das säugende Versuchstier zu töten. Diese Erscheinungen erklären sich durch eine Abschwächung der Antitoxine, insbesondere der antitoxischen Kraft der Leber.

Die Laktation läßt die Widerstandsfähigkeit des Organismus geringer werden, indem sie organische Gifte anhäuft und die Widerstandsfähigkeit gegen diese abschwächt. Sie schafft ein günstiges Milieu für Infektionen und ist mit einem Worte eine Modifikation des dyskrasischen, durch die Schwangerschaft bedingten Zustandes.

ROBIN: Die Behandlung des Karzinoms mit X-Strahlen.

R. berichtet über einen 64jährigen Mann, der alle Zeichen eines Magenkarzinoms aufwies und bei dem ein deutlicher Tumor in der Gegend der großen Kurvatur zu tasten war. Nach fünf radiotherapeutischen Sitzungen verschwanden alle pathologischen Erscheinungen

Doumer und Lemoine berichten über eine Frau, die an Hämatemesis litt, beträchtlich abmagerte und bei der in der Magengegend ein deutlicher Tumor zu tasten war. Nach einer Behandlung mit Röntgenstrahlen, die einen Monat währte, verschwand der Tumor. Beide Autoren wollen noch mehrere analoge Heilungen erzielt haben: R. meint dagegen, daß bei einer Erkrankung, deren Diagnose sich zuweilen so zweifelhaft gestalten kann, die Möglichkeit eines diagnostischen Irrtums sehr nahe liegt. Andrerseits verlohnt es sich immerhin, weitere Beobachtungen anzustellen.

Société médicale des hôpitaux.

Gilbert und Lereboullet: Primärer Krebs der Leber und familiäre Cholämie.

Geradeso wie die alkoholischen Leberzirrhosen tritt der primäre Krebs der Leber mit Vorliebe bei Individuen auf, die an familiärer Cholämie oder einer anderen Gallenaffektion früher gelitten haben. Zur Stütze dieser Ansicht dient die Beobachtung eines Kranken, der an Karzinom mit Zirrhose litt. Der Krankheitsprozeß verlief rapid, die Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt. Der Patient hatte früher an Cholämie gelitten. Seine Mutter war an Brustkrebs gestorben, der Vater hatte ein Gallenleiden gehabt.

Es ist schwierig, die Art der Prädisposition, welche infolge familiärer Cholämie und anderer Gallenleiden bei manchen Individuen besteht, näher zu erklären. Aber die Tatsache selbst wird durch viele Beispiele erhärtet. Wenn man daher im Zweifel ist, ob es sich um ein primäres oder sekundäres Karzinom der Leber handelt, so ist die Abwesenheit aller biliären Antezedentien am Individuum selbst und in dessen Familie geeignet, die Diagnose des primären Karzinoms hinter der eines sekundären zurücktreten zu lassen.

Galliard: Hypertrophische Zirrhose der Milz ohne Leberzirrhose.

Galliard beobachtete eine 67jährige Patientin, die wegen dyspeptischer Störungen das Krankenhaus aufgesucht hatte und derart kachektisch war, daß die Diagnose eines Magenkrebses als die wahrscheinlichste angenommen wurde. Bei der Obduktion fand man eine hypertrophische Zirrhose der Milz; Leber, Nieren und Herz waren gesund. Die Ursache dieser Zirrhose, die unabhängig von jeglicher leukämischen Blutveränderung war, konnte nicht erforscht werden.

Apert: Akutes familiäres Ödem der Haut und Stimmritze.

Apert hat in Gemeinschaft mit Delille ein 9jähriges Kind beobachtet, daß mit einem akuten Ödem der Stimmritze unbekannter Ätiologie ins Krankenhaus kam. Das Ödem verschwand spontan nach 24 Stunden. Die Anamnese ergab, daß der Onkel des Kindes wegen eines akuten Ödems der Stimmritze tracheotomiert worden war, und daß der Vater, der ältere Bruder und ein anderer Onkel häufig an verschieden lokalisierten Hautödemen litten. Es handelt sich um eine familiäre Form der Quinckeschen Krankheit, eines akuten, zirkumskripten Ödems der Haut mit Beteiligung des Larynx in 2 von 5 Fällen. Bemerkenswert ist, daß bei den 3 Männern der ersten Generation das Leiden in erwachsenem Alter, bei den 2 Knaben der zweiten Generation im frühesten Kindesalter auftrat.

Salmon: Über den Einfluß der Zeit auf die Widerstandsfähigkeit des syphilitischen Virus.

Salmon betont, daß die Widerstandsfähigkeit des syphilitischen Virus kaum durch Beobachtungen am Krankenbette festgestellt werden kann. Doch kann man der Frage durch Impfversuche am Tier näher treten. Wenn man Affen zwei Varietäten desselben Virus einimpft, nämlich einerseits frischen syphilitischen Eiter, andrerseits Eiter, der dem syphylitischen Organismus schon vor einigen Stunden entnommen wurde, so konstatiert man, daß der frische Eiter die Infektion überträgt, während das ältere Virus inaktiv bleibt.

Hirtz: Über urämische Anfälle während Polyurie und Resorption der Ödeme bei einem Arteriosklerotiker.

Vortr. beobachtete einen Mann von 56 Jahren, der an einer arteriosklerotischen Niere und leichter Dilatation des rechten Herzens mit konsekutivem hochgradigen Ödem, insbesondere der unteren Extremitäten litt. Der Kranke erhielt ein Digitalisinfus und Milchdiät verordnet. Im Laufe der nächsten Tage gab es eine starke Polyurie, und das Ödem an den unteren Extremitäten begann sich zu resorbieren. Aber zugleich stellte sich eine heftige Urämie mit starken Krämpfen und Bewußtseinsstörungen ein. Dieser Zustand hielt etwa 7 Tage an und ging dann in Heilung über. Der Mechanismus dieser urämischen Zufälle, die während der Polyurie auftauchen und auch mit dem Schwinden der Ödeme an den unteren Extremitäten zusammenfallen, ist noch gänzlich unklar. Vortr. glaubt, daß man die Ursache der plötzlichen Flüssigkeitsentziehung der Gehirnzellen zu suchen hat

Barié hat gleichfalls bei einem Fall von Albuminurie urämische Zufä analoger Art gesehen. Sie setzten in dem Augenblick ein, wo durch kleine Dos von Digitalis und Theobromin das Ödem an den unteren Extremitäten schwinden begann, dauerten etwa 48 Stunden und hatten eine linkseiti Hemiplegie im Gefolge. Die Autopsie ergab ein beträchtliches subarachnoidal Ödem beider Gehirnhemisphären. Der Patient war ein alter Luetiker und z gleich schwer hereditär belastet; eine Schwester hatte an infantiler Paralys eine zweite an Hysterie gelitten. Die Eltern waren ebenfalls nervenkran gewesen.

Dufour ist der Ansicht, daß urämische und eklamptische Zuständ insbesondere bei dazu durch jugendliche Nervenerkrankungen prädisponierte Individuen vorkommen.

Dopter betont, daß die Ödemflüssigkeit zwar ganz harmlos sei, wenn man sie Versuchstieren unter die Haut injiziere, aber sofort tonisch wirke wenn man sie mit der Gehirnsubstanz unmittelbar in Berührung bringe. Man ist auch imstande, die Schädigungen der Nervenzellen histologisch nachzuweisen, während bei Kontrolltieren, bei denen bloß destilliertes Wasser verwendet worden war, weder nervöse Störungen noch anatomische Schädigungen auftraten.

Queyrat: Über das Intervall zwischen Auftreten des Ulcus durum und der Immunisation.

Queyrat stellt einen jungen Mann vor, der am Penis eine Serie von Initialaffekten hatte, die innerhalb einiger Tage zum Vorschein gekommen waren: der erste 12 Tage früher als der letzte. Es scheint also, daß die Periode der Immunisation, welche nach einigen Autoren 2 oder 3 Tage nach Ausbruch des Primäraffektes beginnt, zumindest in einzelnen Fällen später beginnt.

Danlos betont, daß man oft in der Nähe des Primäraffektes vor Auftreten der Sekundärerscheinungen eine Reihe nicht deutlich charakterisierter Effloreszenzen bemerkt, denen M. du Castel den Namen „Lymphangites de voisinage" gegeben hat. Diese Läsionen, welche den Ausdruck einer lokalen, der allgemeinen vorausgehenden Infektion bilden, dürfen mit echten Primäraffekten nicht verwechselt werden.

Babinski: Incontinentia urinae, geheilt durch Lumbalpunktion.

In dem einen Fall handelt es sich um ein 17jähriges Mädchen, das seit seinem 7. Lebensjahr an Enuresis nocturna leidet. Nach der ersten Punktion mit Entleerung einiger Kubikzentimeter Flüssigkeit bestand durch 8 Tage Kontinenz, dann trat ein Rezidiv ein. Jetzt ist die Kranke seit 2 Monaten kontinent. Der zweite Fall betrifft einen Luetiker, der seit 2 Jahren eine spastische Paraplegie mit Paralyse des Spincter alvi et vesicae hat. Nach einer Punktion mit Entleerung von $15 cm^3$ Flüssigkeit hat der Kranke nur mehr willkürliche Blasenentleerungen. Auch bei mehreren anderen Fällen, die Babinski gemeinsam mit Boisseau derart behandelte, wurden wesentliche Besserungen erzielt.

Raymond: Über den schmerzstillenden Einfluß des Radiums.

Vortr. teilt die Resultate seiner Versuche über die Heilwirkung des Radiums, die er zugleich mit Zimmern angestellt hatte, mit. Bei einer Serie von Tabetikern sind die Schmerzen fast stets nach einer einmaligen oder wiederholten Applikation von Radium, das in kleiner Quantität in einer Tube enthalten war, geschwunden. Die Applikation fand an jenen Stellen statt, von welchen nach Angabe der Kranken die Schmerzen ausstrahlten und dauerte 5—25 Minuten. Stets hatte man das eine oder andere Mal ohne Wissen des Patienten an Stelle dieser Tube eine leere substituiert, ohne durch diese rein suggestive Therapie eine Veränderung der Schmerzen zu erzielen. Man kann also wohl mit Sicherheit annehmen, daß die Emanationen des Radiums einen schmerzstillenden Einfluß haben.

Foveau des Courmelles: Über Drüsenatrophie durch Röntgenstrahlen.

Es ist bereits bekannt, daß die Röntgenstrahlen eine Atrophie der Geschlechtsdrüsen bewirken. Bei der Behandlung von 30 Fällen von Fibromyomen des Uterus durch Röntgenbestrahlung kam es zur Verlangsamung und schließlich zum Verschwinden der Menstruation infolge Atrophie der Ovarien. Von der Wirkung der Ovariotomie bei Mammakarzinomen ausgehend, wurden in geeigneten Fällen sowohl die Tumoren der Mamma als auch die Ovarialgegend bestrahlt und eine raschere Regression der Geschwülste war die Folge. Bei einem derart behandelten Tumor, der wegen seiner Schmerzhaftigkeit später exstirpiert wurde, ergab die histologische Untersuchung eine vollständige fibröse Umwandlung des Tumors. Die Achseldrüsen waren sehr hart und nur mehr hirsekorngroß. Die Röntgenstrahlen sind also imstande, eine Atrophie der Ovarien, Brustdrüsen und Lymphdrüsen zu erzeugen.

Notizen.

Wien, 5. August 1905.

(Ärztekammertag.) Die geschäftsführende Ärztekammer in Innsbruck beabsichtigt, den diesjährigen Ärztekammertag (mit Rücksicht auf die Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran) nach Innsbruck einzuberufen. Vorläufig sind folgende Anträge zur Tagesordnung eingelaufen: 1. Programm für die Arbeiter-Unfallversicherungsreform; 2. Revision des bürgerlichen Gesetzbuches, insofern ärztliche Interessen berührt werden. 3. Wahl eines Ärztekammer-Geschäftsausschusses. 4. Publikation der Sitzungsprotokolle der Ärztekammern im „Ärzte-Kammer-Blatte". 5. Reaktivierung der Kammern für Krain und Kärnten. 6. Petition an die Regierung zwecks Erläuterung der Bestimmungen des Berufszwanges. 7. Haftpflicht der Ärzte. 8. Die Frage des Annoncierens der Kammerangehörigen.

(Universitätsnachrichten.) Aus Berlin schreibt man uns: Ein Erlaß des Kultusministers regelt das Verhalten der akademischen Behörden bei Gesuchen von Studierenden um Befreiung von der Ableistung des praktischen Jahres. Als Dispensationsgründe werden bezeichnet: 1. Ungünstige Vermögensverhältnisse; 2. Militärverhältnisse, insbesondere die durch vorgerücktes Alter gegebene Notwendigkeit, das zweite Halbjahr mit der Waffe abzuleisten; 3. vorgerücktes Alter infolge eines Berufs- und eventuell auch eines Studienwechsels; 4. Übernahme der ärztlichen Praxis des Vaters oder eines sonstigen nahen Verwandten; 5. Krankheit, durch die der Kandidat für längere Zeit an der Ableistung des praktischen Jahres verhindert wird, z. B. wenn er durch sie genötigt ist, alsbald nach dem Süden zu übersiedeln oder eine längere Seereise — als Schiffsarzt — anzutreten. 6. Verzögerung des Studiums durch längere Krankheit.

(Personalien.) Prof. Dr. EMIL STOFFELA D'ALTA RUPE feiert am 13. d. M. seinen 70. Geburtstag. — Der Reg.-Arzt I. Kl. Doktor KARL BIEHL hat das Ritterkreuz I. Kl. des schwedischen Wasa-Ordens erhalten. — Prof. Dr. SPALTEHOLZ in Leipzig ist von der Universität in Wisconsin zum Ehrendoktor ernannt worden.

(Über Armenbehandlung) hat in einem der Ärztekammer von Steiermark erstatteten Referate Dr. BUCHMÜLLER maßgebende Grundsätze ausgesprochen. Er sagte u. a.: Befindet sich an einem Orte kein Armenarzt und muß ein praktischer Arzt einen erkrankten Armen in ärztliche Behandlung übernehmen, so möge er in folgender Weise hierbei vorgehen: Kann der Erkrankte ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens in ein öffentliches Krankenhaus transportiert werden, so möge dies durch seine Angehörigen oder im Wege der Gemeinde sofort veranlaßt werden. Ist die Überstellung des Patienten in ein öffentliches Krankenhaus aus irgend welchen Gründen nicht tunlich und die Belassung in häuslicher Pflege zu empfehlen, so muß der Arzt sofort und längstens binnen drei Tagen die Anzeige von der Übernahme des erkrankten Armen in die Behandlung an die Gemeindevorstehung der Aufenthaltsgemeinde machen und sich hierüber eine Bescheinigung vom Gemeindeamte geben lassen. Dem Bezirksausschusse ist im Wege der Gemeindevorstehung vierteljährig Rechnung zu legen, wobei nach dem Armentarife vorzugehen ist.

(Arzt und Apotheker.) In einem Artikel des „Öst. Ärzte-Kammer-Bl." erörtert ein Kollege die Beeinträchtigung der ärztlichen Praxis durch Apotheker und Arzneitaxe. Er gelangt zu dem Schlusse, daß es, um die Schädigung der ärztlichen Praxis durch Apotheker und Arzneitaxe aufzuheben, notwendig sei, den Apothekern jedwede Ordination zu verbieten, die Ansätze der Arzneitaxe um ein Bedeutendes herabzudrücken und die Dispensationstaxe sowie das Berechnen zurückgebrachter Behälter (Tiegel, Schachtel, Flasche) ganz abzuschaffen. Schließlich verlangt der Kollege das Eintreten sämtlicher Ärztekammern für seine berechtigten Forderungen.

(Schiffsärzte.) Nachdem wiederholt von Universitätsprofessoren auf die den jüngeren Ärzten gebotene Gelegenheit hingewiesen worden ist, durch zeitweilige Übernahme einer Schiffsarztstelle nicht nur interessante Reisen zu unternehmen, sondern auch in fachlicher Beziehung mancherlei wertvolle Bereicherung, namentlich in bezug auf die Tropenkrankheiten zu sammeln, macht sich in ärztlichen Kreisen von Jahr zu Jahr ein immer größeres Interesse dafür bemerkbar. Der Norddeutsche Lloyd bietet durch die große Zahl der von ihm unterhaltenen Linien den Ärzten Gelegenheit, die wichtigsten Schiffahrtswege und Länder der ganzen Welt kennen zu lernen, Nordamerika, Mittelamerika, Südamerika, das Mittelmeer, Ostasien und Australien. Sehr wertvoll für Schiffsärzte ist die Kenntnis fremder Sprachen, da ein beträchtlicher Teil der Passagiere des Norddeutschen Lloyd Nichtdeutsche sind. Vor allem ist die Kenntnis der englischen Sprache wichtig; aber auch die französische Sprache und seit neuerer Zeit, seitdem die Gesellschaft ihre Mittelmeerlinien erweitert hat, immer mehr auch das Italienische ist für sie von großem Werte. Es ist deshalb Medizinern, welche die Absicht haben, eine Zeitlang als Schiffsärzte zu fahren, sehr zu empfehlen, daß sie sich vorher mit diesen Sprachen beschäftigen. Die Übung, welche sie dann auf den Seereisen in den fremden Sprachen gewinnen, kommt vielen auch in ihrer späteren Tätigkeit sehr zugute.

(Forensisches.) Die „Ärztl. Sachverst.-Ztg." meldet aus D.: Ein Kassenmitglied wurde am 6. November 1903 von einem Hunde in die Hand gebissen. Noch am nämlichen Tage erfuhr der behandelnde Arzt, daß der Hund an Tollwut litt. Er schickte darauf sofort den Pat. in Begleitung eines Krankenwärters in das Kgl. Infektionsinstitut nach Berlin. Pat. verlangte nun von der Kasse Rückerstattung der Kosten für Reise und Verpflegung. Die Kasse lehnte die Erstattung der Kosten ab, wurde aber von dem Landrat zur Zahlung verurteilt. Nunmehr wurde sie bei dem Amtsgerichte klagbar. Die Klage wurde unter folgender Begründung abgewiesen: Die Kasse hat nicht nur die Verpflichtung, ihren Mitgliedern freie Behandlung seitens der Kassenärzte zu gewähren, sondern in den Fällen, in welchen eine spezialistische Behandlung unvermeidlich ist, auch die Kosten einer solchen zu tragen. Eine geeignete Behandlung war nur in dem Institut für Infektionskrankheiten möglich. Es lag auch die Notwendigkeit zu einem sofortigen, spezialistischen Eingreifen vor. Pat. hatte also nicht Zeit, die vorherige Einwilligung der Kasse einzuholen. Die Berufung der Kasse wurde schließlich auch von dem Landgerichte abgewiesen.

(Die größte Apotheke der Welt), die FERREINsche in Moskau, hat, wie die „Deutsche Med. Wochenschr." meldet, nicht weniger als 700 Angestellte, darunter 13 Magister der Pharmazie, 1 Doctor medicinae, 106 Provisoren, 95 Gehilfen, 11 weibliche Pharmazeuten, 20 Drogisten, 350 Arbeiter etc. Die Zahl der Rezepte übersteigt an manchen Tagen 2000; im Jahre 1904 sind 506.599 Rezepte verabfolgt worden. Der Ruf der Apotheke ist ein so großer, daß z. B. vor einigen Jahren ein Moskauer Kaufmann sich Chininpulver à 0·3, die seinem Kinde in Interlaken verschrieben wurden, von FERREIN in Moskau dahin senden ließ.

(Kongresse und Verhandlungen.) Der 18. französische Chirurgenkongreß findet am 2. Oktober in Paris statt. Auf der Tagesordnung stehen: 1. Chirurgie des Pankreas; 2. plastische Chirurgie des Gesichtes; 3. konservative Behandlung der Verletzungen der Extremitäten. — Die deutsche Gesellschaft für gerichtliche Medizin wird ihre erste Tagung vom 25.—28. September d. J. in Meran gleichzeitig mit der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte abhalten. Auf der Tagesordnung stehen folgende Themen: Tod durch Elektrizität, KRATTER (Graz) und JELLINEK (Wien). Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung, V. KAAN (Meran) und STRASSMANN (Berlin). Der Geisteszustand jugendlicher Krimineller, ANTON (Graz) und PUPPE (Königsberg). — Der internationale Tuberkulose-Kongreß, welcher in Paris vom 2. bis 7. Oktober d. J. abgehalten werden wird, gliedert sich in vier Abteilungen: 1. Innere Pathologie, 2. chirurgische Pathologie, 3. Schutz und Hilfe beim Kinde, 4. Schutz und Hilfe beim Erwachsenen, soziale Hygiene.

(Statistik.) Vom 22. bis inklusive 29. Juli 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6901 Personen behandelt. Hiervon wurden 1494 entlassen, 167 sind gestorben (10% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 59, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 10, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 11, Scharlach 25, Masern 66, Keuchhusten 105, Rotlauf 21, Wochenbettfieber 3, Röteln 4, Mumps 1, Influenza —, Genickstarre

Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 662 Personen gestorben (+ 4 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Bleiberg in Kärnten der Professor für Zahnheilkunde an der Wiener Universität Dr. JOSEF Ritter v. METNITZ, im Alter von 42 Jahren. Er war Vorstand der zahnärztlichen Abteilung der Poliklinik und hat ein Lehrbuch der Zahnheilkunde, einen Atlas der Pathologie der Zähne sowie zahlreiche Originalarbeiten herausgegeben. — In Wien der frühere Direktor des k. k. Franz-Josef-Spitales in Wien, Regierungsrat Dr. KARL KLIMESCH, ein wohlwollender Chef und pflichtgetreuer Arzt, im 63. Lebensjahre; in Bingen der dirigierende Arzt des dortigen Hospitals San.-Rat Dr. HEINRICH, 53 Jahre alt; in Frauenfeld (Schweiz) der bekannte Praktiker Dr. KONRAD REIFFER im 80. Lebensjahre; in Kassel der Spezialist für Morphinisten Dr. BRILL-FULDA; in Berlin der Spezialarzt für Laryngologie Dr. F. TREITEL im Alter von 40 Jahren; in Louisville der Professor der Anatomie an der Kentucky School of Medicine Dr. J. B. ENRIGHT.

Nur noch Anastigmate von C. P. Goerz u. a. erhalten von jetzt an die bekannten Union-Cameras der Firma Stöckig & Co., Dresden, Bodenbach, Zürich. Alle weniger leistungsfähigen Objektive, wie Landschaftslinsen, Periskope, Aplanate usw., sind ausgemerzt worden. Wir empfehlen unseren Lesern, den unserem heutigen Blatte beiliegenden Prospekt genannter Firma aufmerksam durchzulesen und besonders die günstigen Bezugsbedingungen zu beachten.

Über die Hundstage hilft uns denn doch am besten unser altbekannter „**Mattonis Gießhübler**" hinweg: frisch perlend im Glase, pur oder als G'spritzter mit Gieß! verheißt er uns die jetzt stets willkommene Erfrischung, die er uns auch in der köstlichsten Weise bietet; er wirkt kühlend und belebend, regt den Appetit an und fördert die Verdauung. Von ganz besonderer Bedeutung ist „Mattonis Gießhübler" für die Familie, da man diesen Labetrunk einem kranken, durch Fieber und Durst gequälten Kinde ohne jedes Bedenken bis zur Anwesenheit des Arztes reichen kann, denn dieses Naturmittel beeinträchtigt nie die späteren Verfügungen des Arztes, schafft jedoch momentan Linderung.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Papius K. Frh. v., Das Radium und die radioaktiven Stoffe. Berlin 1905, G. Schmidt. — M. 2·—.

Leidner, Zur Impfpflege. Nannhof 1905, Schiefer & Schönfelder. — M. 1·—.

Bericht des Landesausschusses des Erzherzogtums Österreich u. d. Enns (1. Juli 1903 bis 30. Juni 1904). VIa. Wohlfahrtsangelegenheiten. Wien 1905, Hof- und Staatsdruckerei.

Goldscheider, Hygiene des Herzens. München und Berlin 1905, R. Oldenbourg. — M. —·30.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vorm. **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über „**Suprarenin**" und **Camera-Großvertrieb „Union"**, **Hugo Stöckig & Co. in Bodenbach.** Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 13. August 1905. Nr. 33.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über Strikturen des Ureters.

Von **Dr. K. W. Monsarrat**, Liverpool.

Die Ursachen der Strikturen des Ureters lassen sich in drei Klassen einteilen: 1. kongenitale anatomische Anomalien, 2. krankhafte Affektionen des ureteralen Rohres selbst und 3. krankhafte Affektionen, welche den Ureter von außen her beeinflussen. Die anatomischen Veränderungen, welche beobachtet wurden, sind die folgenden: Abknickungen des Ganges über ein abnormal gelegenes Nierengefäß und schiefe oder ungewöhnlich hohe Einschaltung des Ureters in das Nierenbecken, was bei der Entleerung zu mechanischen Beschwerden Veranlassung gibt. Die kongenitale Verengerung des Ureters ist auch schon in einigen Fällen verzeichnet worden.

Die Veränderungen des Rohres selbst, welche eine Verengerung veranlassen können, sind: Ureteritis, besonders die tuberkulöse Form, Verletzungen und die Schäden durch Konkrementbildung.

Unter den erworbenen Zuständen ist, abgesehen von jenen, welche das Rohr selbst betreffen können, die häufigste Erscheinung Beweglichkeit der Niere, welche eine Abknickung des Ganges nahe dem unteren Pole bewirkt, ferner Neubildungen und entzündliche Prozesse der Beckenorgane.

Früher oder später wird die Verstopfung des Ureters von Erweiterung des Nierenbeckens und oft des Ureters selbst oberhalb der Verstopfung gefolgt. Der Grad dieser Erweiterung wird von dem Grade der Verengerung und von der Zeit abhängen, seit welcher dieselbe besteht. So wie andere muskuläre Organe wird auch der Ureter keine Erweiterung erfahren, ehe nicht der Widerstand für seine Kontraktion eine gewisse Grenze überschritten hat. Er wird also durch eine gewisse Zeit einen gewissen Grad von Widerstand leisten können. Daß es zu Symptomen ureteraler Kolik kommen kann ohne deutliche Dilatation des Rohres, und zwar infolge zureichender Resistenz seiner Wand, wird durch einen der Fälle, über welchen ich berichten werde, veranschaulicht. Unter solchen Umständen kann dann die Diagnose von außerordentlicher Schwierigkeit sein und die Symptome sind häufig Erkrankungen der Gebärmutter und der Adnexe, Erkrankungen des Darmes, vor allem des Blinddarmes, zugeschrieben worden.

Der erste der drei Fälle, über welche ich zu berichten habe, ist hauptsächlich vom Standpunkte der Symptomatologie und der Diagnose lehrreich.

Fall I. Am 15. August 1902 wurde eine 20jährige Frau mit der Angabe zu mir geschickt, daß sie mehrere Anfälle von Blinddarmentzündung gehabt habe. Es wurde verlangt, daß der Appendix in einer anfallfreien Zeit entfernt werde. Die Kranke hatte ihren ersten Anfall von sogenannter Blinddarmentzündung im November 1900 überstanden; derselbe trat plötzlich auf, während Pat. sich in einer Eisenbahnstation befand; infolge der heftigen Schmerzen, welche auf die rechte Unterbauchgegend beschränkt waren, fiel sie zusammen. Sie wurde mit der Eisenbahn nach Hause gebracht und erbrach mehrere Male während der Fahrt. In derselben Nacht breitete sich der Schmerz mehr über den Bauch aus und während der folgenden drei Tage mußte wiederholt Morphin angewendet werden. Zu Ende dieser Periode bestanden noch geringe diffuse Leibschmerzen, am stärksten in der rechten Lendengegend; doch nahmen diese Schmerzen langsam ab und die Pat. war bald in Rekonvaleszenz. Seit dieser Zeit, d. h. während beiläufig 20 Monaten, hatte sie von zirka zwei zu zwei Monaten ähnliche Anfälle, welche immer von Verstopfung und großen Üblichkeiten begleitet waren. Der Schmerz hatte einen scharf

brennenden Charakter. Der letzte Anfall ereignete sich einen Monat vor der Untersuchung; die Patientin mußte damals durch 36 Stunden zu Bett liegen und litt seit dieser Zeit beständig unter einem dumpfen, in der rechten Regio iliaca lokalisierten Schmerz, der nach Körperbewegung immer heftiger ward. Der Bauch war normal und schlaff; die Palpation ergab Schmerzhaftigkeit in der rechten Unterbauchgegend oberhalb des POUPARTschen Bandes, doch ohne palpatorischen Befund.

Am 21. August wurde nun der Appendix entfernt; es zeigten sich wohl an seiner Basis leichte Veränderungen, doch keine jener Erscheinungen, welche man mit Bezug auf die Krankengeschichte erwartet hatte. Ende September kehrte die Patientin nach Hause zurück. Während des Winters hatte sie kontinuierlich in der rechten Regio iliaca dumpfe Schmerzen und mußte meistens im Bett bleiben. Im März hatte sie einen akuten Anfall. Sie war gerade gegen 5 Uhr nachmittags aufgestanden, als sie in der Gegend unter der Operationsnarbe einen sehr heftigen Schmerz empfand, der gegen die Seite hin ausstrahlte.

Während 24 Stunden entleerte die Blase sich nicht, das Bedürfnis danach war vorhanden, aber die Funktion gestört. Im Juli sah ich die Patienten wieder. Sie war noch immer leidend und keiner körperlichen Leistung gewachsen. Der Schmerz zeigte im Vergleich zu dem früheren keine Veränderung, das einzige Novum war die gelegentliche Ausstrahlung gegen die rechte Lende. Zu dieser Zeit diagnostizierte ich Stein oder Verengung des rechten Ureters und zum Zwecke weiterer Behandlung wurde die Patientin nach Liverpool gebracht. Zu dieser Zeit ergab die Harnanalyse: Reaktion neutral; spezifisches Gewicht 1030; Ablagerungen von oxalsaurem Salz in großer Menge, phosphorsaures Salz, einige Leukozyten und Epithelialzellen; kein Eiweiß, weder Blut noch Eiter. Durch drei Tage nach ihrer Reise war Pat. nicht fähig, ihre Blase zu entleeren. In den 10 Tagen vor der Operation am 5. August betrug die durchschnittliche tägliche Harnmenge kaum $^1/_2$ *l*.

Am 5. August erweiterte ich die Harnröhre und führte durch einen KELLYschen Spiegel einen ureteralen Katheter in den rechten Ureter ein. Es war mir nicht möglich, ihn weiter als $^3/_4$ Zoll durch das Orifizium einzuführen; dann stieß er immer auf einen Widerstand. Ich eröffnete das Abdomen, legte den rechten Ureter transperitoneal bloß und führte eine feine flexible Sonde nach unten ein, nachdem ich den Ureter durch einen kleinen Längsschnitt eröffnet hatte.

Trotzdem gelang es mir nicht, irgend ein Instrument durch die Striktur durchzubringen. Da ich jedoch sicher war, daß ich die Verengerung von der Blase aus mit einem passenden Instrument würde erweitern können, verschloß ich die Inzisionswunde, machte die Toilette des Peritoneum und vernähte die Laparotomiewunde in der üblichen Weise.

Durch einen Monat war die Patientin nunmehr schmerzfrei. Es ist kein Zweifel, daß dieser Umstand dem Grade der Erweiterung zuzuschreiben war, welchen die Verengerung erfahren hat. Ich führe an, daß das Instrument, welches in die Verengerung eingeführt und diese passiert hatte, ein Bougie filiforme kleinster Größe gewesen war. Im Oktober erweiterte ich dann die Verengerung erfolgreich von der Blase aus. Diese Erweiterung war von dem Gefühle begleitet, als ob etwas in der Entfernung von etwa $^3/_4$ Zoll oberhalb des Orifizium nachgeben würde, während das Instrument sich unter der Kontrolle eines Fingers in der Vagina befand. Schließlich war es mir möglich, ohne Schwierigkeiten eine größere Bougie bis zur Niere hinauf zu bringen. Seit dieser Zeit wiederholten sich die früheren Symptome nicht wieder, ein Umstand, der mich auf den Gedanken brachte, daß der Ureter durch Adhäsionen an das Becken fixiert gewesen war, die Striktur also extraureteralen und nicht intraureteralen Veränderungen ihren Ursprung zu verdanken hatte. Die Kranke befindet sich seither vollkommen wohl.

Fall II. Ein 21jähriges Mädchen fiel am 21. Juni 1904 die Treppe herab und verletzte sich auf der linken Seite. 3 Tage später entdeckte sie an der linken Bauchseite eine Geschwulst, welche sie niemals früher bemerkt hatte. In das Krankenhaus gebracht, fand man in der linken Weiche eine bewegliche, weiche, etwa faustgroße Geschwulst, welche nach rückwärts bis zur Lende reichte. Pat. hatte kein Fieber, der Urin war sauer, spezifisches Gewicht 1020, weder Blut, noch Eiweiß, noch andere abnorme Bestandteile. Der Tumor, der durch Lendenschnitt freigelegt wurde, bestand aus Niere und erweitertem Nierenbecken. Aus dem letzteren wurden beiläufig 20 cm^3 einer blutiggefärbten Flüssigkeit entleert. Das Innere des Sackes wurde nach Inzision besichtigt, die ureterale Mündung gesucht, doch nicht gefunden. Es wurde dann der Duktus an der Außenwand des Sackes freigelegt, gegen welche er auf $1^1/_2$ Zoll seiner Länge abgeplattet war; seine Insertion in das Nierenbecken befand sich beiläufig 3 Zoll oberhalb des untersten Randes des erweiterten Beckens. Nur wurde der Ureter von außen her eröffnet, in das Nierenbecken eine Sonde hinaufgeführt, welche gerade in die Öffnung des Beckens hineinpaßte. Dann führte ich in den Sack ein feines Bistouri ein und durchschnitt sowohl den Ureter als die Sackwand von innen her bis zu deren tiefstem Punkte. Die entstandenen Ränder wurden vorne und rückwärts genäht. Auf diese Weise wurde der Ureter durch eine schlitzähnliche, beiläufig $1^1/_2$ Zoll lange Öffnung mit dem Nierenbecken in Verbindung gebracht. Dann wurde die Wunde in dem Sacke, zum Schluß die Wunde der äußeren Decken vernäht. An den folgenden 10 Tagen enthielt der Urin Blut in bedeutender Menge; einige Tage nach dem Verschwinden des Blutes trat während dreier Wochen Eiter in dem Harne auf. Es war also klar, daß die Patientin an Pyelitis litt. Der Erfolg der plastischen Operation des Ureters zeigte sich hier in der Tatsache, daß sich weder die Hydronephrose noch auch die anderen Symptome außer gelegentlichem Unbehagen in der Lende wiederholten.

Fall III. Ein 21jähriger Patient wurde am 19. September 1903 in das Spital gebracht. 10 Tage vorher war er plötzlich von einem heftigen Schmerz in der linken Lendengegend befallen worden. Der Schmerz währte intermittierend bis zur Aufnahme in das Spital. Bei der Untersuchung zeigte sich eine bemerkenswerte Empfindlichkeit, zumal bei Bimanualpalpation in der linken Lendengegend, und muskulärer Widerstand verhinderte daselbst eine befriedigende Untersuchung. Der Urin enthielt Eiter nur in geringer Menge und mikroskopisch konnte man auch einige rote Zellen sehen. Der Patient wurde auch mittelst X-Strahlen untersucht, aber man fand keine Nierensteine. Der Schmerz hielt auch nach der Aufnahme in das Spital an und am 26. September wurde daher die linke Niere untersucht. Das Nierenbecken war ausgedehnt und enthielt beiläufig acht Unzen Eiter. Nierensteine fanden sich nicht. Eine sorgfältige Untersuchung des Beckens und des Ureters ergab, daß sich dort, wo jenes in diesen einmündete, eine deutliche Striktur über der Fläche des oberen Isthmus befand. Diese ließ eine Erweiterung mit einer sehr feinen Kornzange zu, welche sodann von der Innenseite des Beckens aus durch die Verengerung geschoben wurde. Das Becken wurde reichlich irrigiert, der Einschnitt in die Wand geschlossen; die Wunde in den Weichteilen drainiert und verschlossen. Die Nachgeschichte ist interessant: Während 5 Tagen fanden sich Fieber und Blut in abnehmender Quantität im Urin vor, aber am 6. Tage waren beide verschwunden. Die Gesamtmenge des vorhanden gewesenen Urins erhöhte sich merklich; von 30 Unzen vor der Operation erhob sie sich zu einem Durchschnitt von über 70 Unzen während der zwanzig folgenden Tage. Die Wunde heilte befriedigend. Kürzlich habe ich den Patienten wieder gesehen. Am 19. August hatte er das erstemal seit der Operation wieder leichte Schmerzen. Ich beobachtete ihn während eines Monates, wo aber weder Schmerz noch Unbehagen wiederkehrten und keine abnormalen Bestandteile sich im Harne vorfanden.

Ich möchte den Einfluß der Stauung in der Niere, wie ich sie in diesem dritten und den zwei anderen Fällen beschrieben habe, als einen Faktor in der Erregung von Nierenbeckenentzündung und Pyonephrosis verzeichnen. Fälle von Nierenbeckenentzündung (die tuberkulöse Form ausgeschlossen) sind als primäre Erkrankungen des Nierenbeckens nichts allzu Seltenes. FAGGE schiebt solche Fälle mit Wahrscheinlichkeit Nierensteinen zu, welche verschwunden sind. Es ist bekannt, daß die Niere während anscheinender Gesundheit eine reguläre Passage für Bakterien vermittelt. Man hat bei Hunden durch experimentelle Bakteriurie einseitige Nierenbeckenentzündung nach Unterbindung des einen Ureters erzeugt, während die gegenüberliegende Niere anscheinend normal



blieb. Es scheint sehr wahrscheinlich, daß eine gewisse Zahl von Fällen primärer Nierenbeckenentzündung unklarer Herkunft von Nierenstauung herstammen, welche irgend einem Defekt in den mechanischen Bedingungen, unter welchen sich der Urin aus dem Nierenbecken entleert, zuzuschreiben war.

Pyonephrose, zum Unterschied von der Nierenbeckenentzündung, ist kein Beweis für irgend welche primäre Behinderung des Harnabflusses, denn wir wissen, daß eine Nierenbeckenentzündung, welche einer aufsteigenden Infektion von einer Blasenerkrankung her zuzuschreiben ist, durch aufsteigende Schwellung und Entzündung der Schleimhaut des Ureters gekennzeichnet wird.

Wir können in unserem dritten Fall annehmen, daß die ureterale Verengerung ein entscheidender Faktor bei der Nierenbeckenentzündung war. Unsere Erfahrungen über die Niere als Bakterienfilter und unsere Kenntnisse aus Experimenten über die Folgen ureteraler Unterbindung bei Vorhandensein einer bestimmten Bakteriurie rechtfertigen auch die Vermutung, daß eine Störung in dem Mechanismus der Nierenentleerung eine wichtige Rolle in der Ätiologie ähnlicher Fälle primärer Nierenbeckenentzündung spielen kann.

Das beifolgende Verzeichnis zeigt einen hohen Prozentsatz von Heilungen ureteraler Strikturen nach Vornahme plastischer Operationen. Zu den hier verzeichneten Fällen kommen andere von anderen Autoren zitierte hinzu, welche ich nicht genau habe einsehen können. Es sind die folgenden: ISRAEL, 2 Fälle in seiner Chirurgischen Klinik der Nierenkrankheiten, zitiert in „British Medical Journal", 1904, Bd. 1, von MOYNIHAN; GERSTER, ein Fall, zitiert von BRYANT in „Operative Surgery"; CRAMER, ELLIOT und ALBARRAN, zitiert v. GROSSET, „Gaz. hebdom.", 1900; schließlich ein Fall von MEYER, zitiert von YOUNG („Med. News", 1900, September), in welchem 6 *cm* unterhalb der Niere eine durch einen Stein in dem unteren Teil des Ureters komplizierte Striktur sich vorfand.

Die 33 in dem Verzeichnisse angeführten Fälle schließen 11 von MORRIS zitierte ein. In 5 dieser Fälle wurde keine Plastik an dem Ureter vollzogen; unter den übrigen 28 war die Striktur 4mal dicht bei der Blase, in 24 bei der Verbindung des Ureters mit dem Nierenbecken oder dicht an demselben. Die letztere Anomalie wurden nach 3 Methoden behandelt:

1. FENGERS Operation, welche der HEINECKE-MIKULICZschen Pyloroplastik gleicht, d. h. Längseinschnitt und schräge Naht;

2. MYNTERS Operation, wie sie im Fall 2 dieser Abhandlung beschrieben ist. Sie gleicht der FINNEYschen Operation bei Pylorusstenose;

3. KÜSTERS Operation. Sektion des Ureters unter der Striktur und Implantation in den untersten Teil des Nierenbeckens. In 12 Fällen wurde FENGERS Operation, in 3 Fällen MYNTERS und in 11 Fällen KÜSTERS Operation angewendet. In 2 Fällen wurden erst die FENGERsche Plastik und dann die KÜSTERsche wegen der Wiederkehr der Hydronephrose angewendet; in den übrigen 10 Fällen war die Operation erfolglos. KÜSTERS Methode weist keine so guten Resultate auf — 6 Erfolge und 5 Mißerfolge —, aber die Operation soll nicht nach den letzteren beurteilt werden. In einem Falle (MORRIS) mußte die Nephrektomie auf dem Operationstisch ausgeführt werden, weil der Erfolg der plastischen Implantation zweifelhaft schien; in den folgenden 4 Fällen waren die Gründe des Mißerfolges die folgenden: Darmverschlingung (TRENDELENBURG) nach transperitonealer Operation, Nekrose der Niere (HELFERICH), zweite Striktur tiefer unten (VAN HOOK), Infektion (BAZY). In keinem der Fälle konnte der Mißerfolg einem Mangel in der plastischen Operation selbst zugeschrieben werden und es ist bemerkenswert, daß die Implantation auch in 2 Fällen von Mißerfolg nach der FENGERschen Operation erfolgreich war.

Die MYNTERsche plastische Methode ist für jene Fälle geeignet, in welchen die Verengung bei der Verbindung des Nierenbeckens und des Ureters oder dicht darunter liegt. Für Verengungen unter dem Niveau des unteren Sackendes ist eine andere Methode, nämlich die KÜSTERsche Methode, anzuwenden oder man exzidiert die verengten Stelle und vereinigt die Enden des durchschnittenen Ureters wieder, wie ich dies kürzlich in einem solchen Fall getan habe.

Die MYNTERsche Operation ist besonders für jene Fälle geeignet, in welchen der Ureter hoch und schräg in das Nierenbecken eingeschaltet ist. Dies gibt eine lange schlitzähnliche Öffnung und wenn die Einschnitte genügend lang gemacht werden, so hat diese Methode alle Vorteile, welche durch Implantation in den untersten Punkt des Nierenbeckens zu erzielen sind. Die letztere Methode bietet mehr technische Schwierigkeiten; sie ist die Methode der Wahl, wenn die Verengung unter dem Niveau des untersten Punktes des Nierenbeckens liegt und soviel von der Röhre einschließt, daß der Längsschnitt und die quere FENGERsche Naht nicht anwendbar sind. Sogar dort, wo die FENGERsche Operation verwendbar ist, ist die Implantation theoretisch vorzuziehen; besonders aber dann, wenn das Nierenbecken merklich erweitert ist, so daß es eine sichere Drainage zuläßt.

Literatur: KELLY (JOHNS HOPKINS Hosp. Bullet., September 1900). Gegenüber der Zervix; Schmerz, Blasenirritation; uretro-vag. Fistel mit Dilat. Resultat Fistel. — KÜSTER („Arch. f. klin. Chir.", 1892, pag. 850). 2 Strikturen; Hydronephrose; Resekt. und Implant. d. Ureter. Heilung. — VAN HOOK („Journ. Amer. Med. Assoc.", Dezember 1903). Genau unter dem Becken; Phyonephrose; Resektion u. Implantation. — MYNTER („Amer. Surg.", 1903, pag. 658). Verbindung mit dem Becken; seit 12 Jahren alle paar Monate Schmerzen; leichte Hämaturia. MYNTERS Plastik, Heilung. — DELBET („Gaz. hebdom.", 1899, pag. 13). Genau unter dem Becken; intermittierender Schmerz in der linken Lende; MYNTERS Operation, Heilung. — ISRAEL („Berliner klin. Wochenschr.", 1899, pag. 201). 3 *cm* über der Blase; häufige und schmerzhafte Miktion; Pyurie, Implantation des Ureters in der Blasenwunde, Heilung. — HELFERICH (Dissert., Kiel 1902). Ureter schief in das Becken gestellt, Hydronephrose; erweitertes Becken; Naht, Heilung. — HELFERICH (Dissert., Kiel 1902). Striktur nahe dem Becken; Sektion und Implantation des Ureters in den untersten Punkt des Beckens (KÜSTER); Nephrektomie; Heilung. — HILDEBRAND („Zentralbl. f. Chir.", 1902). Nahe dem Becken; abgeknickt und heruntergebunden, Hydronephrose, Implantation in den untersten Punkt des Beckens (KÜSTER); Heilung. — FREYER („Polyclinic", 1903, 122). Striktur; Adhäsionen, Hydronephrose, bewegliche Niere; Dilat., Heilung in 6 Wochen. — FENGER („Chic. Med. Rec.", 1893, pag. 164). Intermittierender Schmerz und Tumor; gelegentliche Pyurie, FENGERS Plastik, Heilung. — FENGER („Chir. Med. Rec.", 1903, pag. 164). Gerade unter dem Becken; intermittierender Tumor, Pyurie; FENGERS Plastik; Heilung. — FENGER („Amer. Journ. Med. Sciences", Dezember 1897). Striktur. Schmerz 15 Jahre mit Unterbrechung; Pyonephrose; FENGERS Plastik, Heilung. — MORRIS (Surg. Dis. Kidney and Ureter, 2, pag. 444). Schiefe Einmündung in das Becken; intermittierende Hydronephrose während 9 Jahr; Exstirpation der verengten Partie und Implantation, dann Nephrektomie, Heilung. — MORRIS (Surg. Dis. Kidney and Ureter, 2, pag. 444). Striktur; intermittierender Schmerz 5 Monate, häufige Miktion, Pyurie; FENGERS Plastik; Heilung. — MORRIS (Surg. Dis. Kidney and Ureter, 2, pag. 444). Striktur gerade unter dem Nierenbecken; intermittierender Schmerz, Pyurie, Hämaturie; FENGER; Heilung. — MORRIS (Surg. Dis. Kidney and Ureter, 2, pag. 444). Striktur unter dem Becken; Schmerz, verringerter Urin; Hämaturie; FENGER; Heilung. — TRENDELENBURG (Samml. klin. Vorträge, 1890, pag. 335). Schräge Insertion in das Becken; Implantation in den untersten Punkt des Beckens (KÜSTER); Todesursache: Darmverschlingung. — BAZY („Rev. de Chir.", 1897, pag. 400). Beim Nierenbecken Druck; zurückgebliebene Hydronephrose; transperitoneale Operation; Implantation in den untersten Punkt des Sackes (KÜSTER); Heilung. — BAZY („Rev. de Chir.", 1897, pag. 400). Nahe dem Becken; Anurie; Calculus ober der Striktur; Implantation in den untersten Punkt des Sackes (KÜSTER); Tod: Infektion. — BARDENHEUER („Zentralbl. f. Chir.", 1894, pag. 1115). Nahe dem Becken; Resektion und Implantation in den Sack (KÜSTER); Heilung. — RICHARDSON („Trans. Amer. Surg. Assoc.", 1897, pag. 555). Schräge Insertion in das Becken; gelegentliche Anfälle von Lendenschmerz; Längsschnitt, transversal verbunden (FENGER), Heilung. — KROGIUS („Zentralbl. f. Chirurgie", 1902). Abknicken über abnormales Gefäß; Schmerz seit der Kindheit, Hämaturie; FENGERS Plastik, Heilung. — MORGAN („Ann. Surg.", 36, pag. 528). Striktur durch Adhäsion nahe bei der Blase; 4 Jahre heftiger Schmerz, gegen die Blase ausstrahlend, häufige Miktion; 3 Operationen; Plastik, Heilung. — YOUNG („Amer. Med.", August 1902). Nahe der Blase, unter dem Calculus; Einschnitt der Striktur; extraperitoneale Operation; Heilung. — YOUNG („Ann. Surg.", 37, pag. 668). Bei der Blase; Dilatation, Heilung. — HARTMANN (La Séparat. de l'Urine, Luys). Bei der Beckenverbindung; FENGERS Operation; Heilung. — HARRISON („Brit. Med. Journ.", Dezember 1904). Obstruktion beim Becken: FENGERS Operation; Heilung. — MOYNIHAN („Brit. Med. Journ.", 1904, Bd. 1, pag. 1010). Striktur nahe dem Becken; Adhäsion; Schmerz in der Lende 17 Jahre; Längsschnitt; transversale Naht; spätere Sektion und Implantation; Heilung. — MOYNIHAN („Brit. Med. Journal", 1904, Bd. 1,

2*

pag. 1010). Reizung bei der Beckenverbindung, schräge Insertion; 7 Monate Schmerz in der Lende; Längsschnitt; transversale Naht; Heilung. — MONSARRAT. Bei der Blase; paroxysmaler Schmerz in der rechten Iliakalgegend; Blasentenesmus; Dilatation von der Blase aus; Heilung. — MONSARRAT. Bei der Beckenverbindung; Hydronephrose; kein Lendenschmerz; MYNTERS Plastik; Heilung. — MONSARRAT. Bei der Beckenverbindung; Lendenschmerz; Pyurie; forcierte Dilatation; Ausspülung des Beckens; Heilung.

Zur Therapie der Darmtuberkulose.

Von **San.-Rat Dr. L. Fürst**, Berlin.

Zu den schlimmsten Lokalisationen der Tuberkulose gehört die Darmtuberkulose, schon deshalb, weil sie, wenn auch selten zur Perforation, so doch um so häufiger nach Vernarbung tiefer Geschwüre zu Strikturen führt. Es ist deshalb sehr erwünscht, schon in möglichst frühem Stadium, zu einer Zeit, in welcher Diarrhöen und Kolikschmerzen, besonders Empfindlichkeit der Ileozökalgegend bei Tuberkuloseverdächtigen auftreten, diese Komplikationen zu bekämpfen. Da es uns bisher trotz des Tuberkulins noch an einer essentiellen, kausalen Behandlung und einem spezifischen Heilmittel gegen Tuberkulose fehlt, sind wir darauf angewiesen, uns entweder rein prophylaktisch zu verhalten, oder, falls es hierzu nicht mehr Zeit ist, eine symptomatische Therapie — neben der allgemein roborierenden, die Widerstandsfähigkeit erhöhenden — einzuschlagen. Die Beseitigung von Teilerscheinungen der Tuberkulose ist durchaus lohnend; denn sie erleichtert und bessert den Zustand des Kranken. Sie kann sogar die allgemeine Prognose günstig beeinflussen, indem sie die Kräfte hebt und latente Herde unschädlich macht. Dies ist immerhin ein Erfolg, den man nicht gering schätzen darf. Wenn man das Wesen einer tuberkulösen Infektion, sobald sie vorgeschritten ist, nur noch schwer beeinflussen kann, vermag man doch vieles zur Beseitigung einzelner Erscheinungen zu tun. Und unter diesen bietet die Lokalisation in der Darmschleimhaut einen für die Therapie wichtigen Angriffspunkt.

Ätiologisch müssen wir zwei Formen von Darmtuberkulose auseinander halten. Die eine wird gewöhnlich als primäre, die andere als sekundäre bezeichnet. Erstere ist klinisch dann zu diagnostizieren, wenn keine Zeichen einer aërogenen Infektion der Atmungsorgane, speziell der Lungen und der intrathorazischen Drüsen vorliegen, aber auch nichts für eine generalisierte Tuberkulose spricht, vielmehr alles darauf hindeutet, daß die erste Eintrittspforte und bis dahin einzige Lokalisation der Intestinalkanal und sein Lymphgefäßapparat ist. Am meisten ist es eine bazillenhaltige Nahrung, zumal die Kuhmilch, die hier als Quelle einer alimentären Infektion in Frage kommt. Da die Milchnahrung für das erste Kindesalter die überwiegende ist, so sind es hauptsächlich Kinder, bei denen wir die ersten klinischen Erscheinungen von Darmtuberkulose wahrnehmen können. Außerdem kommen allerdings noch Kranke und Rekonvaleszente in Betracht, die viel Milch genießen, und schließlich solche Bevölkerungsklassen, die, weil sie überwiegend mit Molkerei beschäftigt sind, ausgiebige Gelegenheit haben, mit Milch, Butter und Käse virulente Tuberkelbazillen aufzunehmen.

Wir wollen hier nicht die aktuelle Frage von der Übertragbarkeit und Identität der Perlsuchtbazillen aufrollen, obwohl sehr viele Stimmen die Möglichkeit einer enterogenen Infektion des Menschen mit den Bazillen der Rindertuberkulose betonen und eklatante Fälle sowie Tierversuche sie beweisen. Wir wollen auch die Gefahr bazillenhaltiger Nahrung nicht überschätzen. Daß aber diese Gefahr unter Umständen besteht, wenn diese Bazillen nicht durch Erhitzen der betreffenden Nahrung, insonderheit durch Pasteurisieren der Kuhmilch abgetötet sind, kann niemand leugnen. Sicher werden zahlreiche Fälle von scheinbar indifferentem Darmkatarrh künstlich ernährter Kinder, von Mesenterialdrüsentabes und konsekutiver Atrophie auf eine solche Darminfektion mit virulenten Tuberkelbazillen zurückzuführen sein. Und daran ist nicht zu zweifeln, daß recht viele solche Fälle undiagnostiziert bleiben, falls nicht bei einem letalen Ausgang der Sektionsbefund den wahren Charakter der Krankheit darlegt.

Es ist bei diesen Fällen von primärer Darmtuberkulose ziemlich gleichgültig, ob die Bazillen direkt aus der genossenen Nahrung von der Darmschleimhaut aufgenommen und in den solitären Follikeln sowie PEYERschen Plaques der als Prädilektionsstelle bekannten Ileozökalgegend deponiert werden, um hier zu geschwürigem Zerfall zu führen, oder ob sie zunächst im lymphatischen Rachenring zurückgehalten und erst später und gelegentlich verschluckt werden. Wir wissen, daß sowohl die inhalierten als die genossenen Tuberkelbazillen sich häufig zunächst in den Gaumenmandeln, der Rachenmandel und den umgebenden adenoiden Gebilden vorübergehend ansiedeln und dann doch vom Darm aus den Körper infizieren können.

Anders liegen die Verhältnisse bei der sekundären Darmtuberkulose. Hier sind es die vom Phthisiker verschluckten, ungemein bazillenreichen Sputa, welche den Darm infizieren, und zwar bei der gleichzeitigen Anwesenheit pyogener Kokken, der täglichen, intensiven Wiederholung der Infektion, der bereits gesunkenen Widerstandsfähigkeit und Schutzkraft des Darmepithels meist in überaus heftiger Weise. Damit haben wir eine für die Therapie viel ungünstigere Form der Darmtuberkulose vor uns, nämlich einen bereits mehr oder weniger schwer infizierten Körper mit meist vorgeschrittener Lungenphthise, oft auch mit verkästen Lymphdrüsen und miliarer Tuberkulose der serösen Häute. Aber obwohl die Prognose in solchen Fällen ungünstiger liegt, als in denen von primärer Darmtuberkulose mit im übrigen noch ziemlich intaktem Organismus, ist auch hier die Bekämpfung der Diarrhöen und Kolikbeschwerden sowie die Begünstigung des Vernarbungsvorganges eine bisweilen lohnende Aufgabe. Wir können wenigstens palliativ wirken, wenn uns auch eine Desinfektion des mit den Geschwüren in Berührung kommenden Darminhaltes unmöglich ist und wir zufrieden sein müssen, eine Verlangsamung und Hemmung der Darmfäulnis zu erzielen. Manchmal kommen wir durch rationelle, palliative Behandlung zu dem immerhin befriedigenden Resultate, das Leben zu verlängern. Daß solche Fälle von sekundärer Darmtuberkulose nicht aussichtslos sind, geht schon daraus hervor, daß wir bei der Obduktion von Phthisikern nicht selten Spontanheilung tuberkulöser Darmgeschwüre finden.

Es ist die Aufgabe des Arztes, nach Mitteln Umschau zu halten, welche, wenn sie möglichst frühzeitig und andauernd gegeben werden können und keine störenden Nebenwirkungen im Gefolge haben, imstande sind, deletäre Prozesse zu verhindern und die pathologischen Erscheinungen zum Ausgleich zu bringen. Gelingt es uns beizeiten, die klinische Diagnose mit einiger Sicherheit zu stellen — und das ist bei sorgfältiger Beachtung aller Symptome sehr wohl möglich —, so dürfen wir uns von geeigneten Mitteln Erfolg versprechen.

Von diesem Gedankengang aus habe ich, nachdem ich verschiedene sogenannte Darmantiseptika ohne rechten Erfolg durchprobiert habe, in dem Ichthalbin, wie ich glaube, das für derartige Zwecke geeignete Präparat gefunden.[1]) Denn da uns Adstringentien und Antiperistaltika, wie Tannin, Opium etc., bei tuberkulöser Enteritis meist im Stiche lassen, Desinfizientien aber von einer die Mikroben im bakteriologischen Sinne abtötenden Konzentration und Dosis beim Lebenden selbstverständlich nicht anwendbar sind, weil sie die Gewebe zerstören würden, so bleibt uns nichts anderes übrig, als nach einem ungiftigen und doch die Darmfäulnis aufhaltenden Präparate zu suchen. Ein solches besitzen wir, wie gesagt, in der Eiweißverbindung des lange Zeit nur

[1]) Dasselbe wird von Knoll & Ko., Ludwigshafen a. Rh., hergestellt.

äußerlich angewandten Ichthyols, dessen innere Verwendung aber schon vor fast 20 Jahren durch ZUELZERS Stoffwechselversuche angebahnt worden ist. Auch die klinischen Versuche, welche PORCELLI (Paris) sowie ROLLY und SAAM (auf VIERORDTS Anregung) ausgeführt haben, liegen schon einige Jahre zurück. Anfangs beschränkte man sich vorwiegend auf die Bekämpfung indifferenter oder bakterieller Darmkatarrhe mit diesem Präparat; später wandte man es auch gegen Durchfälle der Phthisiker an (BINDER, SCHÄFER u. a.).

Gerade die letztgenannte Indikation ist nun, meines Erachtens, noch nicht genug gewürdigt worden. Und doch ist gerade das Ichthalbin so recht geeignet, auf die lokale Tuberkulose des Darms günstig einzuwirken. Man darf sich allerdings nicht der Täuschung hingeben, das Virus selbst innerhalb des Organismus völlig unschädlich machen zu können, eine „innere Desinfektion" zu erreichen, dessen sich manche Präparate rühmen. Man wird aber zufrieden sein können, wenn es gelingt, die klinischen, ungemein lästigen Erscheinungen zu mildern, welche das Virus im Gefolge hat.

Das Ichthalbin, ein leicht zu nehmendes braunes Pulver, ist ein Sulfoichthyoleiweiß. Es löst sich im sauern Magensafte nicht, wird aber im Darm leicht resorbiert. Da es den Magen unverändert passiert, reizt es denselben nicht, erregt auch, selbst bei längerem Gebrauche, weder Aufstoßen, noch Übelkeit oder Appetitverlust. Im Gegenteil will man Anregung des Appetits beobachtet haben. Erst im alkalischen Darmsaft wird es gelöst und allmählich in seine Komponenten: Pepton und ichthyosulfosaures Natron gespalten. Da dieser Zerfall erst nach und nach vor sich geht, so vermag es noch die tieferen Darmpartien, das Ileum und Zökum, den Wurmfortsatz und das Colon asc. wirksam und andauernd zu beeinflussen, was das Ichthyol an sich nicht ermöglicht.

Um sich die erzielten klinischen Erfolge zu erklären, muß man sich, glaube ich, an der Hand der pathologisch-anatomischen Verhältnisse bzw. des Schicksals der spezifischen Krankheitserreger zu orientieren suchen. Die in geschlossene Darmfollikel eingedrungenen Bazillen sind wohl kaum zu beeinflussen. Wohl aber kann das Ichthalbin zur Geltung kommen, sobald ein nekrotischer Zerfall verkäster Follikel erfolgt. Wie bekannt, konfluieren die kleinen Substanzverluste allmählich zu Geschwüren, auf deren Boden und unter deren Rande sich aktive Bazillen finden. Könnten diese durch ein für den Körper unschädliches Mittel abgeschwächt, am Weiterschreiten in die Lymphbahnen verhindert werden, so wäre dies für die Therapie der Darmtuberkulose wertvoll. Es kommt darauf an, ein geeignetes Präparat, wie das erwähnte, früh, anhaltend und — sozusagen — in statu nascendi einwirken zu lassen. Erfahrungsgemäß hat es sich als unzweckmäßig erwiesen, flüssige oder leicht lösliche Darmadstringentien resp. Antiseptika anzuwenden, wie freies Tannin. Solche Mittel erschöpfen sich, bereits ehe sie den Magen verlassen, zum Teil durch Gerbung desselben, so daß sie tiefere Darmpartien nicht mehr unreduziert erreichen. Durch die konstante Bespülung mit der aus dem Ichthalbin im Darm sich bildenden Ichthyollösung wird die entzündlich gereizte Darmmukosa einer wirksamen, örtlichen Behandlung unterworfen. Vielleicht tritt eine ähnliche Wirkung ein, wie bei der äußeren Behandlung entzündeter Hautflächen, nämlich Abschwellung und Rückkehr zur Norm. Sehr wohl denkbar ist es, daß hierbei auch die tuberkulösen Ulzerationen indirekt beeinflußt werden. Wenigstens sprechen die nachfolgenden Krankengeschichten dafür, daß der progrediente Charakter zu einem gewissen Stillstande kommt, indem die Virulenz der erreichbaren Bazillen verringert und damit die Gewebsstörung einer Abheilung, wie sie auch oft spontan zustande kommt, schneller zugeführt wird. Mit VIERORDT glaube ich, daß das Ichthalbin in dieser Hinsicht gegen tuberkulöse Darmprozesse ein zweckmäßigeres Agens ist, als sonstige Darmdesinfizientien, schon weil es längere Zeit hindurch ohne Schaden, selbst in ziemlich großen Dosen vertragen wird. Die bisweilen fieberhaften Diarrhöen, der Meteorismus, die Kolikbeschwerden bessern sich unter der Einwirkung dieses Mittels und nach einigen Wochen hat man den Eindruck der Heilung. Ich bin geneigt, diesen Erfolg nicht bloß für einen symptomatischen zu halten. Darin bestärkt auch der Temperaturabfall, das Nachlassen der Nachtschweiße, die Hebung des Allgemeinbefindens.

Ich lasse nun in Kürze aus einer Reihe von einschlägigen Beobachtungen, die ich anzustellen Gelegenheit hatte, fünf besonders markante Fälle folgen. Sie betreffen 3 Kinder mit (klinisch diagnostizierter) primärer Darmtuberkulose und 2 Erwachsene mit sekundärer Darmtuberkulose.

1. Knabe, 2 Jahre 2 Monate alt. Nicht erblich belastet. Erhielt häufig ungekochte Milch. Seit $1\frac{1}{2}$—2 Monaten besteht eine Neigung zu Darmkatarrh und Kolik, wogegen schleimige Kost und Milchersatzmittel nichts ausrichten. Etwas Tympanitis. Gurren in der Ileozökalgegend. Zunehmende Abmagerung. Ichthalbinbehandlung. Nach 8 Tagen Besserung. Nach weiteren 14 Tagen völliger Stillstand der Diarrhöe, Nachlaß der übrigen Lokalsymptome. Ernährung günstiger. Therapie noch 6 Wochen fortgesetzt. Kein Rezidiv.

2. Knabe, $3\frac{1}{2}$ Jahre alt. Bei der Mutter Verdacht auf Phthise. Wurde 4 Wochen an der Brust genährt, dann häufig mit roher Kuhmilch. Submaxillar- und Halsdrüsen leicht geschwollen. Keine Erscheinungen seitens der Lunge. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr Macies, Kachexie, Diarrhöen und zeitweilig Tenesmus. Nach Ichthalbinbehandlung Besserung der Erscheinungen in etwa 2 Wochen. 5 Wochen später Ernährung und Gewicht wesentlich günstiger, Aussehen frischer. Diarrhöen geschwunden.

3. Mädchen, 7 Jahre alt, erblich belastet. Seit früher Jugend Skrofulose (Drüsenschwellungen, Ekzeme). Milch oft ungekocht genossen. Anämie und sehr dürftige Ernährung. Neigung zu Katarrhen der Atmungswege, jedoch Lungen frei. Seit zirka 3 Wochen täglich 4—5 dünne Ausleerungen. In letzter Zeit zunehmende Schwäche, Druckempfindlichkeit in der Ileozökalgegend bis zur Mittellinie des Abdomen. Hier einige Mesenterialdrüsen durch die fettarmen Bedeckungen zu palpieren. Nach Beginn der Ichthalbinbehandlung allmählich Ausleerungen seltener. Zugleich Nachlaß des kolikartigen Drängens. Der Ernährungszustand hebt sich. Nach 6 Wochen wesentliche Besserung der Diarrhöen. Gewichtszunahme und frischeres Aussehen.

4. Kommis, 22 Jahre alt. Seit 2 Jahren wegen Phthisis apic. pulm. in Behandlung. Dämpfung und Rasselgeräusche links oben, Abmagerung, starke Gewichtsabnahme. Seit 3—4 Wochen Diarrhöe und zeitweilig mäßiger Leibschmerz. Übliche Behandlung hiergegen resultatlos. Im Auswurf Tuberkelbazillen; ebensolche in den stark schleimhaltigen Darmentleerungen. Die Ichthalbintherapie übt einen günstigen Einfluß auf die Darmfunktionen aus. Nach 3 Wochen ist der Stuhl normal. Patient nimmt das Ichthalbin noch weiter. Nach 10 Wochen gebessert entlassen.

5. Näherin, 31 Jahre 4 Monate alt. Leidet seit einigen Jahren an chronischem Bronchialkatarrh und schaumig-purulentem Auswurf, an Husten und Nachtschweißen. Vor 2 Jahren wurde Tub. pulm. bakteriologisch festgestellt. Vor 1 Jahr 2 Monate lang Hämoptoë. Seitdem Zunahme der Abmagerung, Appetitlosigkeit und Entkräftung. Seit zirka 1 Monat Diarrhöen, zuweilen mit Kolik verbunden. Leib nicht empfindlich, doch etwas meteoristisch. Nach Ichthalbindarreichung bessern sich die Darmstörungen innerhalb der nächsten 3 Wochen. Als hierauf das Mittel ausgesetzt wurde, Rezidiv, so daß 5 Tage später die Therapie aufs neue und nun konsequent wieder aufgenommen wird. Eklatanter Erfolg. Stuhl in 2—3 Wochen normal. Ernährung und Appetit merklich günstiger. Lungentuberkulose nicht weiter fortgeschritten.

Den Kindern gab ich 3mal täglich 0·5 in Kakao, den Erwachsenen 3mal täglich 1·0 oder 1 Messerspitze voll in Oblaten vor dem Essen zu nehmen.

Schon diese wenigen Beispiele zeigen, daß das Ichthalbin bei Darmtuberkulose angewandt zu werden verdient. Ich würde indessen keine weiteren Schlüsse aus meinem relativ geringen Material zu ziehen wagen, wenn nicht meine Resul-

tate mit den anderweitig, z. B. an der Heidelberger Universitätsklinik (Prof. VIERORDT) erzielten übereinstimmten. Überzeugende Ergebnisse publizierte auch SCHÄFER (München [2]), der in einer Strafanstalt, wo die Darmtuberkulose besonders häufig war, ausgedehnte Versuche mit Ichthalbin anstellte. Demnach darf man als Wirkung der Ichthalbinmedikation erwarten:

1. daß es, obwohl nicht bakterizid, doch die pathogenen Keime, soweit sie ihm erreichbar sind, hemmend beeinflußt, vielleicht auch, da es assimiliert wird, in den der Darmschleimhaut nächst gelegenen Chylus- und Lymphgefäßen zur Wirkung gelangt;

2. daß der Abheilungs- und Vernarbungsvorgang tuberkulöser Ulzerationen begünstigt wird;

3. daß es, auch wenn es nicht den Anspruch eines Darmdesinfiziens erheben kann, jedenfalls entzündungswidrig und roborierend wirkt;

4. daß es die peinlichsten Symptome (bakterielle Diarrhöen, Meteorismus, Kolik) ziemlich rasch bessert und damit die Genesung fördert;

5. daß es Appetit, Ernährungszustand und die Widerstandskraft hebt.

Danach glaube ich, daß unter den Medikamenten, die bei Darmtuberkulose in Frage kommen können, das Ichthalbin ganz besondere Beachtung verdient.

[2]) „Wiener Med. Presse", 1905, 18.

Über den therapeutischen Wert des kalifornischen Feigensirups (Califig), eines neuen Abführmittels.

Von **Dr. Friedrich Kölbl**, Wien.

Abführmittel haben seit jeher nicht nur in der Volksmedizin, sondern auch in der wissenschaftlich begründeten Therapie eine große Rolle gespielt.

Schon im Altertum rügte HIPPOKRATES den Mißbrauch der Abführmittel, so daß sie fast ganz verlassen wurden, um jedoch kurze Zeit darauf von GALEN wieder zu Ehren gebracht zu werden.

Bei den Römern waren Abführmittel häufig im Gebrauch, sie gehörten, wie Bäder, Massage, Salbungen etc. fast zur damals hochausgebildeten luxuriösen täglichen Körperpflege. Auch im Mittelalter standen sie im großen Ansehen, ebenso am Anfange des XIX. Jahrhunderts, zu welcher Zeit eine große Anzahl von Abführmitteln entstand, welche zum Teil noch jetzt angewendet werden, viele unter dem Namen von Blutreinigungs- oder Entfettungsthees und -Pillen. Die moderne Chemie und die Pharmazie haben sich ebenfalls der Abführmittel bemächtigt und bringen alljährlich teils neue, teils altbekannte Abführmittel auf den Arzneimarkt, letztere vielfach nicht verbessert, sondern oft nur in ihrem Äußeren verschönert und mit einem verlockenden neuen Namen versehen.

Infolge dieser Überproduktion hat die Zahl und die Art der Abführmittel bedeutend zugenommen, so daß sich die übliche Einteilung derselben in Lenitiva, Purgantia und Drastika als nicht mehr ganz zutreffend erweist. Dieselbe ist übrigens eine ganz willkürliche, indem ein und dasselbe Mittel, je nach der Größe der angewendeten Gabe mehr oder weniger heftig, bald als Lenitivum oder Ekkoprotikum, bald als Purgans oder Laxans und schließlich auch als Drastikum wirken kann.

Besser, obwohl auch nicht einwandfrei, ist ein anderes Einteilungsprinzip, welches die Unterordnung der verschiedenen Nebenwirkungen unter die Hauptwirkung zur Grundlage hat.

Es liegt auch der folgenden Einteilung zugrunde:

1. Abführmittel, welche durch Auslösung sensibler Reflexe des Darmes mechanisch wirken, z. B. Leinsamen, Senfsamen, Olivenöl, Leinöl, Mandelöl, Sesamöl, Rizinusöl, Holzkohle etc. Die durch ihren reichlichen Rückstand gebildeten Massen dehnen den Darm aus, rufen dadurch peristaltische Bewegungen und schließlich Stuhl hervor.

2. Abführmittel, welche auf die Gallensekretion einwirken, Cholagoga: Galle, Kalomel, Califig.

3. Abführmittel, welche die Darmdrüsen zu stärkerer Sekretion anregen, ohne die Peristaltik zu erhöhen. Es gehören hierher alle zuckerhaltigen und salinischen Abführmittel z. B. Honig, Manna, die Natrium- und Magnesiumsalze, alle Bitterwässer etc.

4. Abführmittel, welche nur auf die Darmmuskulatur, nicht aber auf sekretorische Elemente einwirken, wie Nux vomica, Belladonna, Atropin.

5. Abführmittel, welche sowohl die Peristaltik als auch die Sekretion steigern, Drastika, z. B. Scammonium, Tubera Jalappae, Ol. Crotonis, Aloe, Rhabarber.

6. Abführmittel, welche zugleich auf verschiedene Teile des Verdauungstraktes, Leber, Galle, Darmdrüsen etc. einwirken, z. B. Califig.

Wie schon aus dieser, nur einen Bruchteil der bekannten Abführmittel enthaltenden Einteilung ersichtlich ist, ist die Zahl derselben eine sehr große. Wenn sich nun trotz dieser großen Zahl der bereits bestehenden Abführmittel noch immer wieder das Verlangen nach einem solchen geltend machte, das einfach in der Zusammensetzung, sicher in der Wirkung und zugleich wohlschmeckend ist, so ist dies ein Zeichen, daß die bisher angewendeten Abführmittel nicht in jeder Hinsicht den an sie gestellten Anforderungen entsprechen. Ein gutes Abführmittel aber soll bald nach der Einnahme seine Wirkung entfalten, gleichmäßig in der Wirkung sein, dabei keine oder nur geringe Schmerzen verursachen, nicht allzukräftige Reaktionen hervorrufen und angenehm zu nehmen sein.

Von diesen Erwägungen ausgehend, ist es nach einer Reihe von sorgfältigen und auf wissenschaftlichen Prinzipien fußenden chemischen Versuchen der seit 25 Jahren in San Francisco bestehenden California Fig Syrup Co. gelungen, ein Abführmittel herzustellen, welches den erwähnten Anforderungen genügen dürfte.

Dieses Präparat, welches unter dem Namen „Kalifornischer Feigensirup" oder kurzweg „Califig" auf den Arzneimarkt gebracht wurde, ist eine dunkelbraune Flüssigkeit von angenehmem Geschmack und Geruch und besteht aus Decoct. Fici Californiensis 45, Sirup. aromatic. 30, Extr. Sennae liquid. 20, Elixir Caryophyll. comp. 5 Teilen.

Der wirksame Bestandteil des Califig ist der flüssige Sennaextrakt, welcher nach einem eigenen, von der Fabrik geheim gehaltenen Verfahren hergestellt wird, wodurch dem Sennaextrakt seine schmerzerzeugenden Eigenschaften vollständig entzogen werden.

Die anderen Bestandteile des Califig sind wohl nur als Korrigentia bzw. als Vehikel zu betrachten, obwohl man dem Feigendekokt selbst eine abführende Wirkung nicht ganz absprechen kann.

Die Sennesblätter sind ein ausgezeichnetes Abführmittel, es ist daher der Gedanke, gerade die Sennesblätter, bzw. deren Extrakt mit dem Feigensirup zu kombinieren, ein sehr glücklicher gewesen.

Ein Blick in jede Pharmakopöe beweist, daß die Senna der hauptsächlichste und wirksamste Bestandteil einer großen Anzahl von offizinellen Abführmitteln ist, z. B. der Species laxantes St. Germain, des Electuar. lenitivum, des Infus. Sennae cum Manna (Wiener Trank), des Sirup. Sennae cum Manna, des Hydromel infantum (Kindermet), des Pulvis liquirit. compos., des Decoct. Sarsaparillae etc.

Leider haftet allen diesen Präparaten der Nachteil an, daß sie selbst bei kleinen Gaben ganz bedeutende, oft

noch nach der Stuhlentleerung anhaltende Schmerzen verursachen.

Man hat diese schmerzerzeugende Wirkung der Senna den der alexandrinischen Senna in großen Quantitäten beigemengten Blättern und Blüten der in Oberägypten und Nubien wachsenden Pflanze Solenostemma Arghel zugeschrieben. Es hat sich jedoch herausgestellt, daß diese Beimengungen ganz harmloser Art sind, und daß trotz der sorgfältigsten Sortierung und Reinigung die alexandrinische Senna ebenso wie die schon rein, ohne Beimengungen in den Handel kommende Tinnevelly Senna ihre schmerzerzeugenden Eigenschaften auch weiterhin beibehält.

Diese unangenehme Wirkung ist eben eine Eigenschaft des wirksamen Bestandteiles der Senna, nämlich der Kathartinsäure, welche schon in Gaben von 0·1 heftige Koliken verursacht.

Wie schon erwähnt, wurde nunmehr dieser Nachteil beim Califig durch ein eigenartiges Extraktionsverfahren vollständig behoben.

Leibschmerzen treten nach Einnahme von Califig, wie ich mich nicht nur an einer großen Zahl von Patienten beiderlei Geschlechtes und jeden Alters, sondern wiederholt auch an mir selbst überzeugt habe, niemals auf.

Machen sich Schmerzen in einem oder dem anderen Falle dennoch bemerkbar, so sind sie stets leicht und vorübergehend und beruhen entweder auf einer abnormen Reizbarkeit des Darmes oder überhaupt auf einer besonderen Empfindlichkeit und Disposition des betreffenden Patienten.

Bezüglich der Dosierung des Califig ist folgendes zu bemerken:

Um eine einmalige reichliche Entleerung zu erzielen, genügt die Einnahme eines halben bis eines ganzen Eßlöffels des Sirups. Bei habitueller Obstipation sind täglich ein bis zwei Teelöffel voll zu nehmen, am besten vor dem Schlafengehen.

Für Kinder genügen stets ein bis zwei Teelöffel des Sirups. Sobald der Stuhlgang ein regelmäßiger geworden ist, kann die Dosis allmählich verringert werden, oder es wird mit dem Gebrauche des Sirups ausgesetzt, bis die Notwendigkeit eintritt, denselben neuerdings einzunehmen.

Der kalifornische Feigensirup wird zu einem mäßigen Preise nur in eigenen, in zwei Größen vorhandenen Originalflaschen im Handel abgegeben.

Califig ist frei von störenden Nebenwirkungen und erzeugt weder im Munde noch im Magen irgendwelche unangenehme Erscheinungen, wie Ekel, Brechreiz, Erbrechen, Aufstoßen, Magendruck etc. Selbst von Magenkranken, von sehr empfindlichen Personen und von Kindern wird das Mittel jederzeit ohne Anstand gerne genommen und gut vertragen.

Die Stuhlentleerungen, gewöhnlich 2–3, erfolgen schmerzlos, durchschnittlich in 6–8 Stunden, manchmal, besonders bei größeren Dosen, auch in 2–3 Stunden.

Die Entleerungen sind breiig, oft auch geformt, von normaler Farbe, sehr selten diarrhoisch, niemals vollkommen wässerig.

Das nach der Einnahme anderer Abführmittel stets auftretende unangenehme Diarrhöegefühl, welches viele Personen zwingt, zu Hause zu bleiben und ihren Beruf auf einige Tage aufzugeben, fehlt hier vollständig.

Califig reinigt und entleert sowohl den Dickdarm als auch den Dünndarm. Daß auch eine Entleerung des Dünndarmes erzielt werden kann, läßt sich mit der Gmelinschen Probe nachweisen, die normalerweise beim Dickdarminhalt negativ, bei Dünndarminhalt aber in der Regel positiv ausfällt. Bei entsprechender Califigeinnahme gelingt in der Mehrzahl der Fälle mit dem Stuhl die Gmelinsche Probe, ein Beweis, daß der Stuhl aus dem Dünndarm stammt und sehr rasch ohne Umwandlung der Gallenfarbstoffe durch den Dickdarm geschoben wurde.

Eine Angewöhnung an das Mittel wurde niemals beobachtet und die prompte Wirkung blieb selbst nach wiederholtem Einnehmen nicht aus.

Califig reizt niemals den Darm plötzlich und für kurze Zeit, sondern regt nur den Darm zu ruhigen Kontraktionen und zu einer stärkeren Schleimabsonderung an.

Eine Folge davon ist auch, daß Schmerzen und Koliken ganz fehlen, daß wie erwähnt die Entleerungen breiig oder geformt sind und daß nach eingetretener Wirkung niemals eine Verstopfung folgt, sondern daß die Wirkung mehrere Tage lang anhält und erst nach und nach abklingt.

Der kalifornische Feigensirup eignet sich zur Anwendung bei akuter und chronischer Stuhlverstopfung sonst gesunder Menschen, bei Obstipation infolge verminderter Energie der Peristaltik als Teilerscheinung der allgemeinen Körperschwäche bei chronischen Krankheiten, ferner bei Verstopfung infolge primärer oder sekundärer Darmkatarrhe, bei chronischen Affektionen der Peritoneums, bei Ikterus, bei Magenkatarrh, dann zur Bekämpfung der chronischen Verstopfung bei den verschiedensten Krankheiten des Nervensystems, insbesondere des Gehirns und des Rückenmarkes, bei Hypochondrie, Melancholie, Hysterie, Neurasthenie, schließlich bei allen Fällen, wo man infolge von Stenosen, Knickungen des Darmes, Hämorrhoidalleiden auf eine regelmäßige Stuhlentleerung sehen muß.

Bei der Behandlung der Stuhlverstopfung in der Schwangerschaft nimmt Califig vermöge seiner Eigenschaft, nicht drastisch und nicht reizend zu wirken, einen hervorragenden Platz ein.

Califig hat nicht den Nachteil zahlreicher anderer Abführmittel, im kleinen Becken Kongestionen zu erzeugen und dadurch bei schwangeren Frauen Blutungen hervorzurufen, welche Fehl- oder Frühgeburten in Gefolge haben könnten.

Ebenso günstig wie bei Erwachsenen wirkt der Sirup auch bei der Verstopfung der Kinder.

Als vorzügliches und gründliches Reinigungsmittel des Darmes bewährt sich Califig auch bei der Behandlung der Darmgärung während des Sommers, der Sommerdiarrhöen, welche durch eine Infektion des Darmes mit Mikroorganismen hervorgerufen werden.

Sehr gut verwendbar ist der Feigensirup auch zur Anregung des Stoffwechsels bei fettleibigen, an Darmträgheit und Leberanschoppung leidenden Personen, welche sich nach längerem Gebrauch des Sirups viel wohler, leichter und freier fühlen.

Ich habe den kalifornischen Feigensirup in 76 Fällen von Obstipation aus verschiedenen Ursachen verordnet, es würde jedoch zu weit führen, wollte ich alle mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten über Califig veröffentlichen, ich werde daher nur einige, gewissermaßen zur Illustration anführen:

Herr R. A., 37 Jahre alt, leidet an einer seit drei Tagen bestehenden Obstipation infolge Genusses ungewohnter Speisen. Er nimmt vormittags zwei Eßlöffel Califig, nach vier Stunden erfolgt schmerzlos ein harter Stuhl, nach einer weiteren Stunde ein kopiöser geformter Stuhl, abends nochmals ein breiiger Stuhl, ebenso am nächsten Morgen. Von da an erfolgt täglich der gewohnte normale Stuhl.

Herr A. L., 41 Jahre, chronische Obstipation infolge Neurasthenie, Atonie des Darmes. Nachdem Patient seit fünf Tagen trotz Abführmittel keinen ihn befriedigenden Stuhl erzielt hatte, nahm er eines Abends zwei Eßlöffel Califig. Am nächsten Morgen, noch im Bette, verspürte er zu seiner großen Verwunderung nach fast einem und einem halben Jahr wieder einmal ordentlichen Stuhldrang. Er beeilte sich, diesem Drange zu folgen und erzielte einen schmerzlosen, ausgiebigen, breiigen Stuhl. Von da an nahm Patient täglich abends zwei Eßlöffel Califig und hatte jedesmal am nächsten Morgen seinen normalen Stuhl. Nach Wochen versuchte er es mit Erfolg mit einem Eßlöffel täglich und jetzt, nach drei Monaten, nimmt er nur jeden

zweiten Tag einen Eßlöffel Califig und hat täglich einen ordentlichen Stuhl. Dieser Patient wurde durch Califig von einer der quälendsten Erscheinungen seiner Nervenkrankheit dauernd befreit.

Fräulein H. N., 30 Jahre, leidet infolge Anämie an Darmträgheit. Die oft tagelang andauernde Verstopfung verursacht der Patientin mannigfache Beschwerden, zu welchen sich auch eine sehr störende Appetitlosigkeit hinzugesellte. Zur Regulierung des Stubles nimmt die Patientin täglich abends einen Eßlöffel Califig durch acht Tage hindurch. Der Erfolg war ein ausgezeichneter, indem am nächsten Tage stets Stuhl erfolgte. Die Appetitlosigkeit schwand nach und nach und das Allgemeinbefinden der Patientin besserte sich zusehends. Jetzt nimmt Patientin nur gelegentlich alle 4—5 Tage einen Eßlöffel Califig zur Nachhilfe.

Drei im 4., 5. und 7. Monate gravide Frauen erhielten wegen chronischer Obstipation täglich je zwei Eßlöffel Califig. Der Erfolg trat so prompt ein, daß nach vier Tagen nur jeden zweiten Tag je ein Eßlöffel Califig gegeben wurde, worauf dann täglich Stuhlgang erfolgte.

Sechs Kinder im Alter von 4—12 Jahren erhielten wegen Obstipation je einen Teelöffel Califig, worauf zirka sechs Stunden darauf in allen Fällen 2—3 schmerzlose Entleerungen eintraten.

Wir sehen aus dem Erwähnten, daß nicht nur das Anwendungsgebiet für Califig ein enorm großes ist, sondern daß Califig auch Eigenschaften besitzt, welche ihn für die tägliche Praxis ungemein wertvoll machen. Wenn man aber auf dem Standpunkt steht, daß jedes Abführmittel ein Übel ist, so hat man auch als Arzt die Pflicht, von diesen Übeln das kleinste, das ist das beste und unschädlichste Laxans, zu wählen. In dieser Hinsicht steht Califig, was prompte Wirkung bei Ausschluß jeder Reizung und Schädigung und geringe Dosierung anbelangt, an erster Stelle.

Diese Ergebnisse im Vereine mit den günstigen Resultaten, die eine große Anzahl von Ärzten und Klinikern mit Califig erzielt haben, sind wohl imstande, die hervorragende therapeutische Bedeutung dieses Präparates auf das deutlichste zu beweisen. Auf Grund meiner Erfahrungen stehe ich daher nicht an, den kalifornischen Feigensirup als ein therapeutisch vielfach mit sicherem Erfolge verwendbares, ganz unschädliches und dabei billiges Präparat zur steten Anwendung in den geeigneten Fällen den Fachgenossen auf das wärmste zu empfehlen.

Referate.

C. BRUHNS (Berlin): Über Hautjucken, seine Ursache und seine Behandlung.

Es kommen innere und äußere Ursachen in Betracht. Bei Ikterus, Diabetes, Gicht, ferner bei urämischen Zuständen kann Hautjucken auftreten, auch bei Leukämie und Pseudoleukämie. Auch bei manchen Erkrankungen des Nervensystems ist Hautjucken als Symptom beobachtet worden. Ebenso wird Hautjucken beobachtet bei Genitalerkrankungen der Frauen, während der Menstruation und der Schwangerschaft. Sehr schwer erklärbar sind die bei Neurasthenikern oder Hysterischen auftretenden Anfälle von rein nervösem Jucken. Zu den auf inneren Ursachen beruhenden Formen des Hautjuckens dürfte auch der Pruritus senilis, ferner der Pruritus hiemalis und aestivus zu rechnen sein („Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung", 1905, Nr. 7). Als äußere Ursachen des Hautjuckens kommen in Betracht Juckzustände, die durch Parasiten bzw. durch parasitäre Erkrankungen (Skabies, Pediculosis, Flöhe, Wanzen, Mücken, Morpionen, ferner den Holzbock oder die Vogelmilbe) erzeugt werden, sodann die durch andere äußere Reize (Raupenhaare, Quallen, Primeln) hervorgerufenen; ferner gehen eine ganze Anzahl von spezifischen Hauterkrankungen mit Jucken einher (Ekzem, Lichen ruber, Dermatitis herpetiformis Duhring, Pityriasis versicolor, rosea); auch die Psoriasis kann in seltenen Fällen (namentlich als Psoriasis punctata und lenticularis zur Zeit ihres Ausbruches) mit Jucken einhergehen; die einzige Luesform, die manchmal jucken kann, ist das kleinpapulöse Syphilid. Besonders sind dann noch zu erwähnen die Urticaria und der Strophulus (Lichen urticatus) der Kinder. Therapie: Von diätetischen Maßnahmen sind zu erwähnen: Verbot der Alkoholika, des Genusses von starkem Kaffee und Tee und gewürzten Speisen; ferner der Gebrauch von Abführmitteln (Karlsbader Salz) bei Urticaria. Von innerlich zu reichenden Medikamenten kommen in Frage Brom (ERLENMEYERsche Brommischung), Antipyrin, abends genommen, eventuell Brom und Antipyrin gemischt in Lösung [4·0 bis 6·0 Bromnatrium und 1·5—3·0 Antipyrin (NEISSER)]. In hartnäckigen Fällen greift man zu den eigentlichen Schlafmitteln (Trional, Veronal, eventuell Morphium). Atropin in Pillen zu $^1/_2$—1 *mg*, abends 1—2 Pillen zirka 3 Wochen lang, Salol und Aspirin können versucht werden, ebenso Karbolsäure. Von äußeren Medikamenten sind zunächst alle diejenigen wirksam, die ein Kältegefühl auf der Haut hervorrufen: Umschläge mit essigsaurer Tonerde, schwacher Resorzinlösung etc., ferner Betupfen mit 1%igem Thymol oder Mentholspiritus. Sehr gut wirkt Menthol $^1/_2$—2% in Zinkpasta, ebenso Liqu. alum. acet. in Salbenform mit Lanolin. Von neueren Mitteln wird empfohlen Bromocoll (in 10—20%iger Salbe), ferner das Tumenol, besonders bei juckenden Ekzemen (Tumenol 5·0 bis 10·0 mit Zinkpaste ad 100) oder als Pinselung (Tumenol 5·0, Spiritus, Äther, Glyzerin aa. 15·0). Auch der Teer gehört zu den juckstillenden Mitteln und wirkt, besonders wenn er vertragen wird, sehr gut. Pinselungen mit Liqu. carbon. detergens und nachfolgender Bedeckung der bepinselten Hautstelle mit Zinkpaste. 10%ige Lösungen (in Spiritus) von Anthrasol oder 1—3% mit Zinkpaste. Speziell bei Pruritus analis Resorzinzinkpasten (1—2%) oder folgende von NEISSER angegebene Mischung: Flor. zinc., Talc. venet., Glyzerin, Aqu. dest. aa. 25·0, Liqu. carbon. deterg. angl. 5·0—10·0, Ichthyol 3·0—5·0—10·0, welche eingepinselt eintrocknet und einen Luftabschluß herbeiführt. Hinsichtlich der Behandlung der Skabies rühmt Verf. die Einfachheit und Billigkeit der Behandlung mit Schwefelsalbe (Flor. sulf. 3·0, Ax. porc. ad 100). Diese Salbe wird nach einem warmen Bade, in welchem die Haut gründlich mit Schmierseife gereinigt wird, eingerieben und bleibt 8 Tage liegen, nach welcher Zeit sie ebenfalls im warmen Bade wieder entfernt wird. Man kann auch mit Umgehung des ersten Reinigungsbades die Salbe innerhalb 24—36 Stunden dreimal gründlich einreiben und dann nach 3 Tagen das Reinigungsbad nehmen lassen. Die Hände müssen jeden Abend mit Salbe behandelt werden und nachts werden am besten Handschuhe getragen. G.

OTTO v. HERFF (Basel): Über künstliche Frühgeburt bei Beckenenge, insbesondere mit dem Blasenstich.

Die künstliche Frühgeburt ergibt 20—30% mehr lebende Kinder, als die Mütter bei ihren früheren spontanen Geburten erhalten hatten. Sie ergibt, wenn man mit Rücksicht auf die sozialen Verhältnisse die Familiensterblichkeit in Betracht zieht, kaum eine Differenz in dem späteren Schicksal der Kinder. Was den Termin der einzuleitenden Frühgeburt betrifft, so kommen hierbei die Anamnese, die möglichst genaue Bestimmung der Schwangerschaftszeit, die Geräumigkeit des Beckens, die Größe und Anpassungsfähigkeit des Kopfes in Betracht, alles Momente, bei welchen man subjektiven Schätzungen unterworfen ist. Hier gibt die MÜLLERsche Methode des versuchsweisen Eindrückens des Kopfes in das Becken den besten Maßstab ab. v. HERFF (Sammlung klin. Vorträge, 1905, Nr. 386) bestellt die Frauen daher um die 35. bis 36. Woche der Schwangerschaft, sucht nach möglichst genauer Bestimmung aller anderen Umstände den Kopf eventuell mit Narkose in das Becken einzutreiben und bestellt, falls dies leicht geht, die Frauen auf 8 Tage später. Bezüglich der Methode der Einleitung sind die Bougierung und die Einführung von Blasen mit 1—2% mütterlicher Sterblichkeit belastet. v. HERFF bevorzugt darum den Blasenstich, bei welchem die Dauer der Einleitungszeit durch die Sicherheit für das Leben der Mutter und des Kindes aufgewogen wird. Die weiteren Vorteile des Blasenstiches sind die leichte Ausführbarkeit, der Umstand, daß es sich um einen einzigen, sehr einfachen, nur wenige Sekunden dauernden Eingriff handelt, somit geringste Möglichkeit einer Infektion, schließlich Sicherung einer Längslage, zumeist einer Schädellage, und damit

Hebung der Voraussage für das Kind. Zur Ausführung des Blasenstiches wird ein Blasensprenger verwendet, der einer nach der Fläche oder auch nach der Kante gebogenen amerikanischen Kugelzange gleicht, jedoch mit Mäusezähnen versehen ist. FISCHER.

EUGEN A. POLYA (Budapest): **Thrombophlebitis mesaraica, eine verhängnisvolle Komplikation der Appendizitis.**

Im Gefolge des appendikulären Entzündungsprozesses kann es durch Vermittlung der Vena mesenterica superior zu Thrombophlebitis der Gekrösvenen kommen („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 7—9). Diese Thrombophlebitis kommt zumeist in den oberen Jejunalvenen zustande. Die Thrombose und Entzündung der Mensenterialvenen infolge des Appendizitis verläuft in einzelnen Fällen ohne nennenswerte anatomische und funktionelle Störung des Darmes und bildet lediglich eine Teilerscheinung der portalen Pyämie, in anderen Fällen bewirkt sie die blutige Infarzierung und Gangrän des entsprechenden Darmabschnittes und bringt hierdurch eine Form des appendikulären Ileus hervor. Durch die ziemlich regelmäßige Lokalisation der Erkrankung in der oberen Partie des Jejunums ergibt sich als recht charakteristisches klinisches Merkmal dieser Komplikation die unter dem linken Rippenbogen in der Gegend des Nabels nachweisbare schmerzhafte Resistenz, beziehungsweise Dämpfung, welche nach Abklingen von appendizitisartigen Symptomen in Begleitung von pyämischen Erscheinungen oder Ileus auftritt. Diese Komplikation der Appendizitis ist, da die Eiterherde im Stamme der Vena mesaraica unangreifbar sind, als eine fast sicher tödliche zu betrachten, und die chirurgische Therapie liegt daher hauptsächlich in der Prophylaxe, nämlich der frühzeitigen Entfernung des erkrankten Wurmfortsatzes. G.

WESTENHOEFFER (Berlin): **Pathologische Anatomie und Infektionswege bei der Genickstarre.**

Die Eintrittspforte des Krankheitserregers der Zerebrospinalmeningitis ist der hintere Nasenrachenraum, besonders die Rachentonsille. Die Hirnhautentzündung ist anfangs stets eine basilare, und zwar in der Gegend der Hypophysis. Sie entsteht auf lymphogenem Wege. Die Hirnhautentzündung als Zeichen der Erkrankung des Cavum cranii ist analog den Erkrankungen der Schleimhäute der Nebenhöhlen des hinteren Nasenrachenraums. Niemals oder sicher nur ganz ausnahmsweise entsteht die Hirnhautentzündung durch Fortleitung einer Erkrankung der Siebbeinzellen. Die Krankheit ist eine exquisite Kinderkrankheit. Die von der Krankheit befallenen Kinder und Erwachsenen haben deutliche Zeichen einer sogenannten lymphatischen Konstitution. Die Krankheit ist eine Inhalationskrankheit. Ihre Bekämpfung ist ganz wesentlich eine wohnungshygienische Frage („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 24). Der Meningokokkus WEICHSELBAUM-JAEGER wird zwar in der Mehrzahl der Fälle gefunden, doch ist ein absolut einwandfreier Beweis, daß er der alleinige Erreger der epidemischen Zerebrospinalmeningitis ist, noch nicht erbracht. Die Tatsache, daß andere Kokken teils allein, teils gemischt mit dem Meningokokkus gefunden werden können, schließt die Möglichkeit nicht aus, daß alle diese Bakterien eine sekundäre Rolle spielen und daß der eigentliche Krankheitserreger überhaupt noch nicht bekannt ist (Analogie mit Streptokokkeninfektion bei Scharlach). B.

HABERER (Wien): **Beitrag zur Appendixfrage, mit besonderer Berücksichtigung von Dauerresultaten.**

Unter Benutzung des gesamten Appendizitismaterials der v. EISELSBERGschen Klinik bespricht Verf. die Resultate der Operation in den verschiedenen Stadien und stellt die Gesichtspunkte, die auf der Klinik bei der Operation der Appendizitis berücksichtigt werden, zusammen („Archiv f. klin. Chir.", Bd. 76, H. 1 u. 2). Sehr gute Resultate ergab die Frühoperation, d. i. in den ersten 48 Stunden nach Beginn des Anfalles; es werden daher alle in dieser Zeit der Klinik übergebenen Patienten sofort operiert, wenn keine sonstige Kontraindikation besteht. Wenn der Patient erst nach Ablauf dieser Zeit eingeliefert wird, trachtet man nach Möglichkeit durch exspektative Behandlung den Anfall zum Abklingen zu bringen, wobei aber der Patient genau beobachtet wird, damit im Falle einer Verschlimmerung sofort zum Messer gegriffen werden kann. Das Streben, den Patienten im Intervall zu operieren, erklärt sich aus dem sehr günstigen Operationsresultat in diesem Stadium: 116 Operationen ohne Todesfall. Wenn Abszeßbildung eintritt, wird während des Anfalles operiert. Dabei beschränkt man sich bloß auf die Eröffnung des Abszesses und entfernt den Appendix bloß dort, wo er vollkommen frei zutage liegt. In den übrigen Fällen wird die sekundäre Appendektomie unter gleichzeitiger Operation des Bauchwandbruches ausgeführt. Bei vorhandener diffuser Peritonitis wird ziemlich radikal vorgegangen: Sofortige Laparotomie, Entfernung des Wurmfortsatzes, reichliche Kochsalzspülung des Abdomens, ausgiebige Drainage. ERDHEIM.

B. CREDÉ (Dresden): **Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers.**

Nach Analogie des prophylaktischen Einträufelns von Höllensteinlösung in das Auge des Neugebornen, die wir in jedem Falle vornehmen, soll nach dem Autor („Zentralbl. f. Gynäk.", 1905, Nr. 6) auch bei der Gebärenden selbst in jedem Falle, unbedingt aber bei den schon Erkrankten, unmittelbar nach der Geburt noch auf dem Gebärbett, hoch in die Scheide, eventuell bis in die offene Zervix oder die Gebärmutterhöhle, eine Collargolkugel eingeschoben werden. Das Collargol löst sich langsam, dringt in alle Risse und Spalten ein ohne der lebenden Zelle zu schaden, sterilisiert die Sekrete und wird zum Teile resorbiert. Bei Infektionserscheinungen beginnt CREDÉ mit Ausspülungen von Collargolwasser 1 : 2 bis 5000 und legt darauf wieder einen Globulus, eventuell ein Collargolstäbchen, ein. Bei allgemein septischen Symptomen beginnt Verf. sofort mit der Silberschmierkur oder mit Collargolklysmen oder in ersteren Fällen mit intravenösen Collargolinjektionen von zunächst je 8 bis 10 cm^3 der $2^0/_0$igen Lösung. Bei Laparotomien begießt er alle freigelegten Teile der Bauchhöhle mit $1^0/_0$iger Lösung. Die Zusammensetzung der Globuli vaginales ist: Collargol 0·5 (bis 1·0), Talc. pulv. 0·5 (bis 1·0), Ol. cacao 19·0 (eventuell 18·0), fiant globuli Nr. 10. Für die Bacilli collargoli: Sacch. alb. 4·0; Gummi arab. 3·0; Sacch. lact. 2·0; Adeps Lan. 1·0; Glycerin., Aq. dest. q. s.; Collargol. q. s. ad $2^0/_0$. Diese Masse gibt etwa 8 Stäbchen von 4 *mm* Dicke und 8 *cm* Länge. FISCHER.

A. I. ABRIKOSOW (Moskau): **Über die ersten anatomischen Veränderungen der Lungen bei beginnender Lungentuberkulose.**

Verf. hat unter 453 Sektionen in 52 Fällen in irgend einem Teile der Lunge einen tuberkulösen Herd* gefunden. Von diesen 52 Fällen hat er 8 Fälle gewählt, die das früheste Stadium des tuberkulösen Prozesses darboten und deren Beschreibung den Forschungen des Autors zugrunde liegt. Er fand („Wratschebnaja Gazetta", 1904, Nr. 38, Moskauer Dissertation, 1904): 1. Die Lungentuberkulose beim Menschen im reifen Lebensalter erscheint in der Mehrzahl der Fälle als die Folge einer vorangegangenen Infektion mit Tuberkelbazillen, aber keineswegs als die Folge einer Exazerbation des tuberkulösen Prozesses, der seit der Kindheit des Patienten in latentem Zustande bestanden hatte. 2. In der Mehrzahl der Fälle von Lungenschwindsucht bei Erwachsenen stellen die Lungen den Ausgangspunkt des tuberkulösen Prozesses dar. 3. Der gewöhnliche Ausgangspunkt des tuberkulösen Prozesses (bei Lungenschwindsucht) ist einer der intralobulären Bronchien der Lungenspitze. Kaseöse Bronchitis und Peribronchitis des intralobulären Bronchus und seiner nächsten Äste bilden sozusagen den ersten Akt des tuberkulösen Prozesses. Außer der Ausbreitung dem Bronchus entlang kann der Prozeß vom Bronchus auf das benachbarte Gewebe übergehen, wobei er seinen produktiven Charakter behält. 4. Die tuberkulösen Herde broncho-pneumonischer Form werden sowohl bei bronchogener wie auch bei hämatogener Infektion der Lungen beim Menschen und experimentell bei Tieren beobachtet. 5. Der übliche Beginn des tuberkulösen Prozesses am intralobulären Brochus bildet im Verein mit der Selbständigkeit und der Primordialität der tuberkulösen

Affektion des Lungengewebes bei Phthise einen wichtigen tatsächlichen Beweis dafür, daß die Lunge mit Tuberkelbazillen infiziert ist, die in dieselbe mit der Atmungsluft hineingelangen. 6. Die sehr häufig bei Kindern und seltener bei Erwachsenen auftretende konsekutive Infektion des Lungengewebes ist nicht selten die Folge einer Übertragung der Tuberkelbazillen auf die Drüsen durch die anliegende Wand des Bronchus in das Lumen desselben. 7. Eine derartige Übertragung findet entweder beim Übergang des tuberkulösen Prozesses auf die Bronchialwand oder durch Verschleppung der Tuberkelbazillen in die perivaskulären Lymphwege der mit der erkrankten Drüse verlöteten Bronchialwand statt. L—y.

E. Schultze (Bonn): **Über die körperliche Ausbildung der Früchte am Ende der Schwangerschaft.**

Verf. gelangt an der Hand eines konkreten Falles zu dem Resultat, daß der medizinische Sachverständige sehr vorsichtig in der Fassung eines Gutachtens über einen etwa möglichen Termin der Zeugung sein müsse („Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med.", Bd. 29, 1905). Er wird den Ursachen, die für die Größenentwicklung der Früchte verantwortlich gemacht werden, nach Möglichkeit nachzuforschen haben: Zahl der Schwangerschaften, Alter, Prädilektionsalter, Ernährungsverhältnisse der Mutter, Konstitution und Kraftentwicklung beider Eltern usw. Die Entwicklung des Kindes kann einmal in frühen Wochen so weit gediehen sein, wie wir sie gewöhnlich erst am Ende der Schwangerschaft finden. Verf. schließt sich den Worten Krahmers an, der gesagt hat: Bis jetzt kann der Gerichtsarzt, der sich über sein Wissen keine Illusion macht, nur sagen, daß gegen die Möglichkeit einer sehr verschiedenen Entwicklung der Frucht im Mutterleibe und des Vorkommens einer sogenannten Früh- oder Spätgeburt reifer Kinder keine Gründe vorliegen. Er wird es mithin nur aus den besonderen Umständen des einzelnen Falles beurteilen können, ob die zu prüfende Berechnung der Schwangerschaft Zutrauen verdient oder Zweifel zuläßt. G.

S. D. Michnow (St. Petersburg): **Über die konservative Myotomie bei Schwangeren.**

Wenn das Fibromyom keine Störungen verursacht und eine Lage einnimmt, bei der Schwierigkeiten für den Geburtsakt nicht zu befürchten sind, so liegt gar kein Grund vor, zur Operation während der Schwangerschaft zu schreiten. Wenn die Geschwulst derartige topographische Verhältnisse bietet, daß deren Entfernung ohne Eröffnung der Gebärmutterhöhle vorgenommen, d. h. wenn die konservative Myotomie ausgeführt werden kann, so dürfte man zur Operation auch in den ersten Schwangerschaftsmonaten schreiten, wenn irgend welche Störungen vorliegen oder Komplikationen während des Geburtsaktes zu befürchten sind. Muß aber die Operation der Myomexstirpation mit Eröffnung der Gebärmutterhöhle einhergehen, so ist es besser, die Operation zu einer Zeit vorzunehmen, zu der die Frucht lebensfähig ist; dagegen ist in den ersten Schwangerschaftsmonaten nur dann zu operieren, wenn dringende Indikationen vorliegen. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft darf man bei Uterusmyomen niemals vornehmen („Russki Wratsch", 1905, Nr. 2). L—y.

Fischer (Leipzig): **Zur Behandlung des Schweißfußes in der Armee.**

Man gebraucht in der deutschen Armee Formalinpinselungen, und zwar werden im allgemeinen 10—20%ige Formalinlösungen benutzt („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 20). Auch in der französischen Armee wird seit 1901 die Formalinbehandlung des Schweißfußes geübt. Die Wirkungen der Formalinpinselungen sind zweifellos, doch haften der Methode einige Mängel an. Erstens entwickeln sich beim Einpinseln Formaldehydgase, welche zu heftiger Reizung der Konjunktiva sowie der Schleimhäute der Nase und der Atmungsorgane Veranlassung geben. Die Pinselung einer größeren Anzahl von Mannschaften muß daher im Freien oder in einem sehr luftigen Raum vorgenommen werden. Ferner wird die Haut der Finger durch Berührung mit der Formalinlösung trocken, spröde und hart und dadurch in ihrem Tastgefühl geschädigt, weiter erzeugt konzentrierte Formalinlösung auf dünnen oder wunden Hautstellen (z. B. zwischen den Zehen) lebhaftes Brennen, auch ist es ein Nachteil, daß der einzelne Mann sich das Mittel nicht selbst applizieren kann. Um diese Übelstände zu umgehen, hat man neuerdings versucht, das Formalin in Form von Seifen, Salben und Pudern anzuwenden. Verf. hält aber die Formalinsalbenbehandlung für unzweckmäßig, da die fettige Einhüllung der Haut dieselbe der Möglichkeit beraubt, gut auszutrocknen. Tannoform ist für militärische Zwecke zu teuer. Neuerdings lernte Verf. einen Fettpuder kennen, das Vasenol, das bei Zusatz von Zinkoxyd, Formalin und Salizylsäure einen Schweißpuder von ausgezeichneter Wirkung gibt. Bei schwächeren Graden von Hyperhidrosis ergab sich 5%iges, bei stärkeren Graden 10%iges Formalinvasenol als zweckentsprechend. Nach tüchtigem Abreiben des Fußes mit einem in 1%igen Salizylspiritus getauchten Wattetupfer wird der Fuß mit dem Puder gut eingerieben. Auch in die Strümpfe oder Fußlappen sowie in die Stiefel muß etwas Formalinvasenol eingestreut werden. Diese Prozedur wird zweimal täglich (am besten früh und abends) gemacht und den Leuten dabei eingeschärft, während der Behandlungsdauer die Füße nicht zu waschen; jedesmal muß auch die Fußbekleidung wieder mit eingepudert werden. Während der üble Geruch schon am zweiten Tage geschwunden ist, trocknet die Haut unter schwärzlicher Verfärbung der Hornschicht und lamellöser Abstoßung der oberen Schichten gut ab, so daß die Leute nach spätestens acht Tagen, ohne einen Tag Dienstversäumnis, aus der Behandlung entlassen werden können. Um Rezidive zu vermeiden, empfiehlt es sich, prophylaktisch bei Abschluß der Behandlung eine Büchse Vasenolformalin mitzugeben und den Leuten zu empfehlen, 2—3mal wöchentlich damit die Füße zu pudern. Das häufige Waschen und Baden der Füße, besonders mit warmem Wasser, ist beim Schweißfuß eher schädlich als nützlich; dagegen sind spirituöse Waschungen (mit verdünntem Weingeist, Franzbranntwein u. dgl.) wegen ihrer die Haut trocken erhaltenden Wirkung nützlich. Ist der Fuß durch die Formalinbehandlung vollkommen trocken geworden und bleibt er dies auch nach einem größeren Marsch, so steht der Wasseranwendung nichts mehr im Wege, jedoch sollen die Füße niemals warm gebadet werden, das Wasser soll kühl sein, der erhitzte Schweißfuß muß vor dem Bad abgekühlt werden. Sehr schädlich sind Stiefeleinlagesohlen aus Filz, wie sie von den Mannschaften vielfach benutzt werden; diese Sohlen machen oft die beste Schweißfußbehandlung illusorisch. Die Stiefelsohlen sind selbst durch Eingießen eines Eßlöffels konzentrierter Formalinlösung in die Sohle oder durch Einpudern von 10%igem Vasenolformalin, sowie durch häufiges Lüften der Stiefel trocken zu halten; auch empfiehlt es sich, während der Behandlung des Schweißfußes in die Stiefel eine mit Formalin behandelte Pappsohle einzulegen. Auch noch andere Arten von Einlegesohlen aus Fließpapier oder Filtrierpapier, aus Stroh, Asbest und Schwamm sind in Gebrauch. Schädlich für Schweißfüßler sind enge Strümpfe und Stiefel. An Stelle der Strümpfe wähle man Socken aus Wolle oder Halbwolle. Strümpfe oder Fußlappen dürfen niemals in feuchtem Zustand angelegt werden. G.

E. E. Miller und **A. K. Trileski** (Kischinew): **Über einen Fall von Masseninfektion an Malaria durch Vermittlung des Trinkwassers.**

Verff. glauben durch die von ihnen mitgeteilten Beobachtungen die Richtigkeit der vor der Entstehung der Mückentheorie sehr verbreitet gewesenen Meinung bestätigt zu sehen, daß einer der wichtigsten Faktoren der Malariaverbreitung das Wasser ist, in dem unter gewissen Verhältnissen der Malariaparasit leben und sich vermehren kann („Die Medizinische Woche", 1905, Nr. 33). Wenn der Malariaparasit in den Organismus des Menschen durch den Magen-Darmkanal, wie es bei der Infektion durch das Trinkwasser der Fall ist, eindringt, so ist das Inkubationsstadium der Erkrankung im allgemeinen bedeutend kürzer als bei irgend einem anderen Infektionsmodus. Wenn auch die Anophelesmücken den Malariainfektionsstoff den Menschen übermitteln können, so liegt immerhin





kein Grund vor, diese Mücken als ausschließlichen oder als den hauptsächlichsten Faktor dieser Übertragung zu betrachten; ein viel wichtigerer, wenn nicht der hauptsächlichste Faktor ist bei der Verbreitung der Malaria das Trinkwasser, da der Mensch mit diesem weit häufiger in Berührung kommt als mit den Mücken überhaupt und mit den Anophelesmücken insbesondere; der Infektionsstoff kann durch das Trinkwasser in den Organismus des Menschen auf einmal in weit größerer Quantität gelangen als durch einen Mückenstich; außerdem findet er im Darmkanal eine ungeheure Fläche, von der aus er in das Blut gelangen kann; schließlich hängt diese Infektionsquelle im Gegensatz zu den Mücken von der Jahreszeit nicht ab, sondern besteht permanent das ganze Jahr hindurch. Auf Grund der vorstehenden Ausführungen müsse man nach Ansicht der Autoren anerkennen, daß die verschiedenen Maßnahmen, welche zur Vernichtung der Mücken in sämtlichen Stadien ihrer Entwicklung vorgeschlagen und von vielen Autoren als unumgänglich notwendig zur Bekämpfung der Malariaerkrankungen betrachtet werden, zu einseitig und zur Erreichung des vorgesteckten Zieles bei weitem unzureichend sind. Unverhältnismäßig wichtiger wäre es, mit aller Energie an die Vernichtung derjenigen stagnierenden Wasserbehälter zu gehen, welche eine Zufluchtsstätte für die pathogenen Keime der Malariainfektion bilden und infolgedessen eine permanente Infektionsquelle abgeben. An erster Stelle müßte in dieser Richtung die Trockenlegung der Sümpfe stehen, welche schon seit jeher als Hauptmittel zur Bekämpfung der Malaria gegolten hat. Mit der Realisierung dieser Maßnahme wird selbstverständlich zugleich auch einer der hauptsächlichsten Aufenthaltsorte eines weiteren Malariavermittlers, nämlich der Mücken, vernichtet sein. Würde man sich aber mit dem ausschließlich gegen die Mücken selbst geführten Kampf begnügen, so würde man auch dann die Malaria nicht ausgerottet haben, wenn man selbst das Unmögliche, nämlich eine vollständige Vernichtung der Mücken, unter gewaltigen Opfern erreicht hätte, eben weil der weit wichtigere Faktor in der Verbreitung der Malaria, nämlich die stagnierenden Gewässer, nach wie vor bestehen bliebe. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Einen Beitrag zur Frage der totalen **Exstirpation der Prostata** publiziert ROSNATOWSKY („Wratsch. Gaz.", 1905, Nr. 12). Die zweckmäßigsten Operationsmethoden sind die perinealen Methoden der Prostata-Exstirpation nebst querer oder gelappter Inzision des Dammes. Mittelst der suprapubischen Methode kann die Prostata nicht immer entfernt werden. Die systematische Anwendung der kombinierten Methoden bei einfacher Hypertrophie ist durch besondere Notwendigkeit nicht gerechtfertigt und kann nur auf exklusive Fälle beschränkt, beispielsweise bei malignen Neubildungen der Prostata, angewendet werden. Die vollständige Exstirpation der Prostata befreit die Kranken sowohl bei der Hypertrophie wie auch bei den malignen Neubildungen derselben von der Harnretention und deren Folgen. Erscheinungen von Harninkontinenz nach vollständiger Exstirpation der Prostata werden in der Mehrzahl der Fälle nicht beobachtet. Als seltene Ausnahmen werden nicht besonders stark ausgesprochene relative Erscheinungen von Inkontinenz angetroffen. In der Mehrzahl der Fälle erlangt die Blase nach der Exstirpation der Prostata die Fähigkeit, sich vollständig zu entleeren, entweder bald nach der Operation oder nach einem mehr oder minder langen Zeitraume. Die zweckmäßigste Methode unter den zahlreichen sogenannten radikalen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie ist die vollständige Exstirpation der Drüse.

— Die klinischen Resultate mit der **Nierensafttherapie** nach der Methode von RENAUT-DUBOIS beschreibt CHOUPIN („Rev. de méd.", 1905, Nr. 1 u. 2). Verf. hält diese Behandlungsart der Nephritis für die vollkommenste und wirksamste, mit welcher die anderen Mittel, auch die von ihm angewandten Injektionen von Nephrin, nicht konkurrieren können. Die Modifikation, welche CHOUPIN an dem Verfahren von RENAUT geübt hat, ist, die Mazeration durchseihen, statt sich absetzen zu lassen. Ein gutes Mittel, dieselbe leicht zu vertragen, ist der Zusatz von Zitronensirup (jedesmal 2 Eßlöffel voll); man kann sie kalt oder warm, je nach Belieben des Kranken, geben, aber niemals wärmer als 38°, da die Hitze das wirksame Prinzip zerstört, wie CHOUPIN in einem Falle erfahren mußte. CHOUPIN rät, 2 Nieren pro Tag beim Erwachsenen anzuwenden, und zwar 10 Tage lang bis zu 14 Tagen; bei einer geringeren Dosis besteht die Gefahr der Unwirksamkeit. Die besten Nieren, welche man allen anderen vorziehen sollte, sind die von jungen Schweinen, die, ungefähr 160 *g* wiegend, wenig gefärbt (hell) sind. Nicht frische Nieren oder solche, die pathologische Veränderungen aufweisen, darf man nicht verwenden. Die Nierenmazeration hat angeblich eine außerordentlich energisch diuretische, daneben auch stark schweißtreibende und abführende Wirkung. Die Veränderungen des Urins bestehen außer in der Diurese in Abnahme, zuweilen völligem Verschwinden der Albuminurie. Ausnahmsweise kann die Diurese ausbleiben, die Albuminurie stationär bleiben, immer aber wird das Allgemeinbefinden besser. Kurz, die Nierenmazeration ist ein mächtiges Mittel gegen die Insuffizienz der Nieren und imstande, funktionelle und organische Erkrankungen derselben zur Heilung zu bringen.

— In der **Typhusbehandlung** ist CAIGER („Lancet", 1905, Nr. 1) kein Freund einer rein exspektativen Behandlung. Eine spezifische Antitoxinbehandlung gibt es noch nicht, doch ist die Methode von WRIGHT geeignet, die Schwere der Erkrankung zu mildern. WRIGHT inokuliert sterile, durch Wärme abgeschwächte Typhuskulturen. Gegen das Fieber ist Chinin den synthetischen Fiebermitteln vorzuziehen; außerdem ist die Behandlung mit kalten Bädern wirksam, die eventuell derart eingeleitet werden kann, daß man ein warmes Bad allmählich abkühlt. Bei Hyperpyrexie zieht CAIGER kalte Packungen den Bädern vor. Darmantiseptika beeinflussen den Verlauf des Falles kaum. Die Verwendung des Kalomel beschränkt CAIGER auf Fälle, die mit Verstopfung oder sehr übelriechenden Diarrhöen einhergehen. Terpentin in Emulsion oder Kapseln ist manchmal nützlich. Sehr wertvoll erscheint Chinin mit Chlor in statu nascendi, nach der Methode von GEO kombiniert. Ausgezeichnete Erfahrungen hat CAIGER mit Zimtöl, zweistündlich in Dosen von 0·15—0·3 verabreicht, gemacht. Namentlich gilt das auch für Fälle, die mit nervösen Symptomen einhergehen. Schmerzhaftigkeit des Leibes wird mit kalten Umschlägen vortrefflich bekämpft. Bei Schlaflosigkeit gibt CAIGER Chloralamid, Trional oder bei Vorhandensein von Darmsymptomen Opium. Stärkere Diarrhöen werden mit Stärke-Opium-Klistieren behandelt; erst wenn diese nichts nützen, mag ein Opiat per os gegeben werden. Bei Verstopfung werden Seifenwasser-Klistiere verwendet. Bei Herzschwäche gibt CAIGER kleine Mengen von Alkohol; Darmblutungen erfordern strengste Ruhe, Opium, Verminderung der Nahrungszufuhr. Von styptischen Mitteln nützt Adrenalin. chloric. am meisten. Perforation von Typhusgeschwüren soll operativ behandelt werden.

— Die **Behandlung des Herpes tonsurans** erörtert FOX („Practitioner", 1905, Nr. 4). Vor allem sind die Haare ganz kurz zu schneiden, jeder beginnende Fleck ist mit einem Anilinstift zu markieren. Der Kopf sollte stets mit einer Kappe bedeckt sein und möglichst wenig gewaschen werden. Antiseptische Salben sind allein völlig wertlos. Epilieren der Haare ist nicht nur schwierig durchzuführen, sondern oft unmöglich, da die spröden Haare abbrechen. Gute Resultate erzielt man, wenn man die Haarfollikel mit einer in Krotonöl getauchten Nadel stichelt. Man kann dann das Haar meist leicht ausziehen oder es wird bei der folgenden Entzündung ausgestoßen. Am besten ist die Behandlung mit Röntgenstrahlen. Kann man die Röntgenstrahlen nicht anwenden, so versuche man entzündungserregende Mittel, besonders Ung. Capri oleati oder Ung. Hydrargyri oleati. Auch starke Salzlösungen, die eine eitrige Dermatitis erzeugen, oder Krotonöl sind oft von großem Nutzen. Will man Krotonöl anwenden, so schütze man die gesunde Haut durch Einschmieren mit Karbollanolin. Die kranke Stelle wird mit einem Tropfen Krotonöl eingerieben, 4 Stunden später bedecke man diese Stelle mit einer Leinsamenkompresse, die gut fixiert sein muß, um Verreibung des Öles zu verhüten. Am nächsten Morgen wasche man die Stelle sorgfältig rein und wiederhole die Behandlung. Genügt die Entzündung nicht zur leichten Epilation aller Haarstümpfe, so wiederhole man die Behandlung.

— Die **Asepsis im Rotunda-Hospital zu Dublin** schildert TWEEDY („Pract.", Mai 1905). Das Hospital, ein dreistöckiges

Gebäude, stammt aus dem Jahre 1756 und enthält 8 Säle für Kreißende. Die Entbindungen finden unter Aufsicht einer Wärterin und eines Studenten statt, der das Recht hat, die Kreißende 4mal zu untersuchen. Er wäscht sich vorher die Hände $4^1/_2$ Minuten mit Seife und Wasser und steckt sie dann für $1^1/_2$ Minuten in Sublimat (1 : 500). Der untersuchende Finger ist mit einem frisch ausgekochten Gummifinger überzogen. Vor der Untersuchung werden die äußeren Genitalien mit Seife und Wasser gereinigt und dann mit Sublimat gewaschen. Scheidenspülungen werden weder vor noch nach der Geburt gemacht, auch wird in keinem Falle die Plazenta durch Expression oder sonstige Kunsthilfe gelöst. Ist die Plazenta entfernt, so wird ein in Sublimat getränktes Tuch vor die Vulva gebunden; dasselbe wird nach 2 Stunden durch ein trockenes steriles Tuch ersetzt. Jede Wöchnerin hat ihre numerierte Bettschüssel, Nachtgeschirr, Waschschüssel, Unterlage etc. Eine Wärterin pflegt 3 Wöchnerinnen und ihre Kinder. Jeden Morgen und Abend werden der After und die Genitalien sauber gewaschen und mit Sublimat abgerieben. Alle Geschirre und Gefäße der Säle werden durch Eintauchen in Hydrarg. bijod. (1 : 6000) sterilisiert. Die Nachtgeschirre und Bettpfannen werden für jede neue Kranke gekocht. Steigt die Temperatur nach den ersten 24 Stunden und bleibt sie 2 Tage erhöht, so wird der Fall als Fieberfall betrachtet und bakteriologisch untersucht. Die guten Erfolge der Rotunda sind bekannt.

— Eine empfindliche Methode zum **Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn** beschreibt ALEXANDER RAPHAEL („St. Petersburger med. Wochenschr.", 1905, Nr. 14). Gibt man in ein Reagenzglas 2—3 Tropfen Natr. nitros.-Lösung, darauf zirka 5 cm^3 Sulfanilsäurelösung und fügt 5 cm^3 des zu untersuchenden Harns hinzu, so wird bei Gegenwart von Gallenfarbstoffen die Flüssigkeit zunächst amethystfarben, um nach kurzer Zeit in ein Kirschrot überzugehen, das je nach der Menge des vorhandenen Gallenfarbstoffes verschieden dunkel ausfällt. Die Intensität der Färbung nimmt, wenn man den so behandelten ikterischen Harn stehen läßt, in den ersten 24 Stunden zu. Ist der Harn sehr diluiert und wenig Gallenfarbstoff vorhanden, so ist trotzdem die rote Färbung noch deutlich sichtbar, wenn man das Reagenzglas mit dem Boden gegen eine weiße Unterlage gerichtet hält und von oben hineinsieht. Die dickere Flüssigkeitsschicht bringt die Färbung noch gut zur Anschauung. Wählt man die Reihenfolge anders und tut zunächst 2—3 Tropfen der Natr. nitros.-Lösung, darauf 5 cm^3 des ikterischen Harns und dann erst 5 cm^3 der Sulfanilsäurelösung hinzu, so wird die Flüssigkeit, je nach der Menge des vorhandenen Gallenfarbstoffes, intensiv gelbgrün. Im Laufe von 24 Stunden geht dann diese Färbung allmählich in die vorher bezeichnete kirschrote über.

— Zur **Behandlung der Ozaena** empfiehlt TOBONE („Nouv. remèdes", 1905, Nr. 7) das Petroleum. Zur Steigerung der topischen Wirkung des Mittels setzt man zu 40 *g* Petroleum 0·02 Strychninum nitricum und zur Verdeckung des Geruchs 0·5 Ol. Eucalypti hinzu. Die Nasengänge werden zunächst mit einer antiseptischen Lösung gespült, dann die Schleimhaut mit Kokain unempfindlich gemacht. Darauf werden die Wandungen der Nasenhöhle mit einem mit Petroleum getränkten Tampon eingerieben, wobei man in alle Buchten einzudringen sucht. Die Einreibungen werden täglich wiederholt und können nach wenigen Tagen ohne Anästhesie gemacht werden. Schon am zweiten Tage ist eine Besserung zu bemerken; die Krusten und der üble Geruch nehmen ab nach und nach vaskularisiert sich die Schleimhaut und Sekret stellt sich ein.

Literarische Anzeigen.

Über Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau.

Von **Dr. Wilh. Alex. Freund.** (KARREWSKI, Moderne ärztliche Bibliothek, Heft 3.) Berlin 1904, Simion Nf.

Den Streit in der Hysteriefrage glaubt Verf. auf einfache Weise beizulegen. Er hat eine Affektion des Beckenbindegewebes beschrieben, welche in ihrem Verlaufe sehr bedeutsame anatomische Veränderungen in dem Nervenapparate der inneren weiblichen Genitalien hervorruft. Im Anschlusse daran hat er eine Reihe konstanter Störungen in entfernten Organen, also Reflexstörungen, beobachtet. An diese Reflexstörungen schließen sich nach seiner Beobachtung unter Umständen eigentümliche psychische Reaktionen, welche das Bild der Reflexneurose komplizieren, an. Verf. macht die ROMBERGsche Behauptung, daß die Hysterie eine von Genitalreizung ausgehende Reflexneurose sei, in dem Sinne zu der seinigen, daß die von ihm beschriebene Affektion der Sexualorgane die einzige ist, in deren Gefolge er konstant das Krankheitsbild der Hysterie, scharf oder schwach gezeichnet, vollkommen oder unvollkommen, sich entwickeln gesehen habe. Nun gibt es bekanntlich eine rege Kontroverse, deren wesentliches Moment die psychogene Natur der Hysterie ist. Da entscheidet der Verfasser: „Dem Leser wird klar vor Augen stehen, daß es sich hier um zwei vollkommen verschiedene Krankheitsprozesse handelt, nicht etwa um verschiedene Ansichten über die Genese eines und desselben Prozesses." Indem er die andere Krankheit als Neurasthenia hysterica bezeichnet, meint er das eingangs erwähnte Ziel erreicht zu haben. INFELD.

Die chemischen Schutzmittel des Tierkörpers bei Vergiftungen.

Von **Dr. Emil Fromm.** Straßburg 1904, J. Trübner.

Die vorliegende Studie befaßt sich mit der ganz präzis gestellten Frage: „Wie und mit welchen Mitteln schützt sich der Tierkörper bei Vergiftungen?" Unter den drei hier überhaupt in Betracht kommenden Mitteln, der Elimination durch die Sekrete, Fixation in gewissen entgiftenden Organen und chemische Umwandlung wird nur die letztere ausführlich besprochen. Die anorganischen Gifte werden nur flüchtig, die organischen genauer behandelt. Die Oxydation giftiger Substanzen, ihre Paarung mit disponibler Schwefelsäure, die Paarung mit Glykokoll, Glykuronsäure, Cholsäure und anderen seltenen Schutzstoffen wird an allen in der Literatur bekannten Untersuchungen und auf Grund eigener Beobachtungen dem Leser übersichtlich vor Augen geführt. Der Verfasser, der ja selbst auf diesem Gebiete schöne Arbeiten geliefert, hat durch diese auch dem Nichtchemiker verständlich gemachte Studie die Literatur bereichert. Heute, wo die Frage der Autointoxikationen allüberall in Diskussion steht, ist eine derartige prinzipielle chemische Darlegung ganz kurz, ohne klinische Daten sehr geeignet, den Praktiker über das Wichtigste der sogenannten Schutzreaktionen zu informieren. K. ULLMANN.

Das Sanitätswesen des preußischen Staates während der Jahre 1898, 1899 und 1900.

Bearbeitet von der Medizinal-Abteilung des Ministeriums. Berlin 1903, Richard Schoetz.

Der vorliegende, umfangreiche Bericht umfaßt nicht nur sämtliche statistischen Daten, die sich auf die sanitären Verhältnisse des preußischen Staates während der Jahre 1898—1900 beziehen, sondern bespricht auch die in diesem Zeitraume gemachten Fortschritte auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, namentlich in der Seuchenbekämpfung, der Städte-Assanierung und der Errichtung von Heilanstalten. Die Fülle des hier niedergelegten und sorgfältig gesichteten Materials stempelt dieses Werk zu einem wertvollen Nachschlagebuch, insbesondere für den Sanitätsbeamten, dem es daher wärmstens empfohlen sei. A.

Über das Syphilom des Ziliarkörpers.

Eine anatomisch-klinische Studie. Von **Prof. Dr. Th. v. Ewetzky.** Mit 4 Abbildungen. Berlin 1904, S. Karger.

In der vorliegenden, über 100 Seiten starken Monographie versucht Verfasser ein vollständiges klinisches und anatomisches Bild des Syphiloms des Ziliarkörpers zu entwerfen. Im ersten Abschnitte teilt EWETZKY zwei eigene Beobachtungen sowie zwei ihm von Kollegen zur Verfügung gestellte Fälle mit; zwei Augen werden anatomisch beschrieben. Im zweiten Abschnitte liegt eine Tabelle aller in der Literatur beschriebenen Fälle vor, in der die wichtigsten klinischen Daten jeder einzelnen Beobachtung zusammengestellt sind (30 Seiten mit 67 Fällen). Der dritte Abschnitt behandelt den klinischen Teil der Syphilome des Ziliarkörpers, u. zw.



haben Symptomatologie, Verlauf, Ausgang der Krankheit, Veränderungen von seiten der anderen Augenhäute etc. Beachtung gefunden. Im vierten Abschnitt ist die Beziehung der Tumoren zur Syphilis im allgemeinen und im besonderen zu den einzelnen Stadien derselben dargelegt. Der fünfte Abschnitt gehört der pathologischen Anatomie der Syphilome. Am Schlusse der Arbeit ist ein möglichst vollständiges Literaturverzeichnis angeführt nebst kritischen Bemerkungen, welche erläutern sollen, warum einige Fälle in die Arbeit aufgenommen, andere aber ausgeschlossen wurden. BONDI.

Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. Ein Jahrbuch für praktische Ärzte, bearbeitet und herausgegeben von **Dr. Arnold Pollatschek**, Karlsbad. XVI. Jahrgang. Wiesbaden 1905, J. F. Bergmann.

Auch in diesem Jahre hat uns der rühmlichst bekannte Verfasser eine vollkommen übersichtliche Zusammenstellung der im Laufe des Vorjahres erschienenen Arbeiten in seiner gründlichen, alles Wichtige berücksichtigenden und erschöpfenden Weise beschert. Den Bedürfnissen des Praktikers und der Praxis ist so weit Rechnung getragen worden, alle einschlägigen Darstellungen der Literatur sind so sorgfältig referiert und mit sachkundigem Auge so gut ausgewählt, daß der Leser sich aus dem Ganzen ein sicheres Bild von dem derzeitigen Stande der therapeutischen Literatur und unseres therapeutischen Könnens zu bilden vermag. Das treffliche Buch kann den Kollegen wärmstens empfohlen werden. BRAUN.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

X.

CZERNY (Heidelberg): **Über Prostatektomie.**

Folgendes sind die Leitsätze der Ausführungen des Vortragenden: Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie wird normaliter in Prostatektomie bestehen, die BOTTINIsche Operation hat höchstens für $^1/_3$ aller Fälle erfolgreiche Aussichten. Natürlich soll nicht jeder notwendige dauernde Katheterismus Anlaß zur Radikaloperation geben, da auch sie ihre Nachteile hat. Akute Retentionen werden durch den Katheterismus meist gebessert, wenn die Blase noch gut imstande, die Niere noch nicht schwer geschädigt ist. Die Frage, ob die perineale oder transvesikale Prostatektomie vorzuziehen, ist noch nicht spruchreif. Die erstere ist besser zu drainieren, also für infizierte Fälle vorzuziehen, sie macht aber nicht selten Impotenz, Mastdarmverletzungen etc., da es in der Tiefe oft nicht möglich ist, schonend vorzugehen; doch bevorzugt Verf. diese Methode.

Kümmell (Hamburg) hat die verschiedensten Methoden angewendet. Während die BOTTINIsche Operation ihm zuerst wenig günstige Resultate geliefert, wurden dieselben nach Verbesserung der Technik und des Instrumentariums besser. Die Operation hat bei alten und gebrechlichen Leuten ihre großen Vorzüge. Bei der Prostatektomie ist ihm für die Wahl des Weges stets die Lage der Prostata und ihr Vorspringen maßgebend gewesen. Die Technik der Sectio alta ist natürlich viel einfacher als die der mediana, doch hat er es oft erlebt, daß die Prostata nach einem kleinen Schleimhautschnitt mit einemmal nach stumpfem Eingehen mit dem Finger herausspringt wie aus einer Schale. Großen Wert legt er auf die Drainage der Blase und auf die prinzipielle Eröffnung der Urethra. Der JUNGsche Apparat hat ihm dabei gute Dienste geleistet. Kontraindikation gegen die Prostatektomie sind natürlich Nierenerkrankungen, niemals aber hohes Alter.

Lexer (Berlin) hat die vollständige Resektion eines fast faustgroßen karzinomatösen Prostatatumors samt dem entsprechenden Abschnitte der Blase und Harnröhre vor 10 Monaten an einem 58jährigen Manne mit Erfolg ausgeführt. Nachdem vom Damm aus der Tumor vom Rektum gelöst war, wurde über der Symphyse ein rechteckiger Lappen gebildet, welcher mit der in großer Ausdehnung resezierten Symphyse im Zusammenhange blieb. Die Blase wurde unterhalb der Ureterenmündungen quer durchschnitten, darauf der Tumor aus seiner Umgebung präpariert und die Harnröhre durchtrennt. Die Nahtvereinigung zwischen Blase und Harnröhre gelang mit einigen Schwierigkeiten. Es bildete sich zunächst eine Harnfistel, welche sich seit 4 Monaten geschlossen hat. Der Kranke kann seinen Urin zeitweise bis zu 3 Stunden halten, hat kein örtliches Rezidiv und von der Durchtrennung des Beckenringes keinen Schaden. Seit kurzem sind Lymphdrüsenmetastasen in den Leistengegenden aufgetreten.

I. Israel (Berlin) tritt für die Sectio alta ein, bei der man aber nie unterlassen soll, von der Prostatalücke nach unten durch zu drainieren. Auf eine exakte Blasennaht legt er großes Gewicht.

Nicolich (Triest) hat 19mal die transvesikale Operation ausgeführt mit 1 Todesfall; 3mal hat er den Mittellappen entfernt, 16mal nach FREYER operiert. Der älteste Patient war 83 Jahre alt. Blutungen sind nie aufgetreten, die Blasenwunde war 17—38 Tage nach der Operation geschlossen. Das Gewicht der exzidierten Prostata betrug 10—150 *g*. Bei 12 perinealen Prostatektomien hatte er 2 Todesfälle, daher hat er diese jetzt vollkommen aufgegeben.

A. Freudenberg (Berlin) meint, daß für Prostatektomie und BOTTINIsche Operation differentielle Indikationen aufgestellt werden müssen, analog wie für Steinschnitt und Steinzertrümmerung. Freilich würden ziemlich in jedem Falle Faktoren vorhanden sein, die für die eine oder für die andere Operation sprechen; diese im Einzelfalle gegeneinander abzuwägen, darauf komme es an. Für den BOTTINI spreche im allgemeinen, daß sich die Patienten leichter dazu entschließen, daß er einen geringeren Eingriff darstelle, daß er die Potenz nicht schädige, daß dauernde Inkontinenz danach äußerst selten sei und daß keine Gefahr von Mastdarmverletzungen oder Urinfisteln bestände; für die Prostatektomie, daß sie einen radikaleren Eingriff darstelle und daß — wahrscheinlich — die Gefahr eines Rezidives danach geringer sei. FREUDENBERG hat bisher die Prostatektomie nur 3mal ausgeführt (1 perineale, 2 suprapubische); 2mal mit befriedigendem Erfolg, 1mal (suprapubisch) mit Tod infolge Chok. Die BOTTINIsche Operation hat er mit dem Inzisor in 146 Fällen ausgeführt, mit 125 (= 85·6%) guten Resultaten, 11 (= 7·5%) Mißerfolgen und 10 (= 6·8%) Todesfällen. Unter den letzten 46 Fällen befanden sich 43 gute Resultate, 2 Mißerfolge, 1 Todesfall.

Küster (Marburg) hält die partielle Prostatektomie für ungefährlich und leistungsfähig, besonders wenn man darauf achtet, die Harnröhre nicht zu verletzen.

Riedel (Jena) hat seit längerer Zeit versucht, durch Partialoperation auszukommen, weil er stets Furcht vor der Schlußfähigkeit der Blase hatte. Er höhlt die Prostata mit dem scharfen Löffel aus, ohne nach Möglichkeit die Harnröhre zu verletzen.

Hock (Prag) will dagegen die partielle Prostatektomie nur auf die Fälle beschränkt wissen, wo das Hindernis durch einen bestimmten Abschnitt der Prostata verursacht wird.

Ernst R. W. Frank (Berlin) weist auf einen Befund hin, den er sowohl bei einigen der von ihm selbst mit gutem Resultate operierten BOTTINI-Fälle als auch bei der Untersuchung solcher, die von anderen mit gutem Erfolge behandelt waren, erheben konnte. Während der in den Prostatalappen eingebrannte Kanal nach mehreren Jahren völlig persistent geblieben war, ist das Wachstum der hypertrophischen Drüse weiter gegangen, und zwar so, daß sich die Teile links und rechts von der BOTTINI-Inzision dachziegelförmig übereinandergelegt hatten. Auf diese Weise war die zunächst beobachtete Heilung völlig illusorisch geworden. Die Patienten mußten sich aufs neue den Gefahren der BOTTINIschen Operation, Blutung, Infektion der Blase aussetzen. Unter Berücksichtigung der erwähnten Beobachtung wird die Zahl der sogenannten „Heilungen durch die BOTTINIsche Operation" noch wesentlich vermindert werden. Die Zukunft gehört der Prostatektomie, und zwar der transvesikalen Methode, die FRANK zuerst Ausgang der 80er Jahre wenigstens in partieller Weise von TRENDELENBURG hat ausführen gesehen. Sie ist technisch leichter ausführbar und hat weniger unangenehme postoperative Konsequenzen als die perineale Prostatektomie. Sie ist sicherlich im Gegensatz zur BOTTINIschen Operation ein sicherer chirurgischer Eingriff und birgt weniger Gefahren als jene, die für die Fälle reserviert werden sollte, wo ein anderer Eingriff nicht mehr gemacht werden kann.

BIER (Bonn) stellt die Resultate seiner seit der ersten Sitzung mit Saug- und Stauungshyperämie behandelten Fälle vor und betont noch einmal das wichtige Prinzip, daß keinerlei Ernährungsstörungen bei dieser Behandlungsmethode eintreten sollen. Das Glied soll warm bleiben, der Puls zu fühlen sein. Man soll nicht zu nah an den Entzündungsherd herangehen. Er zeigt, wie mit der Hyperämiebehandlung auch bei den gonorrhoischen Gelenkentzündungen, die ja einen besonderen Platz beanspruchen, hervorragende Resultate erzielt wurden, wie die enorme Schmerzhaftigkeit der befallenen Gelenke bald nachgelassen hat. Bei bestehender Neuritis soll die Hyperämie refraktär angewendet werden, bis eine Anästhesie der Nerven eingetreten ist. Zum Schluß seiner mit vielem Interesse verfolgten Ausführungen und Demonstrationen bezeichnet BIER die Hyperämie, arterielle wie venöse, als das universelle Heilmittel der Natur, das schon unbewußt seit langen Zeiten in vielen Maßnahmen der Volksmedizin angewendet worden ist.

REHN (Frankfurt a. M.): **Über Harnblasengeschwülste bei Anilinarbeitern.**

REHN legt das Präparat folgenden Falles vor: Ein Mann, der 18 Jahre lang in einer Anilinfabrik tätig war, bekam eine breitbasige Geschwulst an der rechten Uretermündung der Blase. Sie wurde tief im Blasengewebe umschnitten, ein kleines Papillom neben diesem Tumor wurde nur in der Blasenschleimhaut exstirpiert. Nach 2 Jahren trat ein Rezidiv auf, bald nach der Operation kam der Patient zum Exitus. Die Sektion bot nun eine große Überraschung: ein Karzinom der

rechten Niere mit lumbalen und iliakalen Drüsen und Karzinom des rechten Ureters. Auf die Frage, welches Karzinom das primäre war, hat er vorläufig noch keine Antwort, da seine Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind.

WEINRICH (Berlin) berichtet über **die intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten nach NITZEs Methode.**

Das Operationszystoskop NITZES besteht bekanntlich aus Zystoskopen, die mit verschiedenartig geformten Platinschlingenträgern und Platinbrennern armiert sind. Mit diesen werden gutartige Blasengeschwülste von einfachen Zotten bis apfelsinengroßen Papillomen in einigen wenigen bis 10 und 20 Sitzungen unter direkter Beobachtung durch das Zystoskop per urethram entfernt und die Tumorbasis dann selbst energisch, wenn notwendig in mehreren Sitzungen, kauterisiert. Maligne Blasentumoren sind von dieser Behandlungsmethode ausgeschlossen.

Die großen Vorteile dieser Methode NITZES sind ihre geringe Gefährlichkeit für die Kranken (von 150 Operierten nur ein Todesfall), ferner daß sie keine Narkose und kein Krankenlager erforderlich macht und an Gründlichkeit der Sectio alta nicht nachsteht. Die galvanokaustische Behandlung der Tumorbasis erfolgt mindestens ebenso energisch wie mit dem Messer bei Sectio alta. Die Rezidive nach dieser intravesikalen Methode sind wesentlich seltener als nach Sectio alta. Dazu kommt, daß für den Fall eines Rezidivs die Kranken sich viel eher und leichter zu einer nochmaligen operationszystoskopischen Sitzung entschließen als zur Wiederholung der Sectio alta vielleicht ein halbes Jahr nach der ersten Operation. Der Wert der NITZEschen Methode ist natürlich um so markanter, je früher das Papillom diagnostiziert wird, deshalb sollte bei jeder auch nur einmaligen Hämaturie bei dem geringsten Verdachte auf Tumor der Harnwege auch zystoskopisch untersucht werden.

NITZE hat mit seiner intravesikalen Methode bis jetzt über 150 Papillome operiert, von denen nur 20 Rezidive aufwiesen, die dann aber in einer oder wenigen Sitzungen wieder beseitigt wurden.

Der intravesikalen Methode NITZES zur Operation von Blasentumoren gebührt daher neben der Sectio alta ebenso sehr der Platz wie der Litholapaxie für die Steinoperationen.

Hinsichtlich der malignen Harnblasentumoren steht NITZE auf dem Standpunkte, daß nur solche Tumoren durch Sectio alta entfernt werden sollten, deren Sitz die teilweise Resektion der Blasenwand gestattet; alle anderen, breit aufsitzenden Blasentumoren bleiben besser ein noli me tangere, da sich die Patienten, selbst wenn sie den Eingriff überstehen, sicher nicht in besserem Zustande befinden als ohne Operation.

Kapsamer (Wien) will das Operationszystoskop nur für kleine, in einer Sitzung abzutragende Papillome angewendet wissen und verlangt für die größeren Tumoren die Sectio alta.

Schwerin (Höchst) hat bei 2 Sektionsfällen von Rezidiv bei Anilintumor der Harnblase keine Erkrankung der oberen Harnwege gefunden.

Aus Deutschen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse.“)

Berliner medizinische Gesellschaft.

V. HANSEMANN: Was wissen wir über die Ätiologie der Krebse?

Wir wissen über die Entstehung der bösartigen Geschwülste noch so gut wie gar nichts. In neuerer Zeit tun allerdings gewisse Autoren so, als ob die Ätiologie der Krebse bereits entdeckt wäre oder deren Entdeckung unmittelbar bevorstünde.

Für die Ätiologie des Krebses wurden von jeher die verschiedensten Hypothesen aufgestellt, die im wesentlichen in den drei Richtungen sich bewegten: der Infektion, der Erblichkeit, des Traumas. Die Infektionstheorie ist nicht neu und geht in die vorbakterielle Zeit zurück, wo man bereits Übertragungsversuche gemacht habe (ARBERZ, LANGENBECK), freilich mit negativem Resultat. Die meisten Autoren bis in die neueste Zeit haben negative Erfolge berichtet, einige aber auch positive. Es ist bis heute nicht gelungen, vom Menschen auf Tiere Karzinom zu übertragen. Von den als positiv angegebenen Versuchen muß man nicht bloß die Erzeugung einer willkürlich gedeuteten Geschwulst verlangen, sondern auch, daß das Tier an der Geschwulst und ihren Metastasen zugrunde gehe. Anders verhält es sich mit der Übertragung von Geschwülsten von Tier auf Tier. Karzinome, Sarkome, Endotheliome seien in großer Zahl übertragen worden, immer aber waren die Erfolge nur dann positiv, wenn dieselben Tierarten, oft sogar bloß, wenn dieselben Rassen benutzt wurden. Diese Übertragungen sind aber nur als Transplantationen zu betrachten. Man hat weiterhin für die parasitäre Theorie angeführt, daß der Krebs an gewissen Orten häufiger vorkomme als an anderen, und daß er sich zuweilen bei Ehegatten fände (Cancer à deux). Vortr. gibt eine gewisse Zunahme des Krebses zu, doch könne diese nur ganz gering sein, höchstens 1—2%, und sei dadurch zu erklären, daß mit der Abnahme anderer letaler Krankheiten (Typhus, Pocken etc.) mehr Menschen ins krebsfähige Alter kommen.

Daß die scheinbare Zunahme der Krebse u. a. auch von der verbesserten Diagnostik herrührt, beweist die Zusammenstellung von DE BOVI.

Analoger Weise ist die Behauptung von der größeren Seltenheit der Krebse in den Tropen und auf dem flachen Lande so zu erklären, daß Bauern in dünnbevölkerten Gegenden und Neger häufig genug sterben, ohne daß ein Arzt sie zu sehen bekommt. Den Hauptwert haben die Anhänger der Parasitenhypothese auf den Nachweis gewisser „Parasiten“ gelegt. Nun hat aber die Mehrzahl derjenigen, die Parasiten gefunden haben wollen, nur eine sehr unklare Vorstellung davon, wie solche Parasiten aussehen, oder andrerseits keine Vorstellung davon, was ein Krebs ist.

Es gibt, obwohl man jetzt zahlreiche Protozoenkrankheiten kennen gelernt hat, bis heute keine bakterielle und keine Protozoenkrankheit, die auch nur eine entfernte Ähnlichkeit mit einem malignen Tumor hat. Den Vergleich mit dem Tuberkel hat schon ORTH zurückgewiesen.

Endlich hat man auf die Kokzidienkrankheit der Kaninchen hingewiesen; das sind aber keine malignen Geschwülste in der Leber, sondern einfache Retentionszysten mit papillären Wucherungen. Auch der Hinweis auf die Bilharziakrankheit in Ägypten ist hinfällig, da die dabei in der Harnblase manchmal gefundenen Krebse mit der Bilharzia absolut nichts zu tun haben.

Zuletzt ist die Erblichkeit wieder mehr in den Vordergrund gestellt worden und zu ihrer Stütze die COHNHEIMsche Theorie der Versprengung embryonaler Keime herangezogen worden. Fälle von familiärem Vorkommen des Krebses sind zwar häufig berichtet; sie hielten aber der Kritik zumeist nicht stand. Das Trauma endlich, das schon lange unter den Ursachen des Krebses angeführt wird, ist nach HANSEMANNS Meinung nur bei chronischer Einwirkung anzuerkennen, sei sie chemischer, thermischer oder mechanischer Natur, so beim Paraffinkrebs, Rußkrebs; dann wenn sich der Krebs besonders an Stellen findet, die häufigem Druck ausgesetzt sind, z. B. im Ösophagus in der Höhe der Bifurkation oder an der Kardia usw. Trotzdem sei es nicht zulässig, alle Krebse auf Traumen zurückzuführen; manche entstehen an ganz geschützten Stellen (Nebennieren, Highmorshöhle). Das akute einmalige Trauma könne zwar für die Unfallpraxis, wo nur der Nachweis der Möglichkeit eines Zusammenhangs nötig sei, anerkannt werden, nicht aber für die wissenschaftliche Forschung. Vortr. erklärt sich das Zustandekommen der Krebse mit dem VIRCHOWschem Begriff von dem gegenseitigen Einfluß des Reizes und der Reizbarkeit, die individuellen Schwankungen unterworfen sind. Während bei dem einen Individuum, das mit Xeroderma pigmentosum behaftet ist, der physiologische Einfluß des Lichtes genügt, um aus dem Xerodermflecken Krebse entstehen zu lassen, ist bei anderen ein abnormer chemischer Reiz erforderlich (Paraffin, Ruß, Arsen), und so läßt sich eine Reihe aufstellen, wo die Reizbarkeit am größten und der Reiz am geringsten ist (Xerod. pigm.), zu Fällen, wo der Reiz stärker ist und die Reizlosigkeit zurücktritt (Arsen etc.).

Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn.

O. WITZEL: Über die Behandlung der chronischen Nephritis durch die EDEBOHLSsche Operation.

Vortr. bespricht alle Eingriffe, die bei chronischen Nierenerkrankungen in Frage kommen. Durch die von ISRAEL für die hämorrhagische Form, von HARRISON überhaupt bei chronischer, zumal mit Herzaffektion kombinierter Nephritis empfohlene Kapsel- und Nierenspaltung sind zweifellos zahlreiche Erfolge erzielt worden, die auch bei strenger Kritik durch interne Kliniker anerkannt blieben. Die Nephrotomie wird in ihrer Wirkung der Iridektomie beim Glaukom, der Spaltung der Tunica albuginea bei Orchitis in Parallele gesetzt; sie wirkt, einseitig ausgeführt, wie man sagt, auf dem Reflexwege, heilend auch auf die andere Niere. Und wenn auch vor dem immerhin nicht unerheblichen Eingriffe eine zurückhaltende Scheu bestehen bleibt, so wird seine Berechtigung doch zugegeben werden müssen in Fällen wie der von BROCKHAUS vorgestellte, bei denen die intern nicht zu beeinflussende Herabsetzung der Diurese direkt lebenbedrohend wirkt. Vortr. wählt jedoch nicht die einseitige Nephrotomie nach ISRAEL-HARRISON, sondern die von EDEBOHLS empfohlene beiderseitige Dekapsulation. Er ist mit EDEBOHLS der Ansicht, daß die bilaterale Dekapsu-

lation an sich mit 0% Mortalität auszuführen ist; das beweisen die Resultate der Nephropexie, bei welchen auch beiderseits die Dekapsulation plus Fixation der Niere vorgenommen wird. Zu der Ungefährlichkeit des Eingriffes kommt hinzu, daß nicht wie bei der Nephrotomie aus der offen zu lassenden Wunde ein Ausfluß von Urin erfolgt, der mindestens lästig ist, wenn er nicht gar bei den geschwächten Patienten auch durch kleine Wundstörungen gefährlich werden kann, sondern daß die Wunden prima intentione zur Heilung gebracht werden sollen. Der Internist tut unrecht, die durch EDEBOHLS' Operation den Nephritikern gebotenen Chancen unbenutzt zu lassen: fast die Hälfte der — ohne Auswahl operierten — Fälle wurde geheilt, die andere gebessert, einmal trat ein Rezidiv ein, nur einmal wurde die Erkrankung nicht beeinflußt! Eine gute Äthernarkose gewährt bei den Nephritikern besonderen Vorteil. Nach Freilegung der Niere wie zur Nephropexie wird die fibröse Kapsel in der Ausdehnung einiger Zentimeter durchschnitten (eventuell auch vorsichtig zerrissen), so daß der Zeigefinger eindringen und die Niere vollständig aushülsen kann, während das Organ mit Klemmen an der fibrösen Kapsel immer mehr vorgezogen wird. Dabei reißt die fibröse Kapsel meist so weit ein, daß sie bequem nach dem Hilus gedrängt und hier mit einigen Fäden zusammengerafft werden kann. Jede gröbere Verletzung der Niere muß vermieden werden (es unterbleibt auch die Entnahme kleiner Stückchen zwecks mikroskopischer Untersuchung, sofern sie nicht an der Kapsel haften), da die Wunde sofort ganz primär vernäht werden soll nach exakter Blutstillung durch Torsion und Unterbindung. Als primäre Wirkung der Entspannung des ganzen Organes ist hier das Aufhören der urämischen Anfälle zu betrachten. Die Verwachsung der Niere mit der Umgebung kann neue Blutbahnen eröffnen, von denen venöse wohl besonders notwendig sind, und so die Erholung des Parenchyms ermöglichen. Auch in einem Falle von puerperaler Eklampsie hat EDEBOHLS jüngst einen vorzüglichen Erfolg erzielt.

Medizinische Gesellschaft zu Chemnitz.

MORITZ: Über die diagnostische Bedeutung der Leukozyten bei akuten Infektionskrankheiten.

Vortr. hat das Verhalten der Leukozyten bei Abdominaltyphus, kruppöser Pneumonie und Masern untersucht. Im allgemeinen wurden die Angaben der meisten neueren Untersucher, besonders TÜRKS und NÄGELIS, bestätigt. Es fand sich regelmäßig auf der Höhe der Krankheit mehr oder weniger beträchtliche Leukopenie, im 1. und 2. Stadium (Anstieg des Fiebers und Kontinua) bei unkomplizierten Fällen Zahlen von 1500—5000, später allmähliches Ansteigen bis zu normalen und nach Entfieberung zuweilen leukozytotischen Werten; ferner Fehlen der Eosinophilen während der Akme und allmähliches Erscheinen derselben mit Beginn der Remissionen; zuweilen schon im 3. Stadium (Remissionen), immer nach der Defervefeszenz rasch zunehmende Vermehrung des Prozentsatzes der Lymphozyten (bis zu 70%), so daß meist eine Kreuzung der Kurven der Lymphozyten und Neutrophilen stattfindet. Von der Verminderung in den ersten Stadien sind Lymphozyten und Polynukleäre in gleichem Maße betroffen. Ein Parallelismus zwischen dem Grad der Leukopenie und den übrigen Erscheinungen, namentlich der Höhe des Fiebers, war im allgemeinen nicht zu konstatieren. Doch war zweimal erhebliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes, der in einem Fall der Exitus folgte, von plötzlichem, starken Absinken der Zahlen sowohl für Lymphozyten wie Neutrophile begleitet. Zwei Fälle kamen in der ersten Krankheitswoche zur Untersuchung und zeigten bereits am 6. Tage ausgesprochene Leukopenie (3700 und 3900). Der Einfluß von Komplikationen war gering. Lobäre Pneumonie beeinflußte die Leukopenie in einem Falle gar nicht (Zahlen um 3000), in zwei anderen wenig (vorübergehende Steigerungen der Gesamtzahl zu subnormalen Werten von 5400 und 5300). Multiple Abszesse bewirkten in einem Falle während der Lysis eine unbedeutende Steigerung auf 5800. Vortr. schlägt den diagnostischen Wert der Leukozytenzählung bei Typhus hoch an, mindestens so hoch wie den der WIDALschen Reaktion, vor welcher die Leukopenie frühzeitigeres und anscheinend regelmäßigeres Auftreten voraus hat. In zweifelhaften Fällen bringt fortlaufende Untersuchung an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen die Entscheidung. In späteren Stadien ist das Prozentverhältnis der L.-Arten unter Umständen diagnostisch ausschlaggebend. Einschränkung erfährt der diagnostische Wert, abgesehen von manchen Komplikationen, dadurch, daß in seltenen Fällen schwere kruppöse Pneumonien Leukopenie machen können. In einem derartigen, während des Lebens diagnostisch unsicheren Falle fand Vortr. 1700 L. am Tage vor dem Exitus. Sektion ergab kruppöse Pneumonie, Fehlen typhöser Befunde. Die bakteriologische Untersuchung der Lunge auf Typhus war negativ, so daß wohl auch die Möglichkeit beseitigt ist, daß man es mit einem „Pneumotyphus" zu tun hatte. Die übrigen Fälle von Pneumonie (3) zeigten die für Pneumonie charakteristische Leukozytose, über welche die Angaben der neueren Autoren übereinstimmen und welche wohl selten diagnostisch, eher prognostisch verwertbar ist. Bei 2 Fällen von Masern wurde Leukopenie gefunden (Zahlen von 5000 bei einem 3jährigen, 7000 bei einem 2jährigen Kinde). Differentialdiagnostisch kann die Leukopenie bei Masern gegen Scharlach gelegentlich von Nutzen sein.

Notizen.

Wien, 12. August 1905.

(Universitätsnachrichten.) Der Grazer Psychiater Professor Dr. GABRIEL ANTON, ein Schüler THEODOR MEYNERTS, hat eine Berufung nach Halle a. d. S. erhalten und angenommen. — Der Hygieniker Geheimrat RUBNER ist zum Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Berlin für das kommende Studienjahr gewählt worden. — Der Assistent an der Ohrenklinik in Berlin Dr. B. HEINE hat den Professortitel erhalten. — Der Pharmakologe Geheimrat Prof. Dr. KARL BINZ in Bonn hat am 7. d. M. sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Dr. RICHARD KAHN hat sich als Privatdozent für Physiologie an der medizinischen Fakultät der deutschen Universität in Prag, Dr. KAMILL HIRSCH als Privatdozent für Augenheilkunde an der nämlichen Fakultät habilitiert. — Aus den Mitteln der Karl Zeiß-Stiftung ist vor einigen Tagen eine Nervenabteilung an der psychiatrischen Klinik der Universität in Jena eröffnet worden.

(Personalien.) Hofrat Professor Dr. EDMUND NEUSSER ist in den Adelstand erhoben worden. — Der Landes-Sanitätsreferent für Niederösterreich, Statthaltereirat Dr. AUGUST NETOLITZKY, hat am 8. d. M. seinen 60. Geburtstag gefeiert. — Der Stadtphysikus von Wien, Dr. ADOLF LÖFFLER, seit dem Jahre 1884 in dieser leitenden Stellung, ist in den Ruhestand übergetreten. — Der Geheime Hofrat Professor Dr. BÄLZ ist nach 29jähriger erfolgreicher Lehrtätigkeit an der kaiserlichen Universität Tokio in seine Heimat Stuttgart zurückgekehrt.

(Technische Auskunftsstellen für Unfallverhütung.) Die Gewerbekammer in Reichenberg hat eine technische Auskunftsstelle für Unfallverhütung errichtet. Dieselbe soll der Industrie als Hilfsorgan in allen Fragen der Betriebssicherheit dienen. Dies wird erreicht: Durch Rat- und Auskunftserteilung an Unternehmer bezüglich der Auswahl und Anbringung von Schutz- und Sicherheitsvorkehrungen; Durch Begutachtung bereits in Gebrauch stehender Schutzvorrichtungen; durch Intervention in strittigen Fällen; durch Intervention bei der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt in Streitfällen über die Festsetzung des Gefahrenprozentsatzes; durch Beistellung von Sachverständigen zur Abgabe von Gutachten in betriebstechnischen Angelegenheiten. — Die Handels- und Gewerbekammer unterstützt die Ausführung der Aufgaben der Auskunftsstelle: Durch Anlegung einer öffentlichen Sammlung von Zeichnungen und Modellen schutztechnischer Vorkehrungen und deren Vorführung auf industriellen und gewerblichen Ausstellungen; durch Abfassung von Belehrungen über die den einzelnen Industrie- und Gewerbezweigen eigentümlichen Betriebsgefahren und die zur Abwendung der Gefahr dienlichen Maßnahmen; durch Abhaltung von Vorträgen, sowie durch Veröffentlichungen und alle Mittel, welche geeignet erscheinen, das Interesse für die Maßnahmen der Unfallverhütung zu verbreiten.

(Ärzte und Krankenkassen.) In Lüdenscheid ist, wie uns berichtet wird, zwischen den dortigen Krankenkassenärzten und den Kassen ein Konflikt ausgebrochen. Die Ärzte haben ihre Verträge mit den Kassen auf Aufforderung der Vertragskommission gekündigt, weil das Honorar (M. 5 pro Kopf und Jahr einschließlich Familienbehandlung) weit unter den von der Vertragskommission der westfälischen Ärztekammer geforderten Mindestsätzen blieb. Die ärztlichen Forderungen lauten auf M. 5·50 für das Jahr 1906, M. 6 für 1907/1908, bei besonderer Bezahlung von geburtshilflichen und operativen Leistungen. Obwohl auch diese Forderungen noch allzu bescheiden sind, wurden sie abgelehnt. Die Generalversammlung der Ortskrankenkasse beschloß vielmehr die Anstellung von 5 Distriktsärzten mit einem Fixum von M. 7000. — Hoffentlich werden sich nicht

5 Ärzte finden, die es über sich gewinnen, ihren Kollegen in den Rücken zu fallen.

(Die freie Ärztewahl.) Die „Hamburger Korr.“ publiziert einen bemerkenswerten Beitrag zur freien Ärztewahl aus der Feder eines Kassenmitgliedes, geeignet, jedwedes Bedenken gegen diesen Modus der Versorgung der Kassen mit Ärzten zu zerstreuen. In dem Berichte heißt es u. a.: Die Ortskrankenkasse der Stadt Frankfurt am Main hat im letzten Jahre bei freier Arztwahl mehr als eine Viertelmillion Mark Überschuß erzielt. Beim Zwangsarztsystem haben die Mitglieder ganz erstaunlich hohe Beiträge zu bezahlen; so sind in der I. Klasse der Hamburger Kasse jährlich M. 54·60 zu entrichten, während die Durchschnittsleistung der Mitglieder der Frankfurter Kasse bei freier Arztwahl nur M. 34·65 beträgt. Und trotzdem sind die Leistungen dieser Kasse höher, nicht zu vergessen der moralischen Wirkung, die darin gelegen ist, daß sich jeder Erkrankte von dem Arzte seiner Wahl behandeln läßt.

(Impfung bei Rotlicht.) Im Verein der Sanitätsbeamten Niederösterreichs hat kürzlich der Direktor der Wiener Impfstoffgewinnungsanstalt über das Impfen bei rotem Lichte gesprochen. Er führte aus, daß bei dieser Impfungsmethode und nach Anlegung eines lichtdichten, roten Verbandes wohl alle unangenehmen Folgeerscheinungen der Schutzimpfung, wie Schmerzen in der Achselgegend, Fieber, starke Reaktion der Impfstelle, ausbleiben, daß dem Geimpften jedoch daraus kein Nutzen, vielmehr ein Schaden erwachse, da die Immunisierung ausbleibt. Rotes Licht, das in der Variolatherapie so vorzüglich wirkt, sei demnach bei der Schutzimpfung nicht zu verwenden.

(Die Heilstätten für Lungenkranke) haben sich in Deutschland seit einem Dezennium überaus rasch vermehrt. Im Jahre 1892 bestanden drei, im Jahre 1897 bereits 13, 1902 waren nicht weniger als 56 vorhanden. Derzeit sind nach dem letzten Jahresberichte des Deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke 68 solcher Institute in Wirksamkeit, mehrere im Bau begriffen und außerdem gibt es 27 Privatheilanstalten für Lungenkranke. — In Österreich besitzen wir, die privaten Anstalten mitgerechnet, so wenig derartige Institute, daß wir bei ihrer Aufzählung nicht einmal mit den Fingern einer einzigen Hand fertig werden.

(Französische Universitätsfrequenz.) Im letzten Studienjahre betrug die Gesamtzahl von Hörern an den französischen Universitäten 30.405 (gegen 29.423 im Vorjahre). Dieselben verteilten sich in folgender Weise auf die einzelnen Fakultäten: Philosophische Fakultät 4384; Juridische Fakultät: 10.972; Naturwissenschaftliche Fakultät: 4765; Medizinische Fakultät: 6686 (unter diesen 197 Perser, 89 Türken, 63 Bulgaren, 57 Rumänen).

(Die Malaria in Italien.) Nach dem offiziellen Berichte hat die staatlich organisierte Malariabekämpfung in Italien erfreuliche Erfolge aufzuweisen. So gelangten in der römischen Campagna im Sommer 1904 1763 Erkrankungen zur Anzeige, gegen 2186 im Vorjahre, der Krankheitsverlauf war fast ausnahmslos ein milderer und es erfolgte kein Rückfall, wenn Chinin weitergenommen wurde. Im ganzen sind im Berichtsjahre 141 *kg* Chinin verbraucht worden.

(Schädliche Vergnügungen für Kinder.) Einen nachahmenswerten Erlaß hat, wie die „Polit.-anthrop. Rev.“ berichtet, die Schuldeputation von Höchst a. M. an die Eltern der Schüler versendet: „Die Lehrerschaft unserer Schulen hat vielfach die betrübende Wahrnehmung machen müssen, daß die Zahl der Schulversäumnisse am Montag verhältnismäßig groß ist, und daß manche Schüler sich an diesem Tage weniger leistungsfähig zeigen als an den übrigen Schultagen. Sie sind abgespannt, schläfrig und unlustig zur Arbeit. Dieser Tiefstand der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit erklärt sich nur daraus, daß der Sonntag für viele Kinder nicht ein Tag wirklicher Erholung, sondern ein Tag anstrengender und geradezu gesundheitsschädlicher Vergnügungen ist. Wir haben feststellen können, daß manche Schüler am Sonntag nicht rechtzeitig ins Bett kommen, oder daß ihnen gar alkoholische Getränke verabreicht werden, wenn sie an den Vergnügungen der Erwachsenen teilnehmen. Die von uns beobachteten und in Erfahrung gebrachten Vorgänge verpflichten uns dazu, an die Eltern unserer Schüler die herzliche Bitte zu richten, bei den Sonntagsvergnügungen doch alles zu vermeiden, was geeignet ist, die Erschlaffung der Kinder am Montag oder überhaupt eine Schädigung ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung herbeizuführen.“

(Trachompreis.) Die Kommission zur Verteilung des von dem ungarischen Minister des Innern ausgesetzten Preises von 2000 K für das beste Werk oder die beste Abhandlung über die Pathologie und Therapie des Trachoms ist zu folgender Entscheidung gekommen: Der Gesamtpreis von 2000 K wurde nicht ausgegeben. Den Preis von 1000 K für die beste Arbeit über die Therapie des Trachoms hat KUHNT (Königsberg) erhalten. Die zweite Hälfte des Preises (für Pathologie) wurde nicht verteilt.

(Statistik.) Vom 30. Juli bis inkl. 5. August 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6902 Personen behandelt. Hiervon wurden 1591 entlassen, 182 sind gestorben (10·2% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 63, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 5, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 12, Scharlach 31, Masern 54, Keuchhusten 119, Rotlauf 25, Wochenbettfieber 5, Röteln 2, Mumps 2, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 710 Personen gestorben (+ 48 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der ehemalige Chefarzt der Polizeiärzte Wiens, Regierungsrat Dr. ANDREAS WITLACIL, ein organisatorischer Sanitätsbeamter, auf sozialärztlichem Gebiete vielfach und mit Erfolg tätig, im Alter von 87 Jahren; in Prag Dr. ALFRED MAYER, 73 Jahre alt; Kreisarzt Dr. NIETZKE aus Landeshut, als Opfer der Eisenbahnkatastrophe bei Spremberg; in Mels (Schweiz) Dr. FRANZ ANTON GOOD, im 34. Lebensjahre; in Amsterdam der emeritierte Professor an der medizinischen Fakultät der dortigen Universität Dr. J. L. CHAUFLEURY VAN YSSELSTEIN; in Christiania der Gynäkologe Prof. Dr. EDUARD SCHÖNBERG, in Brüssel der Direktor der dortigen geburtshilflichen Klinik Prof. HYERNAUX, im Alter von 80 Jahren.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Sarvonat F., Le Rétrécissement du pylore. Paris et Lyon 1905, A. Maloine. — Frs. 4·—.

A. Wassermann, Die Bedeutung der Bakterien. München und Berlin 1905, R. Oldenbourg — M. —·30.

H. Magnus, Sechs Jahrtausende im Dienste des Äskulap. Breslau 1905, J. U. Kern. — M. 5·—.

Toby Cohn, Methodische Palpation. 1. Teil. Obere Extremität. Berlin 1905, S. Karger. — M. 5·60

Onodi A., Die Nebenhöhlen der Nase. Wien 1905, A. Hölder.

Hoffa, Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. 5. Auflage. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 21·—.

Ebstein-Schwalbe, Handbuch der prakt. Medizin. 2. Aufl., 1. Bd., 2. Hälfte. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 12·—.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 20. August 1905. Nr. 34.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Ernährungstherapie der Gicht.

Von **Dr. Julian Marcuse**, Mannheim.

Es dürfte kaum eine Krankheitstype geben, die ätiologisch wie therapeutisch so wechselnde Theorien und Maßnahmen im Laufe der Jahrhunderte hat erstehen sehen und deren Bild noch heute bald hierhin, bald dorthin so schwankt, wie die harnsaure Diathese und der Symptomenkomplex, den wir als Gicht auffassen. Noch bis heute ist uns das eigentliche Wesen dieser Affektion eine Terra incognita und über Beobachtungen und Thesen sind wir nicht hinausgekommen. Wohl ist der Zusammenhang zwischen Gicht und Harnsäure längst erwiesen, allein über die Art dieses Zusammenhanges, über das Verhältnis von Ursache und Wirkung gehen die Ansichten bereits auseinander. Während die einen in der Häufung und Ablagerung der Harnsäure die Ursache zum Zustandekommen der Gicht erblicken, sehen neuere Autoren (v. Noorden, Klemperer etc.) diese Harnsäureablagerung erst als eine sekundäre Folge anderweitiger Prozesse an, und diese Divergenz der Anschauungen durchzieht das gesamte pathologisch-anatomische Bild.

So unsicher nun auch unsere Vorstellungen über die Bedeutung der Harnsäure bei der Gicht sind, so kann doch für die therapeutischen Bestrebungen in erster Reihe nur die Rücksicht auf das Verhalten dieser maßgebend sein. Es liegen hier die Verhältnisse in gewisser Beziehung ähnlich wie bei der Behandlung des Diabetes mellitus. Wie dort die Anhäufung des Zuckers im Organismus, so ist hier die Anhäufung der Harnsäure nicht die letzte Ursache des Leidens. Aber sie ist erstens das augenfälligste Symptom der Krankheit und zweitens ihrerseits mit ihren Folgen für den Organismus nicht gleichgültig.

Die Aufgaben, welche sich aus einer speziellen Berücksichtigung der Harnsäure für die Therapie der gichtischen Diathese ergeben, sind:

1. Die Bildung der Harnsäure zu vermindern.
2. Ihre Ausscheidung zu fördern.
3. Ihre weitere Oxydation zu beschleunigen.
4. Ihre Löslichkeit im Blute und den Gewebssäften zu erhöhen.

Alle diese Aufgaben sucht die Ernährungstherapie zu lösen, während die Beeinflussung des gesamten Stoffwechels durch balneo- und hydrotherapeutische Maßnahmen, durch aktive und passive Bewegungen angestrebt wird. In bezug auf die Ernährung stimmen alle Erfahrungen darin überein, daß der Gichtkranke frugal leben und jedes Übermaß an Nahrungs- und Genußmitteln vermeiden soll. Ob es sich hierbei um irgend eine Beeinflussung des Harnsäureumsatzes oder um andere Wirkungen handelt, mag dahingestellt bleiben, die Tatsache, daß durch Unmäßigkeit im Essen und Trinken die Entwicklung der Gicht begünstigt wird, kann nicht in Abrede gestellt werden. Ganz besonders wichtig ist es für den Gichtkranken, Digestionsstörungen zu vermeiden, die häufig den akuten Anfall einleiten, und weiterhin auf eine leichte Verdaulichkeit und Reizlosigkeit der Speisen sowie auf regelmäßige Stuhlentleerung zu sehen. Dabei soll die Kost nahrhaft, den individuellen Bedürfnissen entsprechend reichlich und abwechslungsvoll sein, ohne die Grundprinzipien der Mäßigkeit und einfachen Zubereitung zu verletzen. Unter dem Gesichtswinkel dieser Erfordernisse werden wir dem Gichtkranken ca. 100—120 *g* Eiweiß, 80—100 *g* Fett und

250—300 g Kohlehydrate zuführen. Es entspricht dies ungefähr einem Verbrennungswerte von 2200—2600 Kalorien.

Von den Eiweißsubstanzen soll aber nur der kleinere Teil in Form von Fleisch (bzw. Fischen) zugeführt werden, unter Bevorzugung der extraktärmeren und leichter verdaulichen Fleischsorten. Die sehr nukleinreichen Organe mag man ausschließen. Über 200—250 g Fleisch soll man nicht ohne besondere Veranlassung gewähren. Der Rest der Eiweißsubstanzen kann als Pflanzeneiweiß (hauptsächlich im Brote) oder in Form von Eiern, Milch und Käse, in besonderen Fällen auch als Aleuronat, Eucasin, Nutrose u. dgl. zugeführt werden.

Das Fett wird in Form von Milch ($^1/_2$—$^3/_4$ l), Rahm, frischer Butter, Schinken und in dem nicht zu vernachlässigenden Fettgehalt der Fleischspeisen eingeführt; Speck und Öl sind da in mäßigen Mengen zu empfehlen, wo sie gut vertragen werden.

Die Kohlehydrate sollen zum größten Teil in Form von Brot zugeführt werden, von welchem 200—300 g zu gestatten sind, dann als Suppeningredienzien, leichtem Gemüse, Kartoffeln (in Mengen von 50—100 g), Obst, in geringen Mengen auch als Rohrzucker zum Süßen des Tees. Pikante Saucen, scharfe Gewürze, schwer verdauliche Nahrungsmittel sind zu verbieten.

Von Getränken sind nur Mineralwässer (1—1$^1/_2$ l pro Tag), leichter Tee und im Notfalle Mischungen von leichtem Tischwein mit Wasser zu empfehlen.

Die Zahl der Mahlzeiten soll keine zu große sein. In den meisten Fällen genügen 3 Mahlzeiten im Laufe des Tages. Zweckmäßig ist es, das Frühstück etwas nahrhafter zu gestalten, damit der Patient beim Mittagessen etwas weniger Hunger hat und leichter eine Überladung des Magens vermeiden kann. Auch empfiehlt es sich, abends eine etwas reichlichere Flüssigkeitsmenge zuzuführen, um eine bessere Ausschwemmung der im Laufe des Tages angehäuften Stoffwechselprodukte zu erreichen. Demnach würde der Speisezettel für Gichtkranke folgendermaßen zu lauten haben:

Erlaubt: Wassersuppen, dünne Fleischsuppen mit Ei oder mit Einlagen von Mehl, Nudeln, Sago, Reis, Grieß, Gerste, Obstsuppen.

Fleisch vom Rind, Kalb, Hammel, Huhn, Taube, Schinken roh und gekocht.

Frische magere Fische, Zander, Hecht, Weißfisch, Forellen und ähnliches, frischer Kaviar.

Eier gesotten und gebacken.

Käse: frischer Rahmkäse, Schweizer, Holländer etc.

Milch, Fettmilch, süßer Rahm, frische Butter.

Schwarzbrot, Weißbrot, Zwieback.

Grüne Gemüse und Salat: Spinat, Kohlrabi, Kopfsalat, Endivien, Kresse, Lattich, grüne Bohnen.

Gekochtes Obst (Äpfel, Birnen, Pflaumen usw.), ferner Orangen, Zitronen.

Wasser, Mineralwässer, Limonaden, leichter Tee.

In geringer Menge gestattet: Suppen von Erbsen, Bohnen, Linsen; Kartoffel- und Gemüsesuppen; Wein- und Biersuppen.

Schweinefleisch, Gans, Ente, Wild ohne Hautgoût; Reh, Rebhuhn, Fasan usw., Leber, Nieren, Hirn.

Gute gesalzene Häringe, Sardellen in Milch ausgelaugt, Rühreier, Pfannkuchen.

Speck, Öl.

Leichtere Mehlspeisen von Reis, Grieß, Maizena u. dgl., Kartoffelbrei, Salzkartoffeln, Kohlarten (außer Sauerkohl), Karotten, junge Erbsen, Schwarzwurzeln, Spargel, Sellerie.

Rohes Obst (Erdbeeren, Kirschen, Pfirsiche, Weintrauben, Melonen, Ananas usw.).

Leichter Wein, leichtes Bier — von jedem etwa $^1/_4$ bis $^1/_2$ l —, leichter Kaffe mit Milch.

Verboten: Konzentrierte Fleischbrühen, stark gewürzte Suppen, Tomatensuppe.

Wild mit Hautgoût, Wurstwaren, insbesondere Leberwurst, Kalbsmilch, Ragouts, Fleischsalate und Mayonnaisen.

Nicht ganz frische, fette, geräucherte oder in Essig eingemachte Fische: Salm, Aal, Neunauge, saure Heringe, Sardinen in Öl, Anschovis; Fischsalat und -mayonnaisen, Soleier.

Roquefortkäse, Liptauer, Kräuter- und Mainzer Handkäse.

Saure Milch, Buttermilch, Kefir.

Kuchen, schweres Backwerk, Konfitüren.

Zwiebel, Knoblauch, Sauerkraut, Morcheln, Rettich, Radieschen, Gurken, Pfeffer, Paprika, englischer Senf.

Unreifes Obst; Tomaten.

Schwere und süße Weine, Champagner, Liköre, starker Kaffee, Schokolade.

Einer gewissen Modifikation bedürfen die Diätverordnungen, sobald komplizierende Erkrankungen vorliegen. So wird man bei einer Komplikation mit Diabetes die Kohlehydratzufuhr einzuschränken und dafür eine größere Menge von Fett und Eiweiß zuzuführen haben. Umgekehrt wird man bei Vorhandensein einer Albuminurie mit Kohlehydraten etwas freigebiger sein dürfen und eher die Eiweißzufuhr etwas reduzieren müssen. Bei bestehender Fettsucht wird das gesamte Kostmaß zu reduzieren sein, wobei unter mäßiger Erhöhung der Eiweißzufuhr in geringerem Grade die Fette und in stärkerem Maße die Kohlehydrate eingeschränkt werden müssen.

Was die Diät bei dem akuten Gichtanfall betrifft, so wird man sich bei kurzdauernden Anfällen bei kräftigen Leuten auf die Darreichung einer vorwiegend flüssigen, leicht verdaulichen Kost beschränken, wie sie im allgemeinen bei akut fieberhaften Zuständen gebräuchlich ist, Schleim- und Mehlsuppen, Milch, Eier, höchstens geringe Mengen von leichteren Fleischsorten, junges Huhn, Taube u. dgl. Daneben reichliche Zufuhr von Flüssigkeiten in Form von Wasser und leichten Säuerlingen mit Fruchtsäften. Zieht sich ein Anfall in die Länge, so wird man auf einen ausreichenden Nährwert der Nahrung bedacht sein müssen und wird unter Berücksichtigung der besonderen Grundsätze, die für die Behandlung des gichtischen Zustandes als solchen gelten, die Ernährung ungefähr so zu gestalten haben, wie sie für chronisch fieberhafte Rekonvaleszenten und Patienten mit geschwächten Verdauungsorganen geeignet ist.

Über Cholelithiasis und deren chirurgische Behandlung.

Von **Dr. Benno Müller**, Hamburg.

I.

Eine der häufigsten Krankheiten stellt ohne Zweifel die Steinbildung in der Gallenblase mit oder ohne Leberleiden dar, eine Krankheit, deren Bestehen nur zu oft übersehen, deren Art nur zu oft verkannt und welche leicht und in vielen Fällen mit anderen Krankheiten verwechselt wird. Krankheiten, die eine Verwechslung herbeiführen können, sind vor allem in Magenleiden gegeben. Magen und Leber stehen ja in einem direkten Verhältnis zueinander, die Funktion der Leber ist vom Magen abhängig und umgekehrt, somit liegt es ja auch nahe, Erkrankungen beider Organe zu verwechseln. Vor allem die Laien haben keine genauen Kenntnisse auf dem Gebiete der Gallensteinkrankheiten, sie halten nur dann die Gallensteine für vorhanden, wenn der Kranke gelb im Gesicht etc. aussieht und Schmerzen in der rechten Seite aufweist. Allerdings ist von den Laien eine weitere Kenntnis auch nicht zu verlangen. Aber der Arzt muß die Diagnose vielmehr präzisieren und bei viel weniger deutlichem Symptomenkomplex stellen können. Freilich stößt man da noch auf eine kaum glaubliche Unkenntnis in Nichtlaienkreisen; ich habe Beispiele gesehen, wo intensivere Kenntnisse der Beziehungen zwischen Magen und Leber in den krankhaften Zuständen nicht im entferntesten vorhanden waren. Nun, das hat jeder mit seinem eigenen Gewissen

abzumachen, es ist für uns hier nur von Interesse, festzustellen, daß man leicht die Symptome der Krankheiten auf falsche pathologische Veränderungen, vielmehr auf nicht wirklich vorhandene bezieht. Wenn man aber erfolgreich eingreifen und heilen will, ist eine genaue Kenntnis der Verhältnisse unbedingt nötig und es ist deshalb von Interesse, vorerst einmal die Symptome der Cholelithiasis zusammenzufassen und zu präzisieren.

Das hauptsächlichste und stets anzutreffende Zeichen von bestehenden Gallensteinen ist der Schmerz. Freilich muß man bemerken, daß nicht in allen Fällen, wo Gallensteine vorhanden sind, Schmerzen auftreten, es gibt bekanntlich eine große Zahl von Menschen, die ihr ganzes Leben hindurch Gallensteine mit sich herumtragen und doch keine Schmerzen empfinden, die es gar nicht merken, daß Gallensteine bestehen und bei denen man nur gelegentlich einer Operation oder gelegentlich einer Autopsie die Gallensteine findet. Es ist also nicht mit der Gegenwart von Gallensteinen auch Schmerzhaftigkeit unbedingt verbunden. Die Ursache des Schmerzes liegt vielmehr in ganz anderen Verhältnissen, welche zu kennen man wohl wissen muß, um eine erfolgreiche Behandlung des Leidens eventuell zu erzielen. Wenn sich Gallensteine aus der Galle absetzen, so geht dies auf zweierlei Arten vor sich, einmal so, daß sich ein kleiner Kristall Cholestearin oder sonstigen Salzes aus der Galle langsam abkristallisiert und um diesen Kristall setzt sich nach und nach Kalk oder Cholestearin etc. ab, oft in verschiedenen Lagen, so daß eine Zeitlang dieses, die andere jenes Salz an den Stein angesetzt wird. So erhält man im Laufe der Zeiten aus dem einen Kristall einen großen Stein, der auf dem Querschnitt eine Menge verschiedenfarbiger Schichten zeigt und einen zwiebelartigen Bau verrät. Die Zeit, in der ein solcher Stein abgesetzt wird, beträgt oft Jahre, Jahrzehnte, so daß also die Bildung eine langsame, äußerst verzögerte ist. Dieser Stein liegt nun lange Zeit in der Gallenblase, im Anfang war er rund, als er aber eine bestimmte Größe annahm, erhielt er eine andere Form, und zwar durch den Einfluß der Gallenblase eine birnförmige Gestalt, und zwar stellt er bei einer gewissen Größe einen vollendeten Ausguß der Gallenblase dar. Dieser Stein hat im Anfang nie Schmerzen gemacht und er verursacht auch in späteren Zeiten, wenn er so groß wie eine kleine Birne gewachsen ist, keine Schmerzen in normalem Zustande des Organismus. Es ist auch im Anfang, als der Stein erst die Größe bis zu einer Haselnuß hatte, von der Gallenblase nie eine besondere Anstrengung gemacht worden, den Stein aus derselben zu entfernen. Auch in späteren Zeiten machte die Blase keine Versuche, den Stein zu entfernen, war er doch in jeder Hinsicht nicht lästig und in der Wand der Gallenblase wurden durch seine Gegenwart nie Reize ausgeübt, welche die Blasenmuskulatur besonders zur Kontraktion angeregt hätten, nicht mehr Reize, als von der Galle auf die Blasennerven bei gefülltem Zustand zum Zwecke des Entleerens der Blase ausgeübt werden. Anders wird es aber, wenn die normalen Verhältnisse im Organismus gestört werden, dies kann einmal hervorgerufen werden durch Magen- und Darmkatarrhe, andrerseits durch Störungen in der Leberfunktion etc. Es können nämlich vom Darm aus Bakterien in die Gallenwege gelangen und können die Galle infizieren, dadurch wird zunächst in der normalen Funktion nichts geändert, aber in der Gallenblase wuchern die Bakterien und es kann nun entweder das Epithel der Gallenblasenwand direkt durch die Bakterien geschädigt werden, wodurch die Bakterien in die Wandung der Blase hineingelangen können, andrerseits kann der Stein das Epithel entweder an einer Stelle abschaben, einreißen, abstoßen, kurz es kann ein Defekt der Epitheldecke entstehen, durch den die Bakterien in die Lymph- und Blutbahnen der Gallenblasenwand wandern können. Andrerseits kann durch einen Magen-Darmkatarrh auch die Gallenblase entzündet, mit affiziert werden. Kurz auf die genannte Weise kann die Gallenblase in den Zustand der Entzündung versetzt werden, welche Entzündung einerseits sich nur in einem leichten Katarrh, wenn nur eine Erkältung oder ein Darmkatarrh die Krankheit übertragen hatte, andrerseits sich in einer schwereren septischen Phlegmone äußert, hervorgerufen durch Bakterien aus dem Darm wie Bacterium coli, Streptokokken oder Staphylokokken. Letztere Phlegmone kann sich natürlich ebenso wie der Katarrh auch auf die Gallenwege weiterfortpflanzen, dieselben durch Ödem der Wand verengen und bis zur Leber und in diese hinein vordringen und schwere Erkrankungen daselbst bedingen. Wenn nun eine dieser Krankheiten besteht, so wird die nächste Folge sein, daß sich die Gallenblase kontrahiert, die Wandung schwillt an und es werden häufige Kontraktionen der Muskulatur auftreten. Das verursacht nun enorme Schmerzen, Schmerzen, welche so intensiv sind, als wenn ein Stein sich eingeklemmt hat, und welche vor allem lange anhalten und immerwährend bestehen, während nur anfallsweise stärkere Schmerzetappen auftreten. Diese Schmerzen sind nun verschiedener Art, einmal besteht der immerwährende Schmerz, welcher in der Gallenblasenwand seinen Ursprung hat und durch die Entzündung an sich bedingt wird sowie durch den Druck, den der Stein auf die kranke Blasenwand ausübt, dieser Schmerz ist zwar heftig, doch immerhin erträglich. Andrerseits verursachen die Kontraktionen der Gallenblasenwand sehr heftige Schmerzanfälle, welche plötzlich einsetzen und einige Zeit anhalten, bis sich die Gallenblase wieder beruhigt hat. Der Stein spielt nun hierbei eine große Rolle, einmal verursacht er den Schmerz durch seinen Druck auf die Wand, andrerseits löst er durch Bewegungen, welche der Kranke durch Bewegen des Körpers bewirkt, sehr heftige plötzliche Kontraktionen der Gallenblase aus und diese bedingen wiederum enorm heftige Schmerzanfälle, welche einige Zeit anhalten, da die Muskulatur nur nach und nach wieder beruhigt werden kann. Außerdem findet die entzündete Gallenblase bei solchen Kontraktionen an dem Stein einen Widerstand und zieht sich dabei fest über den Stein zusammen, was wiederum sehr starken Schmerz auslöst.

Nun entsteht in vielen Fällen nicht nur ein großer Stein, sondern oftmals bilden sich neben einem größeren Steine viele kleine. Es liegen da einmal die Verhältnisse so, daß sich aus irgend einem Anlaß ein Stein absetzt, der nach und nach zu einer Größe heranwächst, daß er nicht mehr durch die Ausführungsgänge der Gallenblase hindurchtreten kann. Daneben setzen sich nun neue Steine oft in großer Anzahl ab, Steine, welche bei Gelegenheit aus der Blase ausgestoßen werden. So gibt der eine große Stein, welcher immer in der Gallenblase zurückbleibt, stets neuen Anlaß zur Bildung anderer Steine aus der Galle. Wenn die Steine ausgestoßen werden, so brauchen Schmerzen nicht vorhanden zu sein, sondern die Steine werden, wenn sie klein sind, leicht durch den Gang in den Darm entfernt. Schmerzen werden nur dann ausgelöst, wenn die Steine sehr groß sind und nur schwer durch den Ausführungsgang gedrückt werden können, sie bleiben dann oft an einer Biegung stecken und verharren dort längere Zeit, bis sie endlich durchgepreßt werden, was oftmals nur sehr langsam und unter großen Schmerzen vor sich geht, da der Stein durch den Druck auf die Wandung des Ductus cysticus in derselben Ödem hervorrufen kann, welches, das Lumen verkleinernd, ein sehr großes Hindernis für den Durchtritt des Steines bietet.

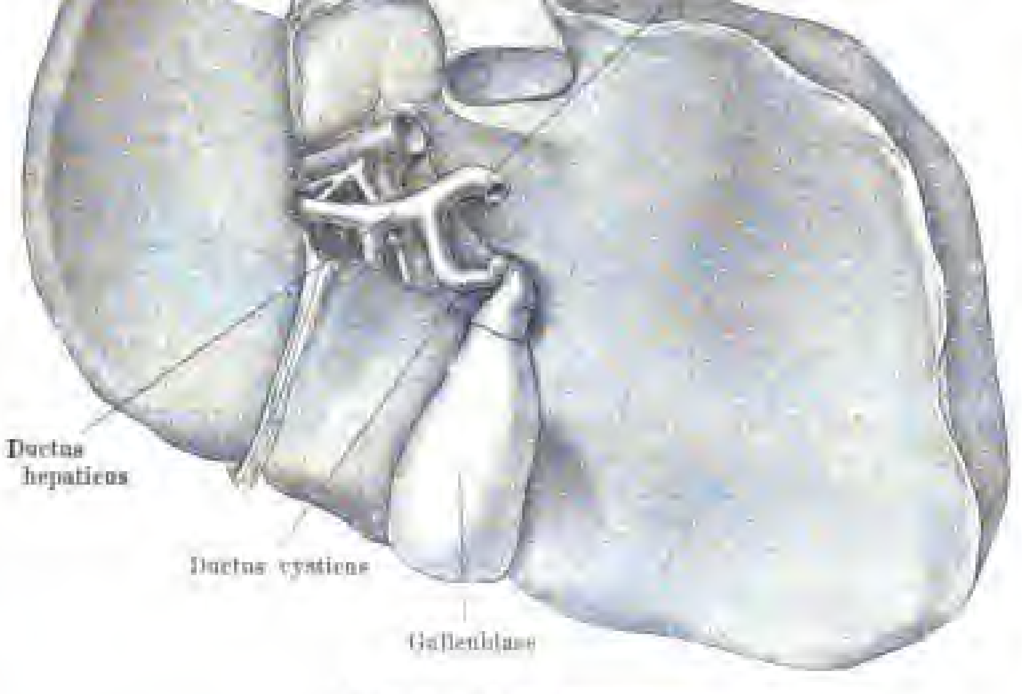
Ganz besonders schmerzhaft und gefährlich ist aber dieser Prozeß des Durchtrittes auch kleinerer Steine, wenn in der Gallenblasen- und Duktuswand entzündliche Veränderungen bestehen. Wenn große Mengen von Gallensteinen in der Gallenblase enthalten sind, so wird besonders oft Gelegenheit geboten, daß die Schleimhaut der Gallenblasenwand oder des Ductus cysticus verletzt wird, sei es durch die Kanten der Steine, sei es durch den lange anhaltenden Druck,

den dieselben auf die Gallenblasenwand ausüben, und daß durch die Verletzungen der Epithelzellenschicht Bakterien in die Lymphspalten gelangen und eine Phlegmone, Entzündung und Schwellung der Wandung hervorrufen. Ja, es kommt sogar vor, daß die Gallenblasenwand vereitert und der Eiter sich in die Blase entleert, das Empyema vesicae eleae. Wenn nun diese Steine durch den Cysticus hindurchtreten, so wird natürlich sehr starker Schmerz ausgelöst, Schmerz, der einmal ein anhaltender, von der phlegmonösen Erkrankung hervorgerufener ist, andrerseits wie ein anfallsweiser, enorm heftiger auftritt. Natürlich wird die Gallenblase bemüht sein, die Menge kleiner Steine zu entfernen. Allerdings ist das oftmals sehr erschwert, weil die Entzündung nicht nur die Gallenblasenwand, sondern auch die Einmündungsstelle in den Duktus und letzteren selbst befällt und dabei Ödem erzeugt, so daß das Lumen des Duktus und der Mündung stark verkleinert wird. Dadurch entsteht Raumbehinderung, die Steine gehen nicht alle glatt durch den Duktus, bleiben stecken und verstopfen den Cysticus oder Choledochus und geben so Anlaß zu allerhand unangenehmen Nebenerscheinungen.

Es ist hiermit in aller Kürze das Hauptsächlichste gesagt über die entzündlichen Vorgänge im Verhältnis zu den Steinen selbst und deren Durchtritt aus der Blase in den Darm. Das Symptom nach außen für den Arzt besteht nun nicht nur in den Schmerzen, sondern man findet noch folgende Verhältnisse: Die phlegmonöse Entzündung der Gallenblase und Gänge äußert sich meist in einem typischen Druckschmerz. Wenn man am Rippenrand in der vorderen Axillarlinie einen leisen Druck auf den Leberrand ausübt, so äußert der Kranke Schmerzen. Wenn diese Schmerzen erheblich sind, so deutet dies stets auf die Entzündung der Gallenblasenwand.

Wenn die Gallenblase von einem sehr großen einzigen Steine angefüllt ist, so kann es auch gelingen, bei mageren Personen den Stein durch die Bauchdecken als harten, rundlichen Körper zu fühlen und man kann auch die Rundung der Gallenblase perkutorisch ermitteln und bestimmen und kann daraus annähernd die Größe des Steines erkennen. Auch bei einer großen Anzahl von Gallensteinen in der Blase kann man eine runde Dämpfung dem glatten Leberrand aufsitzend perkutorisch feststellen. Die Palpation ergibt dabei nicht einen harten Tumor, sondern man kann leicht bei tiefem Druck eine Art Krepitation, das Reibegeräusch der Steine gegeneinander, fühlen. Dies ist sehr oft zu fühlen und stellt ein typisches Symptom dar. Die Untersuchung des Abdomens auf Steine in der Gallenblase muß stets bimanuell vorgenommen werden, man muß sich zur Rechten des Kranken aufstellen und mit der linken Hand von hinten vom Rücken aus die Weichen nach vorn gegen die vom Abdomen aus in die Tiefe palpierende rechte Hand drücken. Nur dann kann man deutlich palpieren, während, wenn man vielleicht wie es Anfänger gern tun, mit beiden Händen vom Abdomen aus nach der Leber zu tastet, man nie die Gallenblase deutlich fühlen kann, denn die Leber weicht dann stets den von vorn palpierenden Händen aus nach hinten unten, hingegen kann man durch die genannte allgemein übliche Methode die Leber resp. die Gallenblase zwischen 2 Finger fassen und ganz abtasten. Freilich gehört hierzu wie zu allen solchen Untersuchungen eine Menge Übung, nur durch vieles und häufiges Tasten und Untersuchen kann man sich die Übung erlernen.

Der Ikterus wurde früher als das sicherste Symptom der Gallensteine angesehen. Es ist nun allerdings in der neueren Zeit erkannt worden, daß man von der Gegenwart des Ikterus nicht die Diagnose abhängig machen darf. Der Ikterus sagt uns nicht, daß Gallensteine da sind, sondern er sagt uns ganz andere Dinge, er gibt uns Nachricht über den Sitz eingeklemmter Steine, sagt uns aber nicht, daß Steine eingeklemmt sind, denn es können Steine eingeklemmt sein, auch ohne daß Ikterus besteht. Es verhalten sich die Verhältnisse nämlich folgendermaßen. Um dieselben verstehen zu können, müssen wir uns zunächst einmal klar machen, wie die Organe zueinander stehen, nämlich wie die Gallenblase zur Leber steht. Die Figur gibt ein deutliches Bild der Verhältnisse. Aus der Leber führt der Ductus hepaticus und teilt sich bald in zwei Gänge, den Ductus cysticus und Ductus choledochus. Es gelangt also die Galle aus der Leber in den Ductus hepaticus und läuft aus diesem teilweise in die Gallenblase, teilweise in den Darm durch den Ductus choledochus. In der Zeit, in welcher im Darm keine Galle gebraucht wird, läuft die Galle aus der Leber in die Gallenblase, wo sie für die Zeit, in der der Darm nach ihr verlangt, aufgespeichert wird. Es werden nun also die Steine aus der Gallenblase den Weg durch den Cysticus in den Choledochus nach dem Darm zu gehen haben. Ein Stein, welcher so groß ist, daß er eben durch das Lumen des Ductus cysticus hindurchtreten kann, wird natürlich schwerer durchgedrückt werden als kleinere Steine. Es können aber auch größere Steine durch die Gänge hindurchtreten, denn die Wandung der Gänge ist elastisch und dehnt sich im normalen Zustand ganz bedeutend aus. So kommt es, daß Steine von der Größe kleiner Walnüsse noch gelegentlich durch die Gänge hindurchgehen; wenn aber die Wandung der Gänge entzündet ist, sei es nur katarrhalisch, sei es septisch, phlegmonös oder bakteriell entzündet, so hat sie einen großen Teil ihrer Elastizität verloren, und sie ist in vielen Fällen auch stark ödematös, wodurch nicht nur ihre Elastizität verringert, sondern auch ihr Lumen direkt verkleinert wird. So kommt es, daß die Steine im Laufe der Gänge leicht stecken bleiben, so gibt es für dies Einklemmen derselben in den Gängen Prädilektionsstellen, d. h. Stellen, welche besonders günstige Verhältnisse für das Einklemmen der Steine bieten. Solche Stellen sind die Mündung der Gallenblase in den Cysticus, der Übergang des Cysticus in den Choledochus und die Mündung des Ductus choledochus in den Darm, wo die Papille sich befindet und der Duktus die Darmwand schräg durchsetzt. Wenn sich ein Stein im Ductus cysticus an dem Über



Leber mit Gallenblasensystem.

gang in die Gallenblase und an den anderen Partien des Duktus bis ziemlich an den Übergang des Ductus cysticus in den Choledochus, aber noch nicht an dieser Stelle selbst, festsetzt, einklemmt, so verschließt er den Ductus choledochus und die Galle kann aus der Gallenblase nicht abfließen. Wenn nun ein Stein sich in einem Gange einklemmt, schwillt die Wandung des Duktus an der betreffenden Stelle infolge des Reizes durch den Stein an und der Stein wird in eine feste Fassung gelagert, so daß neben Stein und Wand des Ganges Flüssigkeit wie Galle etc. nicht mehr vorbeifließen kann. Die Folge eines Verschlusses des Ductus cysticus ist also ein Verschluß der Gallenblase und es kann somit weder Galle aus der Blase, noch in die Blase fließen. Ein Ikterus tritt dabei aber nicht auf, denn die Galle, welche in der Leber produziert wird und aus derselben in den Ductus hepaticus fließt, wird durch den noch offenen Ductus choledochus in den Darm fließen. Nur dann, wenn etwa zu gleicher Zeit eine Schwellung und Verengerung der Papille im Duodenum stattfindet, wird eine Gallenstauung verursacht, die Galle aus der Leber kann dann durch die verschlossene, infolge Schwellung der Papille verstopfte Mündung des Ductus choledochus in den Darm nicht abfließen und es entsteht ein Stauungsikterus. Derselbe ist aber nur selten zu beobachten. Bei den gewöhnlichen Einklemmungen des Steines im Cysticus tritt Ikterus nicht auf.

Wenn nun der Stein sich an der Stelle, wo die drei Gänge konfluieren, einklemmt, ein Vorgang, der sehr häufig vorkommt, so wird der Gallenabfluß aus Leber und Gallenblase verhindert. An dieser Stelle verschließt der Stein den Ductus cysticus und Ductus hepaticus. Somit kann die Galle nicht aus der Gallenblase in den Darm und auch die aus der Leber fließende Galle nicht in die Gallenblase fließen. Durch diesen Vorgang wird eine Stauung und Stauungsikterus in der Leber verursacht. Es tritt Ikterus sehr bald ziemlich stark auf. Bei Untersuchung der Leber findet man letztere nicht wesentlich vergrößert, der Rand fühlt sich härter als normal an und die Gallenblase ist nicht vergrößert, denn dieselbe ist nicht stark gefüllt und wird somit durch die etwas geschwollene Leber verdeckt; auch eine Perkussion der Gallenblase liefert kein Resultat, wenn nicht vorher schon eine besonders große, vergrößerte Gallenblase bestanden hätte, der Ikterus ist in diesen Fällen sehr stark, die Haut wird sehr bald intensiv gelb, die Schleimhäute ebenso, es entsteht heftiges Jucken der Haut. Der Stuhl wird dabei vollkommen weißgrau, da ja jede Galle im Darm fehlt. Freilich wird man kaum die Stauung so lange bestehen lassen, bis der Stuhl grau ist, denn dann könnte eine Operation sehr erschwert sein, da der Stein dann schon Gangrän der Wandung des Duktus hervorgerufen haben könnte.

Über Gonorrhöebehandlung.

Von **Dr. Guglielmo Bassicalupo**, Arzt am Hospital Santa Maria della pace in Neapel.

Es gibt keine Krankheit, die bei beiden Geschlechtern so verbreitet ist wie die Gonorrhöe. Gegen dieses Übel sind unzählige Heilmethoden und Mittel zur Behandlung vorgeschlagen worden. Nachdem Neisser den Erreger der Gonorrhöe entdeckt hatte, brachte uns die chemische Industrie eine große Zahl von Präparaten, denen allen die Eigenschaft zugesprochen wurde, den Gonokokkus zu töten oder ihn wenigstens in seiner Entwicklung zu hemmen. So entstanden die neuen Silbersalze, die von den einen gerühmt, von den anderen als überflüssig hingestellt werden. Überblicken wir die Verhältnisse, wie sie heute liegen, so muß man unumwunden zugeben, daß die Silbersalze etwas in den Hintergrund und die altbewährten Adstringentien wieder in den Vordergrund getreten sind. Dabei ist es interessant zu beobachten, daß in letzter Zeit die interne Behandlung der Gonorrhöe einen ungeahnten Aufschwung genommen hat, seitdem es nämlich gelungen ist, ein brauchbares Balsamikum herzustellen, welches auch bei uns in Italien eine bevorzugte Stelle einnimmt, d. i. das Gonosan der Firma J. D. Riedel in Berlin.

Das Gonosan ist eine gelbgrüne, ölige, durchsichtige Substanz von starkem aromatischen Geruch, die in Alkohol, Äther und Chloroform löslich ist.

Es enthält die aus der Kawa-Kawa, der Wurzel von Piper methysticum, extrahierten Harze, aufgelöst in einem Sandelöl, und zwar 20% Kawaharz und 80% Ol. santali. Lewin gelang es, aus der Kawawurzel eine harzige Masse zu isolieren, die sich wieder in zwei Harze, das α- und β-Kawaharz, zerlegen läßt. Diese Harzmasse hat eine ausgesprochene anästhesierende und anämisierende Kraft, wie Lewin und andere durch Tierexperiment einwandfrei nachgewiesen haben. In dem Gonosan vereinigt sich somit die anästhesierende Wirkung der Kawa mit der antiseptisch-adstringierenden des Sandelöls. Über Gonosan liegt bereits eine umfangreiche Literatur vor, und zwar wurde dasselbe fast in allen Kulturländern auf seine Brauchbarkeit von hervorragenden Forschern geprüft. Fast alle Autoren sind sich darin einig, daß wir im Gonosan ein vorzügliches Antigonorrhoikum besitzen.

Dies gab Veranlassung, dieses Medikament auch unseren Tripperkranken am Hospital S. M. della pace in Neapel zuteil werden zu lassen. Im folgenden möchte ich kurz über die Versuche, die ein Jahr dauerten, und über das Resultat berichten.

In jedem einzelnen Falle wurde vor und während der Kur eine sehr sorgfältige mikroskopische Untersuchung des Sekretes, des Urins und des erkrankten Organs vorgenommen. Zur Ermittlung des Sitzes des Trippers, ob im vorderen oder hinteren Teil der Harnröhre, wurde die Thompsonsche Gläser- oder die Irrigationsprobe zu Hilfe genommen.

Bevor wir einen Patienten, bei dem keine Krankheitserscheinungen mehr vorlagen, als geheilt entließen, wurde der Urin zentrifugiert und das Sediment auf Flocken und Filamente mikroskopisch untersucht. Waren dieselben frei von Gonokokken und enthielten sie nur Leukozyten, so wurden die Patienten als „geheilt" entlassen mit der Weisung, sich nach 4 Wochen wieder vorzustellen.

Im ganzen haben wir 74 Patienten mit Gonosan behandelt. Von diesen litten:

30	Patienten	an	akuter	Gonorrhöe	der	vorderen	Harnröhre
5	"	"	subakuter	"	"	"	"
8	"	"	chronischer	"	"	"	"
10	"	"	akuter	"	der ganzen		"
3	"	"	subakuter	"	"	"	"
8	"	"	chronischer	"	"	"	"
10	"	"	Urethrocystitis.				

1. **Gruppe.** 30 Fälle mit akuter Gonorrhöe der vorderen Harnröhre. Im Durchschnitt 3—5 Tage Prodromalstadium. Dann Erscheinen der Sekretion. Reichlicher dichter Eiter mit massenhaft Gonokokken in allen Fällen. Brennen beim Urinieren. Schmerzhafte nächtliche Erektionen.

Therapie: Gonosan, 6—8 Kapseln täglich. Diät.

Vom 4. Tage an augenscheinliche Verminderung der Eiterung, die sich in eine seröse, weißliche Flüssigkeit umwandelt. Verschwinden aller subjektiven Beschwerden. Zwischen dem 15.—20. Tage keine Sekretion mehr, nachdem bereits im Durchschnitt am 10.—12. Tage die Gonokokken verschwunden waren.

In allen Fällen komplette Heilung nach 3—5 Wochen ohne Komplikationen nur mit Gonosan.

2. **Gruppe.** 5 Fälle von subakuter Gonorrhöe der vorderen Harnröhre. Die mikroskopische Untersuchung ergab in allen Fällen zahlreiche Gonokokken.

Ordination: 6—8 Gonosankapseln täglich, außerdem Injektionen einer 0·2—0·4%igen Albarginlösung.

Nach 10 Tagen durchschnittlich keine Gonokokken mehr vorhanden. Nach 30 Tagen völlige Heilung.

3. **Gruppe.** 8 Fälle von chronischer Gonorrhöe der Pars ant. urethrae. Die Krankheit bestand seit 6 Monaten.

Bei 4 Patienten wurde nur Gonosan, bei den anderen 4 Patienten wurde Gonosan in Verbindung mit Albargininjektionen verabfolgt.

Bei den ersteren vier (nur Gonosan) war nach 25—30 Tagen eine spärliche Sekretion vorhanden, dagegen der Urin hell und klar.

Bei den vier anderen (Gonosan und Albargin) trat Heilung nach 20 Tagen ein.

4. Gruppe. 10 Fälle von akuter Gonorrhöe der ganzen Harnröhre. 3 Patienten wurden mit Gonosan, 4 Patienten wurden mit Gonosan und Albargininjektionen 0·5%, 5 Patienten wurden mit Gonosan und Protargolinjektionen 0·5% behandelt. Von den drei ersten Kranken wurden 2 nach 14 Tagen bedeutend gebessert, einer geheilt. Bei den 4 Patienten (Gonosan und Albargin) trat Heilung nach 12—15 Tagen ein. Von den 3 anderen (Gonosan und Protargol) wurde einer nach 14 Tagen geheilt, 2 bedeutend gebessert. Zu bemerken ist, daß täglich nur eine Injektion gemacht wurde.

5. Gruppe. 3 Fälle von subakuter Gonorrhoea totalis. Die Krankheit bestand seit 6 Wochen. Patienten hatten sich selbst Injektionen gemacht und Balsamika genommen, ohne Erfolg.

Es wurde nur Gonosan ordiniert, täglich 6—8 Kapseln.

Nach 10 Tagen Verschwinden der Gonokokken; nach weiteren 10 Tagen Heilung in 2 Fällen, während beim dritten Patienten noch eine geringe Sekretion vorhanden war, die erst später schwand.

6. Gruppe. 8 Fälle von chronischer Gonorrhöe der ganzen Harnröhre. Sämtliche Patienten hatten bereits Injektionen mit Silber- und Zinksalzen ohne Erfolg gemacht. Sie wollten die Injektionen nicht mehr fortsetzen.

Ordination: Gonosan und Irrigationen mit 3%iger Borsäurelösung. Nach 20 Tagen waren 4 geheilt, 3 bedeutend gebessert. Bei einem Patienten war wegen der bestehenden Neurasthenie ein Erfolg nicht zu erreichen.

7. Gruppe. 10 Fälle von Urethrocystitis. Zwei von diesen hatten Epididymitis.

Es wurde nur Gonosan in steigender Dosis — bis 10 Kapseln — gegeben. Die Heilung trat zwischen dem 30.—50. Tage ein. Das Gonosan erwies sich als außerordentlich wohltätig. Die heftigen Schmerzen, die Dysurie, der Blasenzwang etc. gingen rasch zurück. Patienten selbst äußerten sich sehr günstig über die augenscheinliche Wirkung des Medikaments auf die subjektiven Beschwerden. Keiner wollte das Gonosan missen.

Resümieren wir noch einmal das Gesagte, so gelangen wir zu folgenden Schlüssen:

1. Das Gonosan ist ein Spezifikum bei der akuten und chronischen Gonorrhöe. Es übertrifft an Wirkung und Zuverlässigkeit alle übrigen balsamischen Mittel.

2. Das Gonosan kann für sich allein sowie auch zur Unterstützung der üblichen Injektionen verwendet werden. Die Erfolge sind vorzügliche, denn

a) das Gonosan tötet die Gonokokken in kurzer Zeit, im Mittel nach 10—12 Tagen, ohne Mithilfe von Injektionen;
b) es macht den Urin scharf sauer;
c) beschränkt in geradezu auffallender Weise die Sekretion;
d) es beseitigt die Schmerzen beim Urinieren, die Erektionen und Pollutionen und bei Blasenentzündung den Tenesmus und die Dysurie nach kurzer Zeit.

3. Das Gonosan wird vom Magen sehr gut vertragen. Es ruft keine Darmstörungen und keine Nierenreizung hervor.

4. Das Gonosan ist ein wertvolles Medikament, dessen Einführung einen großen Fortschritt in der Gonorrhöetherapie bedeutet.

Referate.

G. Klemperer (Berlin): **Die Behandlung der Gallensteinkrankheit.**

Während der Kolikanfälle reiche man Narkotika. Am schnellsten wirksam ist die subkutane Injektion von 1—2 *cg* Morphium. Sind nach etwa 30 Minuten die Schmerzen nicht wesentlich gelindert, so ist die Injektion der gleichen Dosis zu wiederholen. Selbst höheres Alter und ein gewisser Grad von körperlicher Hinfälligkeit würden Morphium nicht kontraindiziert erscheinen lassen. Gleichzeitig wende man lokal Wärme an, und zwar Umschläge mit heißem Wasser, Kataplasmen oder Thermophor. Während des Anfalles läßt man gewöhnlich Mineralwasser oder Zitronenlimonade oder Tee trinken. Scheint die Kolik vorübergegangen, so findet eine vorsichtige Ernährung, wie etwa nach akutem Magenkatarrh, statt. Wenn sich die Koliken in häufiger Folge wiederholen, ohne zur Steinentleerung zu führen, so muß versucht werden, die Gallensekretion zu vermehren. Als galletreibend gilt die sogenannte Ölkur. Dieselbe besteht darin, daß man entweder durch einen Magenschlauch größere Mengen Öl (etwa 200—250 cm^3) in den Magen eingießt oder aber stündlich einen Eßlöffel reinen Speiseöls schlucken läßt. Neuerdings hat man die innere Darreichung mit der Applikation von Ölklystieren vertauscht, indem man täglich ¼ *l* Öl per rectum einlaufen und womöglich mehrere Stunden lang halten läßt. Man hat auch statt des Öles die Ölsäure medikamentös gegeben, z. B. ölsaures Natron, welches unter dem Namen Eunatrol in Pillenform verabreicht wird. Als weitere Cholagoga sind Kalomel, Podophyllin sowie Salizylsäure empfohlen worden, doch ist die therapeutische Wirkung bei der Gallensteinkolik zweifelhaft. Nach den Erfahrungen des Verf.s scheint das Quecksilber das meiste Vertrauen zu verdienen; Verf. verordnet gerne Sublimat 0·10 : 10, zweimal täglich 5 Tropfen in Wasser zu nehmen. Die beste Beeinflussung wiederholter Koliken besteht in der regelmäßigen Darreichung kleiner Mengen leicht verdaulicher Speisen. Dazu kommt die Empfehlung von Karlsbader Wasser, von dem man 2—3mal täglich ein Glas trinken läßt. Bei protrahierten Koliken gelingt es manchmal, durch Massage der Gallenwege die Entleerung des Steines zu befördern. Zur Behandlung der Gallensteindiathese kommt es darauf an, die Bedingungen zu schaffen, die das ungehinderte Strömen der Galle bewirken und unterstützen; in zweiter Linie suche man für ausreichende Bildung von Galle zu sorgen. Es muß also zunächst alles vermieden werden, was einen Druck auf die Leber und eine Beengung der Gallengänge herbeiführen könnte: Beseitigung des Korsetts bzw. des Gurtes, Notwendigkeit einer weiblichen Reformtracht. Reichliche Gallenströmung kann man durch reichliches Trinken erzielen. Ganz besonders empfehlenswert ist die Flüssigkeitszufuhr bei nüchternem Magen. Für die Diät ist die Erwägung maßgebend, daß es niemals zu Magenkatarrh kommen darf, der eventuell auf Duodenum und Choledochus fortgeleitet die Ursache einer Behinderung des Gallenstromes werden kann. Da die Magenverdauung einen reflektorischen Reiz für die Gallenabsonderung darstellt, soll der Patient oft essen, aber niemals zu viel. Vor zu fetten, blähenden und zu scharfen Speisen ist zu warnen. Für reichliche Körperbewegung ist Sorge zu tragen. B.

Hagen (Nordhausen): **Untersuchungen über die Wirkung des Eumydrins bei Darmparalyse, Darmstenose, Appendizitis und Gallengangskoliken.**

In ihren Hauptzügen gibt die Eumydrinwirkung die des Atropins gemildert, doch getreulich wieder. An dem Prinzip lokaler Wirkung hält sie fest, doch differieren ihre Erfolge bei derselben Erkrankung je nach interner oder subkutaner Verwendung des Mittels. Da ferner die Dosierung des Mittels freieren Spielraum zuläßt, so ist, nach den bisher in der Verwendung des Eumydrins gemachten Erfahrungen, in ihr eine Verbesserung der Atropintherapie zu begrüßen! Sie macht sich bemerkbar bei Magen- wie bei Darmaffektionen und kann auch gelegentlich ihren wohltätigen Einfluß auf benachbarte Organe, wie Gallenblase und Pankreas, zur Geltung bringen! Von den zahlreichen Erkrankungen des Magens bot zunächst die pathologische Erscheinung des Erbrechens in seinen verschiedenartigen Formen und mit seinen vielseitigen Veranlassungen ein dankbares Feld therapeutischer Erfolge. Das reflektorische Erbrechen wich gleich dem nach wirklicher Magenaffektion entstandenen, und zwar rascher bei interner Verabreichung des Mittels als nach subkutaner Verwendung; krankhafter Pylorusverschluß, chronische Magenektasie, chronisches Magengeschwür, Schwangerschaft und uterine Dyspepsie gaben die Veranlassung. Daß auch ein mildernder Einfluß auf Kardiakrampf und Pyloruskrampf besteht, wurde wiederholt festgestellt. Gleich der Belladonna und dem Atropinsulfat bewirkt

auch Eumydrin beim Durchfall: Mäßigung, bei Verstopfung: Anregung peristaltischer Bewegungen und leitet damit rasch zu normalen physiologischen Funktionen über. Seine größte Bedeutung gewinnt es aber, gleich dem Atropinsulfat, in der Behebung paretischer Darmerkrankungen zunächst beim Ileus, dem mehr oder weniger ausgeprägten Darmverschluß. Von therapeutisch hervorragender Bedeutung hat sich der Gebrauch des Eumydrins auch bei Gallengangskoliken erwiesen. Das überaus hartnäckige Festhalten am Gebrauch des Opium und seiner Derivate, kombiniert mit Kälteapplikation, in allen Stadien der Appendizitis entspringt weder wissenschaftlichen noch praktischen Erfahrungen. In den meisten Fällen widerspricht sogar ihre Anwendung der Indicatio causalis und ihr gewöhnliches Resultat läuft dann notgedrungen auf den operativen Eingriff hinaus. Die Indicatio causalis verlangt gründliche Entleerung des Inhalts von Zökum und Appendix, Sterilisierung derselben, Einschränkung des bereits ergriffenen Gebietes und Schutz vor weiterer Zufuhr infizierenden Materials. Diesen Anforderungen entsprechen die Verhältnisse bei Kombination der Verwendung feuchter Wärme mit subkutaner Atropin- respektive Eumydrininjektion. Die Kataplasmierung der erkrankten Ileozökalgegend erregt sofort aktive Hyperämie in großer Tiefe; die durch Atropin vermittelte Peristaltik aber sorgt für lokale Entfernung der aufgestauten Kotmassen und wirkt krampf- sowie schmerzstillend ein. Jedenfalls ist dieses therapeutische Vorgehen in allen passenden Fällen des Versuches wert. G.

Schwenkenbecher (Tübingen): **Über die Adipositas dolorosa.**

Die Adipositas dolorosa ergreift häufiger Frauen als Männer, meist im höheren Alter; sie entwickelt sich langsam im Verlaufe von Jahren („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 80, H. 3 u. 4). Die Stärke der Fettmassen ist einem gewissen Wechsel unterworfen, von Zeit zu Zeit sind die über den ganzen Körper verteilten Wülste etwas weicher, die Spannung und die Beschwerden nehmen ab. Auch die bestehende blaue (zyanotische) Farbe der Haut verschwindet dann oft. Es muß also sowohl für die Härte der Fettwülste als auch für die bläuliche Hautfärbung zum großen Teil wohl der Blutgehalt verantwortlich gemacht werden. Zu den erwähnten Veränderungen treten als zweites Hauptsymptom die Schmerzen, welche die Kranken sowohl spontan als auch bei Druck in ihren Fettwülsten verspüren. Die Druckempfindlichkeit kann so intensiv werden, daß die Kranken z. B. bei dem Versuch, die Haut in einer Falte aufzuheben, laut schreien. Die Schmerzhaftigkeit geht zumeist mit dem Grade der Spannung von Haut und Zellgewebe parallel, scheint aber auch individuell, je nach der Empfindlichkeit der einzelnen Menschen, etwas verschieden zu sein. Jedenfalls dürfte dem Blutgehalt der Fettwülste auch hierbei eine bedeutsame Rolle zukommen. Die Schmerzen treten nicht selten schon dann ein, wenn die „Fettinfiltration" noch keine besonders starke ist; sie werden bisweilen von den Patienten in Gelenke lokalisiert, weil sie bei deren Bewegung heftiger werden, so daß Verwechslungen mit rheumatischen und neuralgischen Prozessen sehr häufig sind. Den genannten beiden Kardinalsymptomen sind von französischen Autoren noch zwei weitere Symptomengruppen angereiht worden, die allgemeine Körper- und Muskelschwäche und ferner psychische Anomalien. In der Tat ist in allen schwereren Fällen der Krankheit die körperliche Leistungsfähigkeit erheblich herabgesetzt; es findet sich häufig eine beträchtliche Atrophie der Extremitätenmuskulatur, die wohl nicht nur als Folge der Inaktivität, sondern auch des Druckes durch die Fettmassen und Zirkulationsveränderungen zu erklären ist. Eine echte degenerative Atrophie liegt jedenfalls nicht vor. Unter dem Sammelbegriff der „troubles psychiques" haben die französischen Ärzte sodann ganz verschiedenartige und für das Bild der Adipositas dolorosa recht ungleichwertige Symptome von seiten des Nervensystems vereinigt. Wir finden neben leichten nervösen Beschwerden das Vorkommen von schweren Gehirnveränderungen und Geisteskrankheiten erwähnt. Ernstere Psychosen kommen in der Regel nicht vor. Wohl aber sind Abgeschlagensein, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Übelsein, Erbrechen und Obstipation, Tremor und eine gewisse Tachykardie mehr oder weniger konstant. Ferner finden wir nicht selten bei der Adipositas dolorosa Blutungen. Bisweilen sind nur die Menstrualblutungen profus, oder heftiges Nasenbluten zeigt sich wiederholt, auch Magen- und Hautblutungen sind öfter angegeben worden. Die Schweißsekretion ist zumeist deutlich vermindert, was wohl auf der direkten Kompression der Drüsen und deren Ausführungsgänge durch die Fettanhäufung in der Subkutis und der Haut beruht. Der Verlauf der Adipositas dolorosa ist ein sehr chronischer, nicht selten treten längerdauernde Perioden ein, in denen die Kranken fast völlig beschwerdefrei sind, bis dann wieder vermehrte Schmerzen und neue Bildung von harten Fettmassen für Wochen die Arbeitsfähigkeit aufheben, ja zur Bettruhe zwingen. In den leichteren Fällen pflegen die Fettansammlungen in der Subkutis weniger fest zu sein, auch die Schmerzen sind geringer. Die Therapie richtet sich in erster Linie gegen die Schmerzen, ferner kommen Bäder, Massage und Entfettungskuren in Betracht. Br.

Alb. Robin (Paris): **Klinische Versuche mit Hopogan.**

Verf. hat („Bull. de la Soc. de Thérap.", 1905, Nr. 6) im Hospital Beaujon in Paris die Wirkung der Superoxyde im allgemeinen und speziell diejenige des $Mg\,O_2$ (Hopogan) als Antidiarrhoikum studiert. Er fand u. a. folgendes: Ein Rekonvaleszent nach einer Pleuritis wird von heftigem, anhaltendem Durchfall befallen. Während 24 Stunden hat er 12 Stuhlgänge, äußerst übelriechend und sehr stark sauer reagierend. Der übersaure Chymus findet im Darme keine genügende Menge alkalischer Sekrete (Brunnersche Drüsenflüssigkeit, Galle, Pankreassaft, Darmsaft), um zur Neutralisation zu kommen; die Darmverdauung findet daher in saurem Medium statt und die im Magen begonnenen Gärungen nehmen ihren weiteren Verlauf, modifiziert durch die speziellen Bedingungen des Mediums. Robin verordnet 1 *g* Hopoganpulver, zunächst um die Magenfermentationen zum Stillstand zu bringen; hierauf wird das Mittel in Form von Keratinpillen eingenommen, damit es direkt im Darm seine antiseptische Wirkung entfalte. In wenigen Tagen verlieren die Fäzes den fötiden Geruch und die Zahl der Stuhlgänge sinkt auf zwei in 24 Stunden. Hopogan verhält sich also als ein inneres Antiseptikum. L.

Weik (Stuttgart): **Über Syphilis maligna.**

Verf. versteht unter „Syphilis maligna" nicht die als „Syphilis gravis" und „Syphilis galopante" bezeichneten Krankheitsformen, sondern jenes Krankheitsbild, bei welchem frühzeitig auftretende Hautulzerationen das Krankheitsbild beherrschen, so daß man zweckmäßiger von Syphilis ulcerativa praecox sprechen könnte. Der klinische Verlauf bietet im Primärstadium zunächst keine Besonderheiten. Die zweite Inkubation ist oft etwas kürzer als sonst; die sekundären Erscheinungen werden von den bekannten Störungen des Allgemeinbefindens eingeleitet. Die Produkte des Sekundärstadiums bekommt man meist nicht in reiner Form zu Gesicht, da sie einer raschen Umwandlung erliegen. Aus weichen ödematösen Papeln, die sich rasch in Pusteln umwandeln, entstehen Hautulzera; die Größe derselben schwankt zwischen der einer Linse und eines Zweimarkstückes. Der Sitz dieser Hautulzerationen ist besonders die behaarte Kopfhaut, das Gesicht, der Rücken sowie die Extremitäten, mit Vorliebe auch das Gesäß. Vielfach bleibt eine Zeitlang jede Behandlungsweise nahezu erfolglos; manchmal beobachtet man während einer Quecksilberkur geradezu eine Verschlimmerung des Geschwürsprozesses. Ohne örtliche Behandlung der Hautgeschwüre bei maligner Syphilis ist überhaupt nicht auszukommen, am besten bewährt sich dabei ein Wechsel zwischen trockenen und feuchten Verbänden. Spontane Heilungstendenz scheinen diese Geschwüre überhaupt nicht zu besitzen. Ist endlich Epithelisierung der Geschwüre eingetreten, so hat man eine über das Niveau der umgebenden Haut erhabene, keloidartige Narbe, die sehr leicht wieder aufbricht und zu einem Rezidiv führt. Die Störungen des Allgemeinbefindens waren in den vom Verf. beobachteten Fällen nicht besonders groß. Die Patienten waren in ihrer Ernährung und ihren Körperkräften etwas reduziert und wiesen einen mäßigen Grad von Anämie auf; aber die Kachexie als ein Kardinalsymptom der Syphilis maligna muß Verf. auf Grund

seiner Beobachtungen abweisen. Fieber war in der Mehrzahl der Fälle vorhanden, jedoch nie über 39° abends („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 44). Die Schleimhäute waren nur in untergeordnetem Maße an dem Krankheitsprozeß beteiligt. Nötig ist vor allem Hebung des Allgemeinbefindens durch roborierende Diät. Am erfolgreichsten ist eine sorgfältige Lokalbehandlung der Geschwüre, wobei ein Wechsel zwischen feuchten Verbänden mit antiseptisch adstringierenden Flüssigkeiten und zwischen trocknen mit Jodoform und eventuell Zusatz von Zinksalbe, um ein Verkleben zwischen Verband und Geschwür zu verhindern, sich als zweckmäßig erwies. In einem Falle führten erst Ätzungen mit Acid. carbol. liquefact. zur Heilung. Die Prognose der Syphilis maligna ist meist nicht schlecht. Die Patienten bleiben nach dem ersten Ansturm der Symptome, welcher durchschnittlich eine Zeit von 1—1$^1/_2$ Jahren nach der Infektion in Anspruch nimmt, meist lange, bzw. für immer, von weiteren Rückfällen verschont. G.

EHRHARDT (Königsberg): **Über angeborenen Schulterhochstand.**

Verf., der an der Klinik des Prof. GARRÈ 3 Fälle von Schulterhochstand verschiedener Ätiologie beobachtet hat, ist der Ansicht, daß derselbe nicht als selbständiges Krankheitsbild, sondern nur als Symptom betrachtet werden darf (Beitr. f. klin. Chir., Bd. 44, H. 2). Die Ursache der Krankheit liegt entweder in einer intrauterinen Belastungsdeformität (SPRENGELsche Krankheit), oder in Defekten von Muskeln, die die Bewegung der Skapula bedingen, oder endlich in abnormen bandartigen oder knöchernen Verbindungen der Skapula mit der Wirbelsäule; diese Verbindungen werden von manchen Autoren als Folgen von vorausgegangenen Myositiden aufgefaßt. Die Therapie muß sich nach der Ätiologie richten: Bei der Belastungsdeformität wurden vielmals Resektionen am Knochen mit geringem Erfolge versucht; andrerseits sieht man bei lange Zeit fortgesetzter orthopädischer Behandlung Besserung der Stellung und der Funktion. Bei Defekt des Musc. cucullaris wird die Therapie in Tenotomien, Muskelverlagerungen etc. bestehen. Bei Bildung abnormer Verbindungen wird die Therapie die besten Resultate mit Durchtrennung dieser Verbindungen oder Entfernung der Stränge erzielen. ERDHEIM.

V. HACKER (Graz): **Über Sehnenverlängerung und die Verwendung eines dreistufigen Treppenschnittes bei derselben.**

Verf. empfiehlt („Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie", 1904, Bd. 2, H. 3), statt des vielfach gebräuchlichen zweistufigen Sehnenschnittes nach BAYER zum Zwecke der Verlängerung von verkürzten Sehnen die Durchtrennung der Sehne in 3 Stufen durchzuführen; der Vorteil dieser Schnittführung gegenüber dem BAYERschen Verfahren ist darin gelegen, daß man auf diese Weise eine breitere Sehne erzielt. Während bei der BAYERschen Methode die verlängerte Sehne nur um die Hälfte des ursprünglichen Querschnittes verschmälert wird, beträgt der Verlust an Breite bei der vom Autor angegebenen Methode $^1/_3$. Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß sich bei der Wiedervereinigung der Sehnenstücke dieselben stufenförmig aneinander lagern und nicht nur die Quer-, sondern auch die Längsschnitte mit Nähten vereinigen lassen. Es ist daher die Sicherheit der Verheilung eine noch größere und wird selbst das Durchschneiden einer oder der anderen Naht nicht leicht ein Auseinanderweichen der Sehnenstücke herbeiführen. Wenn man statt der Querschnitte zu einander parallele Schrägschnitte anlegt, so kann man noch breitere Vereinigungsflächen und damit noch einen größeren Querschnitt an der neugebildeten Sehne erzielen. Nur ist damit die Berechnung der Länge der für die zu erzielende Verlängerung auszuführenden Schrägschnitte erschwert. Macht man Querschnitte, dann muß der Querschnitt in der Sehne dem dritten Teile der Sehnenbreite, der Längsschnitt dem Maße der beabsichtigten Verlängerung entsprechen. Die Stufen müssen gleiche Höhe erhalten. Verf. hat den dreistufigen Treppenschnitt zunächst an der Achillessehne bei einem paralytischen Pes equino-varus mit bestem Erfolge angewandt, ferner bei einer Verlängerung der Kniebeuger wegen Kniekontraktur. Er ließe sich ferner mit Vorteil anwenden am verkürzten Sternokleidomastoideus, beim Caput obstipum, am Semimembranosus und Semitendinosus, bei Kniekontrakturen, dann zur Muskeldurchtrennung bei blutiger Reposition von Luxationen oder Frakturen. Freilich ist seine Anwendbarkeit gegenüber dem BAYERschen Zickzackschnitt wegen der dazu nötigen größeren Länge und Breite der Sehne eine wesentlich beschränktere. GRÜNBAUM.

L. M. BOSSI (Genua): **Über meine Methode der schnellen, mechanisch-instrumentellen Erweiterung des Uterushalses in der Geburtshilfe.**

Als Hauptprinzip der Methode hat die unverzügliche, mechanisch-instrumentelle Erweiterung zu gelten, während die manuelle Dilatation sowie die anderen bisher gebräuchlichen Mittel das Leben der Mutter und des Kindes oder des einen von beiden infolge der Langsamkeit des Eingriffes und der Unsicherheit desselben gefährden. BOSSIs Methode läßt sich auch bei unerschlossenem und selbst unverkürztem Halse ausführen und mit ihr können nur tiefe Inzisionen oder der Kaiserschnitt konkurrieren. Die Vorteile des nun verbesserten Dilatators („Berliner Klinik", 1905, Heft 199) bestehen in der Herabsetzung des Gewichtes, in der Beckenkrümmung der Branchen in der vereinfachten Desinfektionsmöglichkeit und in der Möglichkeit, mit der die Griffe erfassenden Hand direkt die Erweiterung forcieren und den Widerstand des Uterushalses fühlen zu können. Bezüglich der Technik ist hervorzuheben, daß in jedem Falle eine oder mehrere Wehen zwischen der Erhöhung der Erweiterung abzuwarten sind und daß die Kurbel nur während der Wehenpause in Anwendung kommen darf. Soll die Entwicklung des Kindes sogleich angeschlossen werden, dann ist der Zange vor der Wendung der Vorzug zu geben, weil der Forzeps und seine Traktion die Schließung des Muttermundes verhindert. Soll aber der Geburtsakt nur eingeleitet oder beschleunigt werden, dann kann man, falls regelmäßige, energische Wehen sich einstellen, das ganze Instrument abnehmen und die spontane Geburt abwarten. FISCHER.

MERK (Berlin): **Über die multiple Neurofibromatose.**

Bei einem 34jährigen Patienten, der das Leiden in typischer Form zeigte, fand sich in der oberen Brustregion eine Anzahl nicht pigmentierter, landkartenähnlich begrenzter Flecken, die Pigmentmangel und Dehiszenz zeigten. MERK faßt diese Erscheinung, welche er Leukoderma atrophicum nennt, als seltenes Symptom der Krankheit auf („Archiv f. Dermat. u. Syph.", 1905, H. 1). In einem anderen Fall, der zur Autopsie kam, fand er eigentümliche Veränderungen einer Nebenniere, die sich makroskopisch in Vergrößerung des Organs und Fehlen der Grenze zwischen Rinde und Mark, mikroskopisch hauptsächlich durch abnorme Vergrößerung des Zellkernes und Vakuolisierung markierten. K. F.

VALLÉE (Alfort): **Sur l'accoutumance à la tuberculine.**

Verf. untersuchte experimentell die Frage, ob bei wiederholten Tuberkulininjektionen eine Angewöhnung auftritt, so daß nach einer zweiten Injektion keine Reaktion mehr zu beobachten ist. Indem er Temperaturmessungen von 2 zu 2 Stunden nach der Impfung vornahm, fand er („Annales de l'Institut Pasteur", Bd. 18, pag. 545), daß bei Kindern in der sehr großen Mehrzahl der Fälle keine Angewöhnung auftritt. Die Reaktion nach einer zweiten Impfung tritt aber sehr rasch auf und ist von sehr kurzer Dauer, so daß, wenn man die Temperaturmessungen im Sinne NOCARDS erst 10 bis 12 Stunden nach der Impfung vornimmt, häufig keine Reaktion mehr nachweisbar ist und man so zu der Annahme einer Angewöhnung gelangen könnte. Aus diesen Erfahrungen ergeben sich die Schlußfolgerungen für die Praxis von selbst: Impfung mit der doppelten Tuberkulinmenge wie gewöhnlich (bei der zweiten Injektion), Temperaturmessung alle 2 Stunden bis zur 14. oder 15. Stunde. Als positiv gilt eine Temperatursteigerung von 1·5°; eine solche von 0·8 bis 1·5° begründet den Verdacht. Außerdem soll man die Kinder in der Stunde, welche der jedesmaligen Temperaturmessung vorhergeht, nicht trinken lassen. Dr. S.



PÉTROFF (St. Petersburg): **Tuberculose osseuse et troubles circulatoires et trophiques.**

Die Arbeit des Verf. („Annales de l'institut Pasteur", Bd. 18, pag. 590) beschäftigt sich mit dem Einfluß von Kreislaufstörungen auf die Tuberkulose. Verf. stellte drei Versuchsreihen an, indem er bei Kaninchen eine Durchschneidung des Bauchsympathikus oder des Ischiadikus oder eine Ligatur der Kruralvene vornahm und der Operation ein Injektion von Tuberkelbazillen in die Ohrvene folgen ließ. Die Versuche ergaben insoferne ein negatives Ergebnis, als keine der erzeugten Störungen die Lokalisation der Tuberkulose begünstigt. Wohl ergab sich aber, daß Verletzungen, die mit Gefäßrupturen und Blutergüssen einhergehen, zur Lokalisation des im Blut zirkulierenden tuberkulösen Virus prädisponieren. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **Therapie verschluckter Fremdkörper** empfiehlt GLÜCKSMANN („Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.", 1905, H. 1) zunächst die Inspektion des Rachens in einer bestimmten Reihenfolge. Vor allem ist sorgfältigste Untersuchung der beiden Tonsillen, des Zungengrundes, der aryepiglottischen Falten, des Ligam. interarythenoideum und der hinteren Pharynxwand notwendig. Dabei ist nicht nur auf Fremdkörper zu achten, sondern ebenso auf Fissuren und Rhagaden als Folgeerscheinungen derselben, sowie auf die Zeichen der produktiven und atrophischen Katarrhe, auf Follikelbildung, Narben, Schleimhautatrophie mit oder ohne Gefäßentwicklung, die ein Fremdkörpergefühl auslösen können. Auf die Inspektion folgt die Digitalexploration des Konstriktorengebietes. Ferner würdigt GLÜCKSMANN das in Betracht kommende Instrumentarium bei tieferem Sitz eines Fremdkörpers, wie die TROUSSEAUsche Elfenbeinolive, das COLLINsche Instrument, den FERGUSSONschen Grätenfänger und das Ösophagoskop. Seit der Kontrolle durch das Röntgenverfahren können wir uns bei metallischen Fremdkörpern und auch bei Knochenstücken ruhig auf ein Abwarten der natürlichen Evakuation einlassen, wenn wir den Descensus corporis alieni radiographisch festzustellen in der Lage sind. Für die oft besondere Schwierigkeiten verursachende Extraktion großer Fremdkörper im Konstriktorengebiete empfiehlt GLÜCKSMANN ein Ösophagoskop mit aufblähbarem Wasserkissen.

— Die **Behandlung der chronischen Urethritis** erörtert TANSARD („Journ. d. pract.", 1905, Nr. 20). Verf. instilliert 2 cm^3 einer 4%igen Lösung von Collargol, deren Wirkung er in ganz veralteten Fällen mit tiefen Läsionen der Mukosa dadurch zu verstärken sucht, daß er nach vorausgegangener BÉNIQUÉ-Sondenmassage, Spülung und Instillation die Urethra hinter der Glans mittelst eines Fadens abschnürt, was eine unter Umständen stundenlange Einwirkung des Collargols ermöglicht. In allen alten Fällen verschwinden die Gonokokken nach weniger als 30 Instillationen. Im Anfang der Behandlung tritt manchmal eine nur kurz dauernde Steigerung des Ausflusses auf. Zystitis behandelte TANSARD mit einmal täglichen Instillationen von 3—4 cm^3 der 4%igen Lösung und heilte dadurch 5 von 6 Fällen in weniger als 8 Tagen. Neben seiner deutlichen Wirkung auf Gonokokken hat das Collargol dem Verf. Vorzüge gezeigt, die kein anderes Präparat aufzuweisen hat: 1. absolute Reizlosigkeit auf Urethra und Blase, 2. absolute Schmerzlosigkeit der Behandlung, 3. Unmöglichkeit, durch Anwendung zu starker Lösungen Ätzwirkungen zu erzeugen, da das Collargol absolut nicht ätzt.

— Die **Therapie bedrohlicher Blutungen nach Abtragung der Gaumenmandeln** bespricht HEUKING („Archiv f. Laryng. u. Rhin.", Bd. 17, H. 1). Zur Verhütung stärkerer Blutungen empfiehlt er neben mehrstündiger, zuverlässiger Beaufsichtigung der Operierten, ruhigem Verhalten, Enthaltung des Essens und Sprechens, Anwendung eines Gurgelwassers etc. noch als unerläßlich, daß Pat. nach der Operation mehrere Stunden in sitzender Stellung zubringe, des ferneren, daß er die im Munde sich ansammelnde Flüssigkeit, auch wenn sie nur aus Speichel bestehen sollte, nicht hinunterschlucke, sondern bei leicht vorgebeugtem Kopfe zum Munde herauslaufen lasse, um stets eine Kontrolle über die Natur der im Munde sich ansammelnden Flüssigkeit zu ermöglichen, eine Vorschrift, die besonders nach Kokainanwendung aus physiologischen Gründen nötig sei. Bezüglich der Behandlung der bereits eingetretenen Blutung rät Verf. von der Anwendung jeglichen Styptikums innerlich und lokal ab, ebenso von den verschiedenen, oft recht schwierig auszuführenden Manipulationen (Umstechung und Zuschnürung des blutenden Tonsillengrundes, Vernähung der Gaumenbögen, Torsion des blutenden Tonsillargewebes etc.) und empfiehlt warm die Digitalkompression der blutenden Stelle, die fast immer zum Ziele führe; in verzweifelten Fällen blieb als Ultimum refugium die Unterbindung der Karotis.

— Über **Bornyval** berichtet LUIGI MARAMALDI („Giorn. Intern. d. Scienz. Med.", 1905, Nr. 11). Das Mittel ist als das wirksame Prinzip der Baldrianwurzel zu betrachten. Es repräsentiert einen vorzüglichen Regulator des Nervensystems, ein Beruhigungsmittel für die Nerven, dessen Wirkung an diejenige der Valerianwurzel erinnert, jedoch weit energischer und vor allem anhaltender ist. Da das Bornyval schon in kleinen Dosen sehr wirksam ist, so war es möglich, ihm eine medikamentöse Form zu geben, in der es leicht und bequem verordnet werden kann. Die Bornyvalperlen, die von der chemischen Fabrik J. D. Riedel hergestellt werden, und von denen jede 0·25 Bornyval enthält, werden gern genommen und gut vertragen. Das Bornyval wird im allgemeinen in einer Dosis von 3 Perlen täglich verordnet, welche Dosis aber, falls der Aufregungszustand sehr intensiv ist, verdoppelt werden kann, ohne daß eine üble Nachwirkung hervorgerufen wird.

— Zur **Verhütung des Jodismus** empfiehlt LIEVEN („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 13) Jodkalium, stark verdünnt, in Verbindung mit etwas Eisen und Strychnin in nachfolgender Form verordnet:

Rp.	Kalii jodati	30·0
	Ferri citr. ammon.	4·0
	Strychnini nitrici	0·02
	Elaeosacch. Menth. pip.	5·0
	Aquae flor. Aurant.	ad 120·0

MDS. 1 Teelöffel in 1/2 *l* Wasser zu nehmen. (1 Teelöffel = 1·0 *g* Kalium jodatum.)

In dieser Form bleibt die Mixtur klar und hell und hält sich lange.

— Aristochin bei **Keuchhusten** hat KOEPPE vielfach gebraucht („Deutsche Ärzte-Ztg.", 1905, Nr. 5). Die Dosen, in denen das Mittel gegeben wurde, sind verhältnismäßig hohe gewesen. Es wurde stets mit hoher Einzeldosis begonnen, diese anfangs aber nur 1—2mal täglich gegeben, bald aber 3—4—5mal. Bei den Kindern unter einem Jahr und bei schwächlichen älteren Kindern gab KOEPPE 0·25 *g* bis viermal täglich, über ein Jahr alte bekamen 0·5 *g* ebenfalls bis viermal täglich. In allen Fällen wurde einige Zeit nach der Verabreichung des Aristochins Salzsäuremixtur nachgegeben. Das Mittel wurde durchweg sehr gut vertragen. Das Mittel wurde von den Patienten auch gern genommen, natürlich mußte es in mancherlei Form verabreicht werden, dem einen Kinde mit klarem Zucker verrührt, dem andern in Fruchtgelee, einem dritten in Milch, viele nahmen es ohne Zutaten. In allen Fällen nahm, nachdem die Höhe erreicht war, die Zahl der Hustenanfälle sowie auch deren Intensität sehr bald und nachhaltig ab.

— Die Indikationen und Kontraindikationen der Anwendung der **Eisenpräparate bei Magenkrankheiten** hat ELSNER geprüft („Ther. d. Gegenw.", 1905, Nr. 6). Er kam zu folgenden Ergebnissen: 1. Dyspeptische Erscheinungen sind an sich keine Kontraindikation gegen die Anwendung eines Eisenpräparates. 2. Bei Vorhandensein dyspeptischer Beschwerden hat der Anwendung eines Eisenpräparates in jedem Falle die funktionelle Untersuchung des Magens voranzugehen. 3. Kontraindiziert ist die Anwendung eines Eisenpräparates *a)* bei organischen Erkrankungen des Magens, *b)* bei Hyperazidität oder Hypersekretion, *c)* wenn vorhandene dyspeptische Beschwerden bei Eisengebrauch eine Steigerung erfahren. 4. Das Perdynamin wird bei funktionellen Magenerkrankungen in der großen Mehrzahl der Fälle gut vertragen, im besonderen erscheint es für Fälle von sekretorischer Insuffizienz geeignet, da es imstande ist, die Magensaftsekretion anzuregen.

— Das **Antithyreoidin-Moebius bei BASEDOWscher Krankheit mit Psychose** hat GEORG LOMER mit Erfolg angewandt („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 18). Dasselbe ist Blutserum von Hammeln, denen man etwa 6 Wochen vor dem ersten Aderlaß die Schilddrüse exstirpiert hat. Der Flüssigkeit sind zu

Konservierung 0·5% Karbolsäure zugesetzt, so daß sie bei entsprechender Aufbewahrung unbegrenzte Zeit haltbar ist. Dieses Serum wird nach den Angaben von MOEBIUS von E. Merck in Darmstadt hergestellt und hat, wie der erstere annimmt, die Fähigkeit, die bei der Basedowkrankheit von der Schilddrüse gebildeten Giftstoffe zu binden oder zu neutralisieren. Nachdem sich ihm die subkutane Anwendung als erfolglos erwiesen, ging MOEBIUS zur Darreichung des Mittels per os über und war bald in der Lage, von Heilerfolgen zu berichten. In ähnlicher Weise haben in der Folgezeit auch eine Reihe anderer Autoren positive Resultate veröffentlicht.

— Die **Behandlung der Pityriasis versicolor** mit Sauerstoffwasser empfiehlt P. GALLOIS, besonders für sehr ausgebreitete Fälle dieses Leidens („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 28). Das Sauerstoffwasser ist nicht nur ein sehr gutes Desinfiziens, sondern auch ein entfärbendes Mittel; GALLOIS riet seinen Patienten, einen Wattebausch mit demselben zu durchtränken und alle mit dem Hautleiden behafteten Teile damit zu betupfen. Nach 10—14 Tagen waren auch sehr ausgedehnte Fälle völlig geheilt und blieben es über 2 Jahre. In letzter Zeit setzt GALLOIS zu 200 *g* Sauerstoffwasser (zu 12 Vol.) 4 *g* Na borac. zu, wodurch noch eine raschere Heilung erzielt wird. Gegenüber der üblichen Jodtinktur, welche bei Anwendung auf große Flächen die bekannten unangenehmen Nebenwirkungen haben kann, ist jedenfalls die Unschädlichkeit dieser Methode hervorzuheben.

— Aus experimentellen und klinischen Studien von MATZNER über **Triferrin** geht folgendes hervor („Heilkunde", 1905, Nr. 4): Triferrin ist ein organisch an die Paranukleinsäure gebundenes Eisen. Es ist im hohen Grade resorptionsfähig. Die Resorptionsfähigkeit desselben wird bewiesen: Durch mikrochemischen Eisennachweis in den zur Resorption bestimmten Organen, durch die Aufspeicherung von Eisen in Leber und Milz, durch Vermehrung organisch gebundenen Fe in Form von Harneisen, durch Aufspeicherung überschüssigen Eisens im Eidotter. Triferrin wirkt anregend auf die zur Blutregeneration dienenden Organe. Beweis: *a)* Vermehrung der Normoblasten in der Milz; *b)* Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute. Triferrin wirkt infolge seines Fe-Gehaltes heilend auf Chlorosen und Anämien (Zunahme des Hämoglobins und der Erythrozyten). Triferrin ist imstande, infolge seines Fe- und P-Gehaltes günstig auf neurasthenische Zustände einzuwirken (Herabsetzung des vorher pathologisch erhöhten Blutdrucks).

— Die **Therapie der Hyperazidität** gestaltet sich nach BOAS in folgender Weise („Zentralbl. f. d. ges. Therap.", 1905, Nr. 5): Geboten ist Einschränkung der Fleischspeisen (am wenigsten bringt fettes Fleisch Schaden), möglichst viel Kohlehydrate in leicht assimilierbarer Form und bei guter Widerstandskraft des Patienten reichlicher Fettgenuß — auch in Emulsionen. Milch ist der wichtigste und bisweilen sogar unerläßliche Speisefaktor, besonders bei starker Hyperazidität und bei ulzerösen Affektionen. Auch muß der Bereitung der Speisen und den Gewürzen gebührende Aufmerksamkeit geschenkt werden. Da starke Gewürze die Hyperazidität steigern, ist deren Gebrauch streng zu verbieten. Dies gilt besonders für starke Säuren, den Essig, saure Gemüse und Weinsorten. Salate sind unschädlich und können, mit Provenceröl und etwas Zitronensaft bereitet, genossen werden. Milch und Sahne in saurem Zustande werden gut vertragen. Von den Getränken werden außer den weißen Weinen (besonders Moselwein) noch die schäumenden schlecht vertragen, gute Rheinweine, Bordeaux werden vertragen, desgleichen die unverfälschten weißen Bordeaux- und Burgunderweine. Kaffee und Nikotingenuß sind zu verbieten; als Ersatz für den gewöhnlichen Kaffee kann man Malz- oder Haferkaffee gestatten. Tee und bisweilen Kakao werden gewöhnlich gut vertragen. Rauchen steigert die Beschwerden, jedoch sind die Individuen in bezug darauf verschieden empfindlich. Mineralwässer, besonders die alkalischen (von Fachingen, Bilin, Gießhübl, Vichy, Vals, Salvator etc.) sind für die Behandlung geradezu notwendig. BOAS gibt morgens nüchtern und jedesmal nach dem Essen 200—300 *g* auf einmal. In entsprechender Dosierung und Form erleichtern Alkalien die Schmerzen bei der Hyperazidität. Das billige doppeltkohlensaure Natron ruft eine reichliche Kohlensäureentwicklung hervor, wodurch der Magen dilatiert wird; außerdem eizt die Kohlensäure die Magenschleimhaut. BOAS gebraucht das zitronensaure Natron, das weniger energisch wirkt und auch nicht reizt. Gegen bestehende Obstipationen ist Magnesia usta zu empfehlen. Ein gutes Präparat ist Magnesia ammon. phosphoric., welches neben seiner leicht abführenden auch säuretilgende Eigenschaften besitzt. Auch die zitronensaure Magnesia wirkt leicht abführend. Bei Neigung zu Durchfällen ist kohlensaures oder phosphorsaures Kalzium, kombiniert, falls notwendig, mit Wismut, zu geben.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der praktischen Medizin. Von **Prof. Dr. W. Ebstein** und **Prof. Dr. J. Schwalbe.** Zweite, vollständig umgearbeitete Auflage. I. Band, Stuttgart 1905, Ferdinand Enke.

Der vorliegende erste Band des weitbekannten Werkes, das vor sieben Jahren in erster Auflage erschienen ist, enthält „Die Krankheiten der Nase und des Kehlkopfes" von P. STRÜBING, „Die Krankheiten der Luftröhre, der Bronchien und der Lungen" von H. LENHARTZ, „Die Krankheiten des Brustfells und des Mittelfells" von H. UNVERRICHT, „Die Krankheiten der Kreislaufsorgane" von E. ROMBERG, „Die Krankheiten des Blutes" von S. LAACHE, „Die Krankheiten der sogenannten Blutdrüsen" von E. GRAWITZ. — Gleichmäßige und übersichtliche Erschöpfung des Krankheitsbildes, der Symptomatologie und Diagnostik, der für den Praktiker so wichtigen Prognose und nicht zuletzt aller Zweige der Therapie kennzeichnen die Darstellungsweise der Mitarbeiter an diesem Werke, das in seiner zweiten Auflage den Fortschritten auf jedem Einzelgebiete sorgfältig Rechnung trägt und in bezug auf Einheitlichkeit sowie Stoffgruppierung in der Literatur seinesgleichen sucht. BR.

Über den moralischen Schwachsinn des Weibes. Von **Katinka von Rosen.** 2. Auflage. Halle a. S. 1904, Marhold.

Die 2. Auflage der ROSENschen Schrift leitet ein Vorwort von MÖBIUS, dem Anreger der Arbeit, ein, welches zunächst den Titel richtigzustellen sucht, da man ja das „Moralische" von den anderen Geistestätigkeiten guterdings nicht abtrennen könne. Es müßte demnach richtig heißen: Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes in moralischer Hinsicht. Über den Inhalt der Broschüre läßt sich nichts Neues sagen; sie übertreibt, wie die ursprüngliche Schrift von MÖBIUS, und wie alle dieses Thema behandelnden Schriften pro und contra MÖBIUS, sie verallgemeinert ganz unerlaubtermaßen und sie übergeht vor allem die durch unsere kulturelle und soziale Entwicklung erklärbare Entstehung vieler sogenannter „Untugenden" des Weibes. FISCHER.

Die Gesundheitspflege der Mädchen während und nach der Schulzeit. Von **San.-Rat Dr. L. Fürst.** Hamburg und Leipzig 1904, Leop. Voss.

In der kleinen Broschüre wird alles Wissenswerte über die körperliche und geistige Mädchenerziehung für ratsbedürftige Mütter in ansprechender, fließender Form besprochen. Autor begründet seine Ratschläge mit physiologischen und hygienischen Ausführungen und vermeidet dogmatische Thesen, die ebenso rasch gelesen wie vergessen werden. Die lückenlose Berücksichtigung alles Belangreichen und der angenehme flüssige Stil werden dem Buche gewiß viele Freundinnen werben. NEURATH.

Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Von **Dr. jur. D. P. Schreber.** Leipzig 1903, O. Mutze.

Der Autor ist zweifellos geisteskrank; die Gutachten bezeichnen ihn als paranoisch; er zählt sich selbst zu den harmlosen Geisteskranken. Dabei ist er sehr intelligent, nach Möglichkeit gewissenhaft und eine anscheinend liebenswürdige Persönlichkeit. Von vielen Produkten ähnlicher Provenienz unterscheidet sich die vorliegende Schrift durch den Mangel des polemischen und querulierenden Elementes und durch das Bestreben, den Ärzten gerecht zu werden. INFELD.

Die Anfänge der Anatomie bei den alten Kulturvölkern. (Abhandlung zur Geschichte der Medizin, herausgegeben von MAGNUS, NEUBURGER, SUDHOFF, Heft 9.) Von **Dr. Ludwig Hopf.** 126 S. Breslau 1904, Kern.

Die „Anfänge einer wissenschaftlichen Anatomie" schließt der Verfasser mit VESALIUS ab. Dieser hat das Verdienst, die Irrtümer der vorausgegangenen Autoritäts-Anatomie, d. i. im wesentlichen die auf die Sektion von Hunden und Affen gegründete Anatomie GALENs, durch eigene sorgfältige Menschenzergliederungen nachgewiesen zu haben. Der Darstellung der Anfänge einer wissenschaftlichen Anatomie ist die zweite Hälfte des Buches eingeräumt. Die erste „Primitive Laien-Anatomie" sei durch die Titel der Abschnitte gekennzeichnet; Ältere Benennungen der Körperteile; Küchen- und Opfer-Anatomie: Opferschau-Anatomie; Primitive anatomische Bildnisse. Man sieht, das Buch bietet mehr Interesse als „ein Beitrag zur Geschichte der Anatomie", wofür es sich gibt. Es bedarf keines Hinweises, wie viel Bildung und Mühe zu einer solchen Darstellung erforderlich ist. Daß der Verfasser ein Schüler HYRTLs ist, stimmt gut zu der Erinnerung an HYRTLs Lehrbücher. J.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

34. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 26.—29. April 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XI.

THÖLL (Danzig): **Die Operation von Lebergeschwülsten.**

Vortr. gibt zunächst eine Statistik über die Mortalitätsverhältnisse nach exspektativ und operativ behandelten Verletzungen der Leber, die durchaus zugunsten der Operation spricht, und geht dann auf die Geschwülste ein, ihre Prognose, Technik ihrer Entfernung, Naht, Tamponade und Ligaturen. Massenligaturen sollen rücksichtslos aber ganz langsam das ganze Lebergewebe bis auf die Gefäße durchquetschen. Natürlich soll man solche Ligaturen nicht bei Tumoren anwenden, die man aus der Dicke der Lebersubstanz entfernen will, sondern soll hier mit Kompression der Aorta oder des Stammes der Lebergefäße vorgehen. Diese Kompression wird nach seinen Erfahrungen eine Stunde lang gut vertragen. Über die Indikation zur Leberresektion entscheidet die Art und Ausdehnung des Tumors. Nur primäre und solitäre Tumoren sollen reseziert werden; bei Vorhandensein einer auch nur kleinen Metastase, die auch nur 1 *cm* weit entfernt ist, hat die Operation nach seinen Erfahrungen keinen Wert mehr. Entscheidend über die Operabilität ist natürlich nur der Bauchschnitt. THÖLL demonstriert dann noch sein Instrumentarium zur Kompression.

PAYR (Graz): **Experimentelle und klinische Beiträge zur Lebernaht und Leberresektion.**

PAYR empfiehlt für Blutstillung und Naht bei der Resektion das Nahtverfahren mit kleinen resorbierbaren Magnesiummetallplatten, die mit Catgutfäden an die Leber gedrückt werden, und demonstriert das Verfahren an Zeichnungen. Von den Platten sieht man oft nach 48 Stunden schon nichts mehr, an ihrer Stelle haben sich weißliche, narbenähnliche Fibrinauflagerungen auf der Resektionsfläche gebildet.

A. NEUMANN (Berlin): **Retroperitoneales Lipom der Nierenfettkapsel im Kindesalter.**

$3^3/_4$jähriges Kind zeigte im 13. Lebensmonat eine im linken Hypochondrium beginnende, dann sich über das ganze Abdomen erstreckende, gleichmäßige Auftreibung des Leibes. Der Leibesumfang betrug schließlich 63 *cm* in der Nabelhorizontalen. Das Leiden war zuerst als tuberkulöse Peritonitis aufgefaßt worden. Wegen der ungewöhnlichen Dämpfungsverhältnisse — die linke Bauchseite war vollkommen gedämpft, die Regio epigastrica dextra und die Regio lumbalio dextra ergaben hellen tympanitischen Schall —, ferner wegen der fehlenden Verschieblichkeit der Dämpfungsgrenze bei Lageveränderung und weil eine Probepunktion keinen flüssigen Inhalt ergeben hatte, schließlich wegen des Beginnes in der Regio hypochondrica sin. war die linke Niere als Ausgangspunkt angenommen worden. Probelaparotomie in der Linea alba. Kein freier Erguß in der Bauchhöhle, enormer Tumor, welcher die ganze Bauchhöhle ausfüllte, retroperitoneal hinter dem Magen, Colon transversum und Colon descendens gelegen. Colon descendens medianwärts verlagert. Naht der Laparotomiewunde. Darauf linker, lumbaler Querschnitt. Extraperitoneale Entwicklung eines doppeltmannskopfgroßen Lipoms. Nur zuletzt Bauchhöhle in Handtellergröße eröffnet. Niere von Fettkapsel entblößt, sonst intakt, ebenso der Ureter an der hinteren Wand der Wundhöhle. Colon descendens in der vorderen Wand der Wundhöhle vollkommen der ernährenden Gefäße beraubt, wird 18 *cm* weit, d. h. in toto reseziert. Vereinigung des Lumens des Colon transversum mit dem des S romanum durch zweireihige Naht. Vollkommene Vernähung der Bauchhöhle nach Extraperitoneallagerung der die Naht begrenzenden Dickdarmschlinge und Entlastung der Nahtlinie von dem Zuge des nach unten strebenden S romanum durch zweckentsprechende plastische Verlagerung der Ränder der Peritonealwunde und zugleich Annäherung der Fußpunkte der extraperitoneal gelagerten Dickdarmschlinge. Exstirpierter Tumor fast 7 Pfund schwer, reines Lipom. Heilung.

Der beschriebenen Sicherung der Bauchhöhle und der Darmnaht sowie der Vermeidung des Choks durch die extraperitoneale Entfernung des Tumors wird der günstige Ausgang zugeschrieben.

NEUMANN hebt die relative klinische Bösartigkeit der retroperitonealen Lipome, Fibrome, Myxome und die Seltenheit dieser Tumoren im allgemeinen, speziell die Seltenheit dieser Tumoren im Kindesalter, hervor.

ZONDEK (Berlin): **Zur Lehre von der Wanderniere.**

Der Begriff Wanderniere ist bisher nicht einheitlich festgestellt. Man dürfte dem näher kommen, wenn man nach der „absoluten" Palpabilität der Niere forscht. Auf Grund anatomischer und klinischer Untersuchungen legt ZONDEK dar, daß der palpatorische Nachweis eines noch so großen Teils der Niere, ja der ganzen Niere und ihrer starken Beweglichkeit keine Krankheit beweist. Der Vortragende widerlegt die etwaigen Einwände gegen seine Ausführungen und weist auf eine exakte Indikationsstellung der Nephropexie hin.

ALBRECHT (Wien): **Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie der Hypernephrome.**

ALBRECHT hat 27 Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Das erste und einzige Symptom in allen Fällen ist eine Knochenmetastase. Die beste mikroskopische Untersuchung des Urins hat keine Anhaltspunkte ergeben. Auch die Palpation hat niemals, wenn nicht wenige Monate vor dem Exitus zu einem Ergebnis geführt. Man ist daher bei Verdacht auf Hypernephrom immer noch auf den Vorschlag v. ANGERERS und KÜTTNERS angewiesen, beide Nieren probatorisch freizulegen. Man soll bei Knochentumoren in den mittleren Jahren immer Verdacht auf Hypernephrom haben. An der Hand einiger Krankengeschichten macht Redner auf die auffälligen Spätmetastasen aufmerksam, die die Prognose sehr trüben.

BIER (Bonn): **Über den jetzigen Stand der Rückenmarksanästhesie, ihre Berechtigung, ihre Vorteile und Nachteile gegenüber anderen Anästhesierungsmethoden.**

In den längeren Ausführungen des Vortragenden sind folgendes die wesentlichen Punkte: Die üblen Wirkungen der Rückenmarksanästhesie, die zurzeit nur dem Kokain zur Last gelegt werden mußten, sind jetzt durch die Einführung des Stovains aufgehoben. Mit dem Stovain hat Verf. in 103 Fällen nur 8mal kleine Neben-, 10mal Nacherscheinungen gehabt. Kollapse lassen sich auch vermeiden, wenn dem Kokain Nebennierenpräparate zugesetzt werden — er bevorzugt in dieser Hinsicht das Paranephrin von RITSERT —, und so hat er 305mal Kokain und Paranephrin ohne besondere Zufälle angewendet, aber in $70^0/_0$ geringe Neben- und Nacherscheinungen gehabt. Augenblicklich hält er Stovain mit Adrenalin für das beste Mittel zur Anästhesie. Die Vorteile der Rückenmarksanästhesie treten besonders bei alten Leuten, denen die Allgemeinnarkose gefährlich sein würde, zutage, die Tierversuche macht sie humaner. Und wenn vor einigen Jahren noch $10^0/_0$, jetzt nur noch $4^0/_0$ Mißerfolge zu verzeichnen sind, so wird die verbesserte Technik sie bald auf $2—2^1/_2{}^0/_0$ herabsetzen. Ein absolut ungefährliches Verfahren wird sie nie werden, sie ist und bleibt eine schwere Vergiftung wie die Allgemeinnarkose. Natürlich soll man Kinder diesem Verfahren nicht unterziehen. Auch der lokalen Anästhesie kann sie nicht Konkurrenz machen.

DÖNITZ (Bonn): **Über Technik, Wirkung und spezielle Indikation der Rückenmarksanästhesie.**

Auch DÖNITZ hält das Stovain für ungiftiger, aber seine anästhetische Wirkung ist auch kürzer und kann nur durch Zusatz von Nebennierenpräparaten verlängert werden. Die Mißerfolge sind zum Teil auf mangelhafte Technik der Einspritzung zurückzuführen. So hat er bei 8 halbseitigen Anästhesien, die natürlich die gesunde, nicht zu operierende Seite betrafen, beobachtet, daß der Einstich seitlich gemacht

worden war, während beim Einstich in der Mittellinie ein solches Vorkommnis nicht beobachtet wurde. Früher hat man den Einstich zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel gemacht, jetzt versucht er es besser, zwischen 1. und 2. Lendenwirbel einzustechen. Für eine gute Hilfe zur Anästhesie hält er die Beckenhochlagerung. Die Nacherscheinungen schwinden schneller nach Rizinusölgaben.

Czerny (Heidelberg) hat mit 10%iger Stovainlösung im allgemeinen gute Resultate erzielt. Er hat beobachtet, daß der Sakralplexus stets sehr gut anästhesiert war, während die Anästhesie des Lumbalplexus schon zu wünschen übrig ließ.

Hermes (Berlin) erörtert die Erfahrungen, die im Krankenhaus Moabit gemacht wurden. Von 90 Fällen waren 4mal (3mal an der unteren Extremität, 1mal bei einem Mastdarmkarzinom) Mißerfolge zu verzeichnen. Nebenerscheinungen wurden gerade bei Bauchoperationen, aber vorübergehend beobachtet. Als Nachwirkung trat vielfach 2—3tägiger Kopfschmerz, einmal 8 Wochen lang nach einer Bruchoperation auf. Er kommt zu dem Schluß, daß die Rückenmarksanästhesie in einer großen Reihe von Fällen mit der allgemeinen Narkose in erfolgreiche Konkurrenz treten kann.

Silbermark (Wien) kennt nach den Erfahrungen an zirka 300 Fällen nur eine Kontraindikation gegen die Spinalanästhesie, das ist jugendliches Alter. Er hat im ganzen 2 schwere und 3 leichte Kollapse gehabt. Durch größeres Ablassen von Liquor cerebrospinalis ruft er Unterdruck im Spinalkanal hervor, weil er glaubt, daß durch die Strömung das Anästhetikum rascher an die Medulla oblongata gelangt.

Neugebauer (Mähr.-Ostrau) hat bei 480 Fällen keinmal gefährliche Erscheinungen erlebt. Die beste Anästhesie schien ihm Tropakokain in Gelatine nach Klapps Idee gegeben zu haben. Er glaubt, daß man gut tun wird, die Anästhesie nicht über die Inguinalgegend hinaus anzuwenden, da sonst die Vergiftungserscheinungen zu schwer auftreten können.

Preindlsberger (Serajewo) schließt sich dieser Ansicht an. Er hat Fieber bis 40° beobachtet.

Göbel (Breslau) hat mit der Anästhesie bei den Fellachen in Alexandrien wenig günstige Erfahrungen gemacht.

In seinem Schlußwort will **Bier** noch einmal die Aufmerksamkeit auf die kleinen technischen Fehler lenken, die die Mißerfolge verschulden. Er sticht jetzt auch in der Mitte ein und spritzt erst dann ein, wenn der Liquor cerebrospinalis nicht mehr schnell tropft. Laparotomien mit der Anästhesie machen zu wollen, kann natürlich die Methode nur diskreditieren. Er empfiehlt noch einmal dringend, Paranephrin zuzusetzen und die Methode auf alte und elende Leute im allgemeinen zu beschränken.

Aus französischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Société médicale des hôpitaux.

Mosny und Beaufume: Über einen Fall von puerperaler Polyarthritis gonorrhoischen Ursprunges.

Die Patientin war mit Ausnahme eines Fluor albus bisher stets gesund gewesen. Im Anschluß an eine normale Geburt wurde sie von einer Polyarthritis befallen, deren gonorrhoische Natur durch die bakteriologische Untersuchung festgestellt wurde. Die Erkrankung der Gelenke trat sowie das durch Streptokokken bedingte Puerperalfieber 4 Tage nach der Entbindung auf. Die anfängliche Temperatur betrug 40°. Es bestand kein nachweisbarer gonorrhoischer Genitalprozeß. Es handelt sich wohl um eine latente Infektion, die durch die Entbindung aufgefrischt worden war.

Antony hat ebenfalls im Anschluß an eine Entbindung eine gonorrhoische Infektion unter dem Bilde einer Polyarthritis beobachtet; der Ehemann dieser Kranken litt gleichfalls an einer Polyarthritis gonorrhoica.

R. Voisin: Üble Zufälle bei der kochsalzarmen Diät Epileptiker.

Voisin hat im Verein mit Krantz und L. Voisin Untersuchungen über den Effekt kochsalzarmer Diät bei der Behandlung von Epileptikern angestellt. Er kommt zu dem Schluß, daß die Verabreichung von Brom während dieser diabetischen Behandlung stets fortgesetzt werden muß, daß aber die Entziehung von Kochsalz sofort eingestellt werden muß, wenn geistige Störungen, die sich durch Nahrungsverweigerung, melancholische Depression und Halluzinationen charakterisieren, beobachtet werden. Diese Erscheinungen verschwinden sofort, wenn die gewöhnliche, kochsalzhaltige Kost gegeben wird.

Clement: Über die Einwirkung der Ameisensäure auf das Muskelsystem.

Nach den Erfahrungen Clements kann die Ameisensäure die Muskelkraft bedeutend erhöhen und vor Ermüdung bewahren. In einem Falle konnte er die Arbeitsleistung von 21 *kg* auf das Fünffache durch dreitägige Verabreichung von Ameisensäure steigern. Verabreicht werden zweimal täglich 20 Tropfen zusammen mit Natr. bicarb. in einem Glas Wasser. Clement empfiehlt deshalb die Ameisensäure, insbesondere für militärische Zwecke, so bei forcierten Märschen etc.

Claisse: Blennorrhagische Spondylitis.

Claisse stellt einen Fall vor, der lebhaft an die von P. Marie Spondylose rhizomélique genannte Affektion erinnert. Die Wirbelsäule des 38jährigen Patienten ist nach vorwärts gebogen und durch feste Verwachsungen ganz steif. Bewegungen des Kopfes rufen überall lebhafte Schmerzen fast der ganzen Wirbelsäule hervor. Außerdem Manifestationen von seiten der Finger- und Zehengelenke. Alle diese Gelenkaffektionen bringt Claisse ätiologisch mit einer schweren, seit 7 Jahren bestehenden Gonorrhöe in Zusammenhang.

Academie des sciences.

Moutier: Die Behandlung der arteriellen Drucksteigerung durch Arsonvalisation.

Vortr. hat dieses therapeutische Verfahren bei 10 alten Fällen von Arteriosklerose, bei denen alle diätetischen und medikamentösen Behandlungsversuche keine Druckabnahme hervorzubringen vermochten, erfolgreich angewendet. Bei 7 Kranken genügten wenige Sitzungen (4—7), um die Spannung auf das Normale herabzudrücken. Bei den drei anderen Fällen führte erst eine längere Behandlung (11, 12 und 15 Sitzungen) zum Ziele. Dieses Verfahren scheint also mit Recht eine große Rolle in der Prophylaxe von Gehirnhämorrhagien bei Arteriosklerose zu spielen.

Jammes und Mandoul: Über die bakterizide Eigenschaft des Helminthensaftes.

Jammes und Mandoul weisen darauf hin, daß mehrere Autoren behaupten, daß Tuberkulose von der Anwesenheit einer Tänie in ihrem Darm wesentliche Vorteile ziehen. Die Askariden haben keinen wie immer gearteten Einfluß auf die Entwicklung von Mikroorganismen. Wenn man hingegen einem Kaninchen, dem etwa 5—8 cm^3 Tänien-saftes im Peritoneum einverleibt worden sind, 1 m^3 Täniensaft, der als Vehikel für Kochsche Bazillen dient, subkutan injiziert, so sind die tuberkulösen Eruptionen viel geringfügiger und treten viel langsamer auf als beim Kontrolltier. Jammes und Mandoul wiederholten den Versuch bei 5 Kaninchen und kamen zur Überzeugung, daß in dem aus Tänien gewonnenen Saft eine lösliche Substanz enthalten ist, die eine gewisse bakterizide Wirkung besitzt.

Javal: Der Effekt der Diurese bei Albuminurie.

Bei Nierenkranken, bei welchen die Entwässerung der Gewebe selbst keiner Änderung unterworfen ist, kann eine im Überschuß eingeführte Flüssigkeitsmenge den Eiweißgehalt nur verdünnen, in der Art, daß der Liter ausgeschiedener Flüssigkeit weniger Albumen enthält, während der Gesamteiweißverlust pro die auf der gleichen Höhe bleibt. Wenn aber die Polyurie auf eine Entwässerung der Gewebe zurückzuführen ist, dann ist der Effekt ein ganz anderer als bei bloßer Zufuhr von Flüssigkeit im Überschuß. Um also die Veränderungen der Albuminurie im Laufe des Morbus Brightii gut zu studieren und das Verhältnis zwischen der dem Organismus einverleibten Flüssigkeit und der ausgeschiedenen Urinmenge genau festzustellen, muß unbedingt die während 24 Stunden ausgeschiedene Eiweißquantität stets festgestellt werden, die zur Beurteilung des Krankheitsverlaufes ungleich wichtiger ist als die pro Liter Urin nachweisbare.

Notizen.

Wien, 19. August 1905.

Die Wiener Schularztfrage.

Das Wiener Stadtphysikat hat in seinem eben erschienenen Berichte über die Gesundheitsverhältnisse der Stadt Wien auch der Frage der Bestellung von Schulärzten eine eingehende Besprechung gewidmet und vertritt hierbei den Standpunkt, es sei nicht notwendig, in Wien eine solche Institution einzuführen, wohl aber könne die schulärztliche Tätigkeit der städtischen Bezirksärzte erweitert und so das angestrebte Ziel, die Hygiene der Schulkinder, erreicht werden.

Zur Begründung dieses Standpunktes führt das Stadtphysikat an, daß sich viele Aufgaben der Schulhygiene, bzw. des schulärztlichen Dienstes nicht vom öffentlichen Sanitätsdienste trennen lassen und daher ohnehin von den Bezirksärzten ausgeführt werden. Es sind u. a. die Begutachtung des Planes für Schulbauten und des dies-



bezüglichen Bauplatzes, sowie aller in Schulgebäuden projektierten baulichen Veränderungen; die Begutachtung des fertigen Schulgebäudes anläßlich der Erteilung des Benützungskonsenses; die Überprüfung und Überwachung aller hygienischen Verhältnisse des Schulgebäudes und jährliche Berichterstattung über die Wahrnehmungen und über die Behebung sanitärer Übelstände; die Revision einzelner Schulklassen anläßlich der Feststellung des Fassungsraumes derselben; die Untersuchung der neu eintretenden Schüler hinsichtlich des Impfmomentes, Impfung und Revakzination von Schulkindern; Untersuchung von Schulkindern anläßlich des Ansuchens um Befreiung von einzelnen Unterrichtsgegenständen oder um Dispensierung; die Untersuchung von Schulkindern bezüglich des gehäuften Auftretens an Krankheitserscheinungen nervöser oder anderer Natur, sowie die Untersuchung der Schulkinder nach manchen Infektionskrankheiten vor ihrer Wiederzulassung zum Schulbesuche; die Erhebung und Berichterstattung auf Verlangen der Schulleiter über solche Schulkinder, welche aus der Schule ausgeblieben sind und angeblich infektiös erkrankt sein sollen; die Anzeigeerstattung an die Schulleiter über infektiös erkrankte Schulkinder und wegen Ausschließung solcher, in deren Wohnungen eine Infektionskrankheit vorkam, sowie die Bestätigung der Wiederzulassung solcher Kinder zum Schulbesuche nach durchgeführter Desinfektion; die Veranlassung der Schließung einzelner Schulklassen und eventuell ganzer Schulen wegen Infektionskrankheiten unter den Schulkindern und die Ausführung der Desinfektion aller hierbei in Betracht kommenden Lokalitäten; die Untersuchung von Lehrpersonen hinsichtlich ihrer physischen Eignung vor der Anstellung derselben, ferner wegen Beurlaubungen und Pensionierungen, wegen Erleichterungen im Berufe, wie: Befreiung von der Unterrichtserteilung in einzelnen Gegenständen, Übersiedlungen etc. Die Begutachtung von neuen Einrichtungen in Schulen, wie: Ausspeisung von Schulkindern, Errichtung von Schulbädern, Garderoben, Bereithaltung von Rettungsmitteln für die erste Hilfeleistung etc. Überlassung einzelner Lokalitäten an schulfremde Personen oder Vereine; Verbesserung der Beleuchtung, der Schulbänke, der Heiz- und Ventilationsanlagen. — Die Ausführung aller dieser Agenden könne im allgemeinen nur solchen Ärzten überlassen werden, welche für den öffentlichen Sanitätsdienst qualifiziert sind, und lasse sich aus dem Wirkungskreise des Stadtphysikates und der diesem unterstehenden Amtsärzte nicht ausscheiden. Andrerseits — meint das Stadtphysikat — würde die Zahl der für eigens anzustellende Schulärzte übrig bleibenden Agenden nicht im Verhältnisse stehen zu den mit einer solchen Einrichtung in Wien verbundenen erheblichen Kosten.

Als Agenden, die von den städtischen Bezirksärzten neu zu übernehmen sein würden, erübrigen die periodischen Revisionen von Schulklassen und die Untersuchung der neu eintretenden Schulkinder. Nun haben die städtischen Bezirksärzte bereits jetzt die Verpflichtung, mindestens zweimal jährlich Nachschau zu halten und hierbei auf alle vom hygienischen Standpunkte aus zu bemängelnden Zustände und zu beantragenden Verbesserungen Rücksicht zu nehmen und diesbezügliche Berichte zu erstatten. Es werde sich hierbei in Zukunft also nur um einen intensiveren Verkehr zwischen dem Amtsarzte und dem Lehrkörper einerseits sowie den Schulkindern andrerseits handeln, um über alle in sanitärer Hinsicht irgendwie auffälligeren Vorkommnisse Kenntnis zu erlangen und dabei auch noch auf die stetige Aufklärung der Lehrer über hygienische Fragen Einfluß zu nehmen. Eine besondere Tätigkeit falle dem Schularzte beim Eintritte der Schulkinder in die Schule zu; diese sollen auf ihren Gesundheitszustand, auf etwaige Krankheiten und Gebrechen untersucht werden, um einerseits bei fortgesetzter Kontrolle des Gesundheitszustandes den etwaigen nachteiligen Einfluß des Schulbesuches feststellen zu können, andrerseits in pädagogischer Beziehung auf alle Gebrechen und Krankheiten der Schuljugend Rücksicht nehmen und deren Fortschreiten hintanhalten zu können. Hierbei erscheine es am Platze, den Bezirksärzten für diesen Zweck im Bedarfsfalle eine Unterstützung durch die städtischen Ärzte angedeihen zu lassen. Auf jeden Bezirksarzt würden zirka 1000 neu eingetretene Schulkinder entfallen. (!)

Indem das Stadtphysikat diese Anträge vorlegt, betont es, daß die Gemeinde Wien hierdurch relativ am einfachsten und billigsten den unausbleiblichen und nicht zu umgehenden Forderungen nach Organisation von Schulärzten bzw. des schulärztlichen Dienstes entsprechen würde, und daß die Kosten im Verhältnis zu dem voraussichtlichen Nutzen in der physischen und damit auch psychischen Erziehung der Schuljugend kaum ins Gewicht fallen können. — Wir behalten uns vor, auf diese Anträge des Stadtphysikats seinerzeit eingehend zurückzukommen.

(Universitätsnachricht.) Sanitätsrat Dr. SUDHOFF-HOCHDAHL ist zum Professor der Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig ernannt worden. — Der hiermit begründete ist der erste ausschließlich der Geschichte der Medizin gewidmete Lehrstuhl in Deutschland — und aus den Mitteln der Stiftung errichtet worden, die der verstorbene Medikohistoriker Wiens, PUSCHMANN, der Leipziger Universität hinterlassen hat.

(Habilitationen.) Regimentsarzt Dr. FRIEDRICH REUTER hat sich als Privatdozent für gerichtliche Medizin an der medizinischen Fakultät in Wien, Dr. WENZEL MATYS für Augenheilkunde an der böhmischen Universität in Prag und Dr. BÉLA FENYVESSY für experimentelle Pharmakologie in Budapest habilitiert.

(Auszeichnungen.) Hofrat Prof. Dr. KARL TOLDT ist in das Herrenhaus berufen worden. — Der Gerichts- und Gefangenhausarzt in Teschen Dr. ALOIS KOHN hat den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten.

(Ernennungen.) Der Direktor-Stellvertreter im Allgemeinen Krankenhause in Wien, Dr. EUGEN HOFMOKL, ist zum Direktor im Status der Wiener Krankenanstalten, Geheimer Rat Prof. SALKOWSKI in Berlin zum Ehrenmitgliede der R. Accademia Medica in Rom und Exzellenz v. BERGMANN zum Ehrenmitgliede des Royal College of Edinburgh ernannt worden.

(Dritter österreichischer Krankenkassentag.) Vom 14. bis 16. d. M. hat in Wien der dritte österreichische Krankenkassentag stattgefunden. Bei demselben waren 400 Kassen mit $1^1/_4$ Million Mitgliedern durch 600 Delegierte vertreten. — Aus dem umfangreichen Programme seien die Anträge ELDERSCHs über die Invaliditäts- und Altersversicherung hervorgehoben, welche eine weitgehende Ausdehnung der Versicherungspflicht, sowie die baldigste Perfektionierung der Invaliditäts- und Altersversicherung, ferner der Witwen- und Waisenversicherung fordern. — Des weiteren ist der Antrag auf Errichtung eines Reichsversicherungsamtes, in dem neben richterlichen Beamten Vertreter der Unternehmer und Arbeiter Sitz und Stimme haben sollen, bemerkenswert. — Bezüglich der Reform der Krankenversicherung erklärte sich der Krankenkassentag mit dem neuen Regierungsentwurfe nicht einverstanden, da derselbe die schweren Mängel des geltenden Gesetzes nicht beseitigen, wohl aber eine Reihe neuer Übelstände schaffen würde. Man solle lieber auf die Reformvorschläge verzichten und die rascheste Durchführung der Invalidenversicherung fordern, wenn eine andere Art der Reform, als die vorgeschlagene, gegenwärtig nicht durchzusetzen sei. — In bezug auf die Reform der Unfallversicherung schließlich sprach sich der Krankenkassentag gegen die Überwälzung der Heilverfahrenskosten auf die Kassen aus. — Die Beschlüsse des Krankenkassentages werden der Regierung von der Reichskommission in einem detaillierten Gutachten überreicht werden.

(Eine neue ärztliche Organisation.) Vor einigen Tagen hat in Wien eine von der freien Organisation der Gemeindeärzte Niederösterreichs einberufene Delegiertenversammlung stattgefunden, welche die Gründung einer Gesamtorganisation der praktizierenden Ärzte Niederösterreichs mit Ausnahme von Wien beschloß. Dem Arbeitsausschusse gehören Dr. JANECZEK als Obmann, ferner drei Gemeindeärzte und drei andere Ärzte an. Die neue ärztliche Organisation soll eine Förderung der ärztlichen Standesinteressen nach jeder Richtung hin anstreben.

(Versicherungszwang für kammerpflichtige Ärzte.) Die Vorarlberger Ärztekammer hatte sich an die Statthalterei in Innsbruck mit der Anfrage gewendet, ob für die Durchführung eines Versicherungszwanges für die kammerpflichtigen Ärzte auf Grund von Ärztekammerbeschlüssen durch das Ärztekammergesetz oder durch andere bestehende Gesetze entsprechende Handhaben gegeben seien. Die Antwort der Statthalterei lautete dahin, daß die Einführung eines solchen Zwanges nur auf Grundlage eines besonderen,

zu diesem Zwecke zu erlassenden Gesetzes oder etwa im Wege einer Änderung des Landessanitätsgesetzes angestrebt werden könnte.

(Zur Praxis der Verletzungsanzeigen.) Ein Kollege hatte eine Verletzung der Gendarmerie angezeigt und wurde einige Tage später vom Bezirksgerichte aufgefordert, ein „ärztliches Zeugnis“ vorzulegen. Als er für dieses nach dem neuen gerichtsärztlichen Gebührentarife 6 K liquidierte, wurde er mit seiner Forderung vom Gerichte abgewiesen, weil der Arzt zur Anzeige jeder Verletzung aus einer strafbaren Handlung verpflichtet sei und das Gericht von ihm nur eine Auskunft über die objektiv wahrnehmbare Verletzung und nicht eine Qualifikation dieser Verletzung verlangt habe; im übrigen habe das Gericht die Angehörigen des Verletzten angewiesen, den Arzt zu entlohnen. Der Kollege fragte nun bei seiner zuständigen Ärztekammer an, was er machen solle. Die Antwort lautete: Im Falle die Partei nicht zahle, möge Dr. N. an das Landesgericht rekurrieren, weil in der Zuschrift des k. k. Bezirksgerichtes ausdrücklich ein „ärztliches Zeugnis“ und nicht eine bloße Auskunft verlangt worden sei. Im übrigen aber hätte er die Verletzungsanzeige nicht der Gendarmerie, sondern dem Bezirksgerichte erstatten sollen.

(Statistik.) Vom 6. August bis inkl. 12. August 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6745 Personen behandelt. Hiervon wurden 1516 entlassen, 171 sind gestorben (10·1% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 69, ägypt. Augenentzündung 3, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 18, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 10, Scharlach 27, Masern 68, Keuchhusten 119, Rotlauf 18, Wochenbettfieber 5, Röteln 2, Mumps 3, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 762 Personen gestorben (+ 52 gegen die Vorwoche).

An der **psychiatrischen Klinik des Prof. Pick** wird zum Herbst eine Assistentenstelle frei. Meldungen an Prof. Pick, derzeit Mödling, Brühlerstraße Nr. 114.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

R. Oestreich, Allg. path.-anat. Diagnostik. Berlin 1905, S. Karger. — M. 6·—.

L. Hoche u. R. Hoche, Ärztl. Rechtsbuch. Lief. 4. Hamburg 1905, Gebrüder Lüdeking. — M. 1·50.

J. Hancock, Dschiu-Dschitsu. Die Quelle japanischer Kraft. Stuttgart 1905, Julius Hoffmann.

W. Neumann, Wichtelzopfkrankheit. Leipzig 1905, K. Konegen. — W. —·40.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Med. Presse“ als Beilage, das August-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: **„Die Bakteriurie“.** Von **Dr. Desider Ráskai**, Operateur in Budapest. — Ferner liegt der gesamten Auflage ein Prospekt der **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Pyramidon und seine Verbindungen“** bei. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 27. August 1905. Nr. 35.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Redigiert von
Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Bekämpfung des Puerperalfiebers in der geburtshilflichen Praxis.

Von **Dr. E. Ekstein**, Teplitz.

Die Tilgung der Infektionskrankheiten beschäftigte zu jeder Zeit in intensivster Weise das wissenschaftliche Interesse, und es erfahren zum Beispiel in geradezu elementarer Weise gegenwärtig die Bestrebungen zur Tilgung der Tuberkulose eine Propagierung, die im Interesse des gerade durch die Tuberkulose so geschädigten Allgemeinwohles nicht genug anerkannt werden kann.

Haben die Statistiken gezeigt, welche Unmenge von Menschenleben der Tuberkulose zum Opfer fallen, so war nicht daran zu zweifeln, daß vom Standpunkte der Humanität, weiters aber auch vom sozialen und nationalökonomischen Standpunkte aus, alle Hilfen zur Realisierung gelangen würden, die unsere Wissenschaft jeweilig zu fördern berechtigt ist.

Trotzdem die Tuberkulosenfrage noch so manchen dunklen Punkt aufweist und noch so manche Klärung von wissenschaftlicher Seite erheischt, trotzdem also in dieser Frage das letzte Wort noch keineswegs gesprochen ist, hat staatliche und private Munifizenz es ermöglicht, daß den gegenwärtigen wissenschaftlichen Anschauungen über die Tilgung der Tuberkulose entsprechend alles daran gesetzt wird, um diese Volkskrankheit zu bekämpfen. Dahingestellt muß es natürlich bleiben, ob es bei diesen mit so unendlichen Opfern verbundenen Sanierungsarbeiten gegen die Tuberkulose gelingen wird, diesen Kampf so erfolgreich zu führen, wie er speziell gegen Variola und Typhus geführt wurde.

Im engsten Anschluß daran muß die Frage sofort aufgeworfen werden, wie verhält es sich denn mit den Erfolgen bei der Bekämpfung des Puerperalfiebers, dieser einst so furchtbaren Volkskrankheit?

Die Antwort auf diese Frage muß dahin lauten, daß unsere Wissenschaft auch bei der Bekämpfung des Puerperalfiebers siegreich hervorgegangen ist, daß aber unsere Anti- und Asepsis nur auf den Linien das Puerperalfieber zurückgedrängt resp. zur Tilgung gebracht hat, wo dieselben in ihrer sicher erprobten Weise voll und ganz zur Anwendung gelangten; und das geschah vornehmlich in unseren Massenquartieren für Gebärende, in den Gebäranstalten. Hier ist die Sterblichkeit an Puerperalfieber auf Null herabgesunken, hier feierte unsere Wissenschaft ihre ungeahnten Triumphe!

Dieser gewaltige Sieg der Wissenschaft über das Puerperalfieber in den Gebäranstalten scheint aber eine narkotisierende Wirkung auf die Sieger ausgeübt zu haben. Diese sahen und sehen scheinbar nur immer die gewaltigen Erfolge ihres Kampfes in den Gebäranstalten und vergessen dabei die geburtshilfliche Praxis, die Geburtshilfe außerhalb der Gebäranstalten!

Wie es mit den Erfolgen in der Bekämpfung des Puerperalfiebers da bestellt ist, ist allbekannt, die Wochenstube ist das Schlachtfeld der Frauen nach wie vor geblieben und tausende blühender Frauenleben fallen dem Puerperalfieber noch jährlich zum Opfer; so berichten unsere offiziellen Statistiken!!

Diese Tatsache wirft einen gewaltigen Schatten auf unsere so glänzenden Siege in der Bekämpfung des Puerperalfiebers und es muß geradezu als frivol bezeichnet werden, daß unsere Wissenschaft diesem ziffernmäßig bekannten Frauenmorde des Puerperalfiebers in der geburtshilflichen Praxis so lange schon eigentlich untätig gegenübersteht!

Viel, ja sehr viel ist darüber und dagegen schon geschrieben worden, alles vergebens!

Jahr für Jahr bringen aber die geburtshilflichen Statistiken dieselben, wenn nicht stets höher sich gestaltende Verlustlisten an Frauenleben, die dem Puerperalfieber zum Opfer gefallen sind, und was geschieht dagegen? Nichts!

Die Lethargie, die gerade den großen Organismus der Geburts- und Wochenbetthygiene mit eisernen Klammern umfaßt hält, besteht nach wie vor weiter und alle die zahlreichen Bestrebungen und Anregungen zur Abhilfe entbehren in erschreckend konsequenter Weise einer endlichen Realisierung.

Was zu geschehen hat und wie dahin zu wirken wäre, diesen schlummernden Organismus der Geburts- und Wochenbettshygiene endlich zum erfolgreichen Kampfe gegen das Puerperalfieber aufzurütteln, ist bekannt, es fehlt nur die starke Hand, die dies eben tut; der Erfolg ist ja doch von vornherein gesichert!

Der allseitige Opfermut und die Opferwilligkeit der Regierung und der Bevölkerung bei der Bekämpfung der Tuberkulose fordern geradezu auf, endlich einmal in elementarer Weise alle Hebel in Bewegung zu setzen, um auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbetthygiene den Wandel zu schaffen, den Humanität sowohl als Wissenschaft zur Bekämpfung des Puerperalfiebers nur allzulange schon erheischen.

Die verschiedenen Gesellschaften für Geburtshilfe und Gynäkologie, die Vereinigung deutscher Hebammenlehrer, sowie sämtliche ärztliche Korporationen sind und bedeuten diese „starke Hand", die allein in dieser unendlich wichtigen Frage das erste und letzte Wort zu sprechen haben!

Die Frage der Organisation unserer Geburts- und Wochenbetthygiene zur Bekämpfung des Puerperalfiebers in der geburtshilflichen Praxis, einmal auf die Tagesordnung ihrer Beratungen gesetzt, wird und muß die gewünschte Lösung derselben herbeiführen.

Daß diese Anregung auf fruchtbaren Boden fallen möge, ist mein innigster und lebhaftester Wunsch!

Über Cholelithiasis und deren chirurgische Behandlung.

Von **Dr. Benno Müller**, Hamburg.

II.

Nun kommen wir zu den Einklemmungen der Steine im Ductus choledochus. In diesem sitzen die Steine gern kurz vor dem Eingang des Duktus in die Darmwandung. Wenn der Stein im Ductus choledochus eingeklemmt ist, so verhindert er vollkommen den Abfluß der Galle aus der Gallenblase. Hingegen ist der Gallenabfluß von der Leber in die Gallenblase frei. Es wird nun nach Beginn des Verschlusses die Galle aus der Leber auch in die Gallenblase fließen, so lange, bis die Gallenblase eine Ausdehnung, soviel als es die Wandungen unter dem gegebenen Drucke gestatten, erlangt hat. Es wird dabei erst eine kurze Spanne Zeit vergehen, ehe es zu Stauungserscheinungen kommt, und dadurch wird der Ikterus beim Sitz der Einklemmung im Ductus choledochus nicht sehr hochgradig im Anfang sein, er wird nicht so schnell und plötzlich stark einsetzen wie in dem anderen Falle, wenn der Stein im Zusammenfluß der Gallengänge sich einklemmt. Es kann also bei genauer Beobachtung des Kranken aus dem Zeitpunkt des Auftrittes des Ikterus und aus der Stärke der Gelbfärbung ein Schluß auf den Sitz der Einklemmung gezogen werden.

Die Gallenblase wird in diesem Falle stärker mit Galle gefüllt sein, als in dem eben beschriebenen Falle. Man wird also bei der Untersuchung meist die Gallenblase als größeren Tumor von prallelastischer Konsistenz über den Rand der Leber herausragend finden, man wird sie sowohl palpieren als auch perkutieren können, auch die Leber wird sich vergrößert finden, doch zunächst wird, selbst ehe der Ikterus auftritt, ein Tumor der Gallenblase vorhanden sein. Dieser Befund gibt sofort ein sicheres Zeichen dafür, daß der Stein in dem Ductus choledochus festgeklemmt ist.

Es kommen nun noch Verhältnisse vor, wo der Stein aus dem Ductus cysticus in den Ductus hepaticus gelangt, also auf seiner Wanderung anstatt in den Ductus choledochus, der ihn zum Darm führen würde, wird er in den Gang gelangen, welcher die Galle aus der Leber in die Blase oder den Ductus choledochus führt, also in den Ductus hepaticus. Diesen Gang wird er verstopfen und wird somit eine Stauung der Galle nur in der Leber hervorrufen. Es wird hierbei sehr bald starker, ausgeprägter Ikterus auftreten, und zwar nur kurze Zeit nach dem Anfang der Schmerzen wird sich die Gelbfärbung der Haut einstellen. Diese Art der Einklemmung ist gar nicht selten. Es ist dann ein Zustand, welcher meist ohne Operation nicht geheilt werden kann, denn der Stein kann nur selten aus dem Ductus hepaticus zurück in den Ductus choledochus wandern, da vor allem auch der Druck der von der Leber herfließenden Galle nicht sehr groß ist. Es ist dieser Zustand ein sehr gefährlicher. Man hat nun bei Operationen die Beobachtung gemacht, daß auch kleinere Steine sehr leicht in den Hepatikus wandern und man stets bei Operationen nach solchen verirrten Steinen suchen muß, die manchmal ziemlich tief in der Leber sitzen.

Die Gallenblase wird in dem letzteren Falle vollkommen leer sein, man wird sie bei der Untersuchung nicht nachweisen können. Der Ikterus wird sehr stark sein und schnell und plötzlich auftreten.

Es ist nun möglich, daß diese Einklemmungen der Steine nicht allein durch die Größe der Steine erzeugt werden, sondern es können auch Verengerungen der Dukti selbst die Veranlassung werden, daß Steine auch kleineren Kernes den Duktus nicht passieren können und vor dem Hindernis stecken bleiben. Solche Ursachen können in Neubildungen, namentlich des Pankreaskopfes, oder in Schwellungen, entzündlichen Erkrankungen oder dergleichen bestehen, auch in Krebsknoten der Leber etc. Auf diese Weise kommt es vor, daß kleinere Steine eingeklemmt werden, neben denen die Galle noch eine Zeitlang vorbeifließen kann, solange, bis entweder die Ursachen der Kompression des Duktus größer werden oder die Wandungen des Gallenganges infolge des Reizes des Steines anschwellen, sich entzünden etc. und so das Lumen ganz verschließen. Die Folge solcher Verhältnisse ist dann, wenn die Kompression den Ductus hepaticus oder choledochus betrifft, die, daß nach und nach ein Stauungsikterus auftritt, der, im Anfang ganz gering, immer schlimmer wird, bis er ganz vollkommen und stark ist beim Verschluß des Lumens des Duktus. Diese Verhältnisse müssen eventuell auch berücksichtigt werden. Den Anlaß zu den Steinbildungen der Galle bilden oft Störungen in der Lebertätigkeit, oft Stauungen geringer Art, welche dadurch bewirkt werden, daß entweder der Ductus choledochus zu eng, oder die Papille zu klein, oder die Papille infolge dauernden Katarrhs des Duodenums und Magens angeschwollen ist, und bei diesem behinderten Abfluß der Galle aus der Gallenblase wird die Gallenblase vergrößert, die Galle steht lang darin und so setzen sich dabei Steine ab.

Die Beschwerden werden nun oft, wenn nicht Ikterus vorhanden ist, für nervöses Magenleiden gehalten, weil der Kranke Schmerzen oft in der Mitte der Oberbauchgegend, ausstrahlend nach rechts, nach dem Rücken, nach der Schulter, nach dem Kreuz, empfindet. Er lokalisiert oft die Schmerzen falsch, oft liegen die anatomischen Verhältnisse etwas anders, so daß die Schmerzen nicht typisch auf der rechten Seite sich zeigen. Wenn nun der Druckschmerz auf der Gallenblase fehlt, wenn diese nicht entzündet ist, so wird mancher in der Diagnose schwanken. Es hat sich ergeben, daß 80% aller sogenannten nervös Magenleidenden gallensteinleidend sind.





Was nun die Therapie der Gallensteine anlangt, so ließen sich darüber Bücher schreiben, wenn man alle Methoden, Mittel und Wege, die empfohlen, angewandt und eingeschlagen wurden, erwähnen wollte. Es kommt ganz darauf an, ob man es mit Gallensteinen ohne oder mit Entzündung der Gallenblase zu tun hat. Sind nun Gallensteine vorhanden ohne Einklemmung, so wird man, nachdem die Diagnose sichergestellt ist, eine diätetische Behandlung einleiten. Dieselben hier zu erörtern ist nicht meine Sache, ich will nur erwähnen, daß eine Kur mit Karlsbadersalz in den bekannten Bädern oft Besserung verschafft. Man hat auch von der Ölkur sehr gute Erfolge gesehen. Ich habe einen Patienten behandelt, welcher jahrelang alle sechs Wochen eine Attacke von Cholelithiasis bekam, wobei jedesmal unter den heftigsten Schmerzen eine Unmenge von Steinen von der Größe kleiner Haselnüsse abgingen. Wenn der Mann an den Tagen, wo er bemerkte, daß bald ein Schmerzanfall eintreten wollte, sofort mit einer Ölkur begann, und zwar mehrmals täglich 1 bis 2 Eßlöffel Olivenöl trank, 3—6mal 2 Löffel waren die Regel bei ihm, so gingen die Steine nach 1 oder 2 Tagen ohne große Schmerzen ab und er konnte dieselben dann im Stuhl finden, und zwar war stets ohne Kot ein Drittel des ziemlich großen Nachttopfes, wie er bei gewöhnlichen Leuten gebraucht wird, voll Steine, also eine Menge, welche ganz enorm war. Man fand denn bei der Operation die Gallenblase in der Zeit ohne Steine nicht wesentlich vergrößert. Immerhin ersieht man, daß die Ölkur gelegentlich recht gute Dienste leisten kann. Man wird sie jedenfalls versuchen müssen. Immerhin gibt es eine große Anzahl von Kranken, welche durch diätetische und medikamentöse Behandlung nicht geheilt werden können, es bleibt dann weiter nichts anderes als die Operation übrig.

Bei inkarzerierten Steinen wird man zunächst versuchen müssen, durch palliative Behandlung zu helfen. Man muß hierbei versuchen, zu entscheiden, ob in dem Falle die Inkarzeration durch eine Entzündung hervorgerufen ist, ob eine Entzündung oder Phlegmone der Gallenblasenwand besteht. Man kann das ja ermitteln, wie oben geschildert; der Druckschmerz ist ein gutes Mittel, außerdem wird sich bei einer Phlegmone meist Fieber zeigen. Wenn nämlich der Stein infolge der Schwellung der entzündeten Wandung des Duktus eingeklemmt ist, so wird sich derselbe lösen und in den Darm treiben lassen, wenn man die Schwellung und Entzündung der Wandung beseitigen kann. Man muß jedenfalls versuchen, dies zu tun, und erreicht am ehesten eine Besserung durch heiße Kataplasmen auf die Magengegend. Es ist schon oft gelungen, dadurch dem Kranken zu helfen, ist es doch oftmals nicht gerade ein sehr großer Stein, welcher schon fest eingeklemmt ist, sondern ein kleinerer, welcher nur infolge der Verengerung des Lumens des Duktus durch die Entzündung und Schwellung denselben schwer passieren kann und nur langsam Stück für Stück vorwärts gedrängt wird. Allerdings darf man auch nicht zu lange zusehen, man darf die kostbare Zeit nicht ungenutzt vorübergehen lassen, solange es noch möglich ist, den Stein aus dem Gange zu entfernen, bevor eine Nekrose der Wandung des Duktus eingetreten ist, hervorgerufen durch den immerwährenden Druck des Steines auf die entzündete Wandung. Es wird sich ja aus der Zeit der Beobachtung des Kranken ergeben, wie lange man zusehen darf, auch wird man aus den Schilderungen, die ich eben von den Verhältnissen gegeben habe, die Symptome erfahren und lernen zu beurteilen, welche Fälle und wann man operieren muß.

Die Operation ist in neuerer Zeit sehr verschieden gestaltet. Man muß bei der Wahl der Methode die Verhältnisse genau bedenken und muß danach handeln. Jedenfalls muß man bei der Operation der Cholelithiasis nicht nur bedenken, daß man momentan die Steine, den eingeklemmten Stein entfernen will, sondern man sollte auch versuchen, durch die Operation eine derartige Änderung der anatomischen Verhältnisse herbeizuführen, daß die Neubildung von Steinen vermieden und unmöglich gemacht wird. Die Art der Operation zur Entfernung der Steine aus der Blase und den Gallengängen ist hinlänglich bekannt, ich kann dieselbe hier übergehen. Um einen günstigen Einfluß auf die Bildung der Steine erzielen zu können, muß man ermitteln, wodurch und auf welche Weise sie in dem gegebenen Falle entstehen. Ist der Grund in einer fehlerhaften Gallensekretion, Zusammensetzung und Produktion gegeben, so liegt meist eine fehlerhafte Funktion der Leber zugrunde, und man muß auf andere Art die Leber zu beeinflussen versuchen, was man ja auf diätetischem, medikamentösem, balneologischem Wege erreichen kann. Diese Fälle gehören nur insofern dem Chirurgen, als ein Stein eingeklemmt ist oder die große Anzahl einmal gründlich entfernt werden soll, um dann mit der internen Behandlung erfolgreich einsetzen zu können. Man wird hier operieren und dann den Kranken dem Internisten überweisen.

Wenn aber der Anlaß der Steinbildung in räumlichen Verengerungen der Abflußwege und dadurch bedingter Gallenstauung in der Gallenblase mit Absatz von Steinen besteht, so hat der Chirurg allein zu arbeiten und er kann sehr viel bessern. Liegen Neubildungen der Umgegend etc. vor, die eine Kompression der Dukti hervorrufen, so wird man diese entfernen und der Abfluß wird normal erfolgen. Es wird aber Fälle geben, wo man ein hypertrophisches Pankreas oder dergleichen nicht entfernen kann, wo die Gänge durch den langen Druck an der betreffenden Stelle so verändert sind, daß ihr Lumen sich nicht wieder vergrößern kann, oder daß die Gallengänge von Haus aus zu eng sind und die Produktion der Galle zu stark, als daß die Galle genügend abfließen kann, es kann der Ductus choledochus verengt sein, die Papille zu klein etc., alles Umstände, die man an sich nicht operativ bessern kann. Es gibt einen großen Teil aller Gallensteinfälle, der nur dadurch zur Steinbildung geführt worden ist, daß der Abfluß der Galle aus der Gallenblase durch die Gänge nicht genügend vor sich gehen kann, eben weil der Ausführungsgang zu eng ist. Solchen Fällen kann man leicht abhelfen, indem man die Cholozystenterostomie ausführt. Es gibt solche Fälle, wo die Steine nur dadurch bewirkt werden und wodurch das Leiden dann so ausartet, so schwer wird, daß die Kranken immer kränker werden, daß sie an Kräften immer mehr verlieren und zugrunde gehen würden, wenn man ihnen nicht hilft. Ich habe einen solchen Fall operiert, der recht typisch und doch selten ist und den ich deshalb hier kurz mitteilen möchte.

C. S., Maurer, 47 Jahre alt. Der Mann ist früher nicht krank gewesen, war Soldat, er ist verheiratet, hereditär nicht belastet, hat keine Kinder, die Frau lebt, ist gesund. Er selbt ist bis zu seinem 35. Lebensjahre immer gesund gewesen. Von da an datiert sein jetziges Leiden. Es ist in den ersten Jahren nur ganz allmählich schlimmer geworden. Er bekam nämlich damals alle Vierteljahre einmal recht heftige Schmerzen in der Magengegend, die nach dem Rücken ausstrahlten und sehr intensiv auftraten. Sie hielten im Anfange $^1/_2$ Stunde an. Dann waren sie weg. Mit der Zeit wurden sie immer schlimmer, die Schmerzen hielten stundenlang an, der Patient lag dabei im Bett und krümmte sich wie ein Wurm. Nachdem es einige Jahre gedauert, konsultierte er einen Arzt, der ihm Medizin gab und es für Magenleiden erklärte; die Medizin half nicht. Das Leiden wurde immer schlimmer, trat seit 4 Jahren öfter auf, seit 2 Jahren alle 6—4 Wochen. Die Schmerzen waren dieselben, dauerten $^1/_2$ Stunde sehr schlimm an und besserten sich, um noch stundenlang weniger intensiv zu bleiben, bis sie wieder schwanden. Nun stellte sich auch Erbrechen während des Anfalles ein. Seit den letzten zwei Jahren ist der Zustand bedeutend schlimmer geworden, die Anfälle traten jetzt alle 6 Wochen auf, Pat. ist des öfteren ikterisch verfärbt gewesen, er hat sich an seine Ärzte gewandt, die ihm die verschiedensten Kuren verordnet hatten, ohne Erfolg. Es hat sich im Gegenteil ein mehr und mehr zunehmender Schwächezustand eingestellt, der Appetit ist immer geringer geworden, bei den Anfällen trat heftiges Erbrechen auf, dabei die heftigsten Schmerzen und am

nächsten Tag Abgang von enorm viel Gallensteinen. Tagelang danach hat er noch Schmerzen gehabt, Erbrechen aller Nahrung hat sich eingestellt, so daß Pat. sich am 1. März vorigen Jahres in meine Behandlung begab und vor allem über große Mattigkeit, Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel etc. klagt, so daß er schon seit Wochen nicht mehr zu arbeiten imstande ist.

Bei der Untersuchung findet sich ein großer, hagerer Mann mit gelblichbrauner Hautfarbe, magerem Gesicht, stark eingefallenen Augen, mattem Blick. Die Conjunctivae und Skleren sind intensiv gelb gefärbt, die Zunge ist belegt, trocken. Der allgemeine Ernährungszustand ist gering, Fettpolster fast ganz geschwunden, Muskulatur schwach. Der Mann, der in gesundem Zustande 150—160 Pfund wiegt, hat jetzt ein Körpergewicht von 110 Pfund. Bei der weiteren Untersuchung findet sich Herz und Lungen gesund, die Haut am Körper ist trocken und hat einen leichten gelblichen Schimmer. Das Abdomen ist flach, gespannt. Bei der Perkussion findet man die Leber ungefähr zwei Querfinger unter dem Rippenrand in der Mammillarlinie, in der Mittellinie drei Querfinger oberhalb des Nabels, sie fühlt sich mäßig hart und scharfkantig an. Die Gallenblase ist als zirka apfelgroßer rundlicher Tumor in der Mammillarlinie ungefähr über den Leberrand nach unten zirka 3—4 *cm* hervorragend zu finden, bildet eine Dämpfung und fühlt sich als Resistenz an, wobei man deutlich Steine in derselben nachweisen und fühlen kann, indem man das Geräusch der sich gegeneinander verschiebenden Steine infolge des Handdruckes fühlt. Der Kranke stand vor einem Anfall. Die Abtastung der Leber und Gallenblase war schmerzhaft. Es bestand also zweifellos Cholelithiasis, daneben aber eine Entzündung der Gallenblasenwand, denn die Schmerzen beim Betasten und die diffusen mäßigen immerwährenden Schmerzen, jetzt vor dem Anfall ausgelöst durch die auf die kranke Wandung drückenden Steine, weisen darauf hin, ebenso der Ikterus, der entweder von der Stauung durch Ödem der Gänge herrühren kann oder durch eine maligne Neubildung des Pankreaskopfes, der auf den Gallengang drückt, bewirkt werden kann. Die Inanition und Kachexie ließ auch die Annahme einer malignen Neubildung recht wahrscheinlich erscheinen. Doch waren immerhin auch dafür andere Gründe da. Ich behandelte den Mann zunächst einmal palliativ, um mir ein sicheres Urteil zu bilden. Nach 1—2 Tagen traten dann heftige Schmerzen mit Abgang sehr vieler Steine ein. An den Tagen nach dem Anfalle war die Gallenblase nicht mehr zu fühlen. Die Behandlung bestand in Karlsbader Kur und Diät, was zur Folge hatte, daß die Entzündung der Gallenblase zurückging und mit ihr auch die Vergrößerung, die Schwellung der Leber, auch der Ikterus wurde etwas besser. Daß derselbe nicht ganz verschwand, war mir ein Symptom dafür, daß eine Stauung mäßigen Grades noch immer bestand und dieselbe konnte verursacht werden einmal durch eine die Gallengänge komprimierende maligne Neubildung, andrerseits durch chronische Verengerung der Ausführungsgänge, des Choledochus, der Papille. Diese Verengerung konnte eine solche von Anfang an in zu enger Anlage der Gänge bestehende sein oder die Gänge oder die Papille konnten durch krankhafte Zustände verengt sein. Der immer fortschreitende Verfall der Kräfte des Patienten war nun zudem ein Zeichen, daß die bestehenden Verhältnisse dem Organismus nicht dienlich, sondern ihm höchst gefährlich waren; somit mußte man an eine Abhilfe denken, die nur auf operativem Wege geschehen konnte. Für die Operation kommen nun in diesem Falle folgende Punkte in Betracht: Erstens war an die Entfernung entweder des Kopfes des Pankreas oder der ganzen Drüse zu denken, wenn sich bei der Operation eine maligne Neubildung im Beginn erwies, zweitens den die Gallensteine zu entfernen, und zwar die in der Blase anwesenden oder etwa solche, die in den Gängen sich befanden. Wenn nun aber keine maligne Neubildung am Pankreas vorhanden war, so konnte eventuell eine krebsige Erkrankung der Gallenblase oder deren Halses vorhanden sein und in diesem Falle war die Gallenblase zu exstirpieren. Außer diesen Möglichkeiten konnte noch die Verengerung der Gallengänge und der Papille bestehen, sowie eine zu kleine Anlage, welche die von dem kräftigen Manne produzierte Galle nicht alle in den Darm in genügender Weise sich entleeren ließ, so daß immer eine Stauung bestand. In diesem Falle konnte man nur dadurch Abhilfe schaffen, daß man die Gallenblase mit dem Darme vernähte, die Cholezystenterostomie ausführte. Ich habe dann den Mann operiert und bei der Operation erwies sich der von mir als letzter, wenigstwahrscheinlicher Fall in Betracht gezogene Umstand, daß es sich nur um chronisch verengte Gänge handelte, als richtig. Die Gallenblase war in der Wand etwas verdickt, doch nicht karzinomatös, sondern nur entzündlich, dieselbe war zurzeit klein, kontrahiert, enthielt nur wenig Steine und Galle. Die Gänge waren ganz besonders eng und war es zu verwundern, daß eine solche Menge von Steinen dieselben hatten passieren können. Das Pankreas war vollkommen normal, nicht vergrößert und eine Kompression des Ductus choledochus oder cysticus wurde durch dasselbe nicht ausgeübt.

Die Wand der Gänge war normal, auch an der Leber war eine Veränderung nicht zu finden. Somit war der weitere Gang der Operation folgender: Entweder man exstirpierte die Gallenblase und verhinderte dadurch die zukünftige Bildung von Gallensteinen, setzte aber dann auch die Leber der Gefahr aus, daß bei dem engen Ductus choledochus eine Stauung in der Leber für immer würde bestehen bleiben, und dies wollte man ja gerade beseitigen. Die andere Möglichkeit war die Ausführung der Cholezystenterostomie. Da ein Verdacht auf Karzinom der Gallenblasenwand nicht im geringsten bestand, so entschloß ich mich zu letzterem Wege, der entschieden Verhältnisse im Abdomen herzustellen versprach, welche den natürlichen am meisten ähnlich waren, und durch welche die Leber in die Lage einer völlig normalen Funktion versetzt werden konnte. Somit wurde zur Ausführung der Cholezystenterostomie geschritten. Ich suchte die erste Schlinge des Dünndarms am Übergang in das Duodenum auf und führte durch Vernähen des Fundus der Gallenblase mit der Darmschlinge durch 3 Etagen LAMBERTscher Nähte eine Verbindung beider Organe herbei. Es wurde in der Gallenblasenwand eine Öffnung von kreisrunder Form und der Größe eines 10 Pfennigstückes angelegt, an entsprechender Stelle in der Wand des Darms ein ebenso großes Loch geschnitten, so daß die Ränder beider Öffnungen aufeinander paßten. Nun wurden im Kreise um die Öffnung die LAMBERTschen Nähte weitergeführt und so eine feste Anastomose der Gallenblase mit dem Darm geschaffen. Ich habe die Öffnung so groß angelegt, daß die größten der bei dem Manne je gefundenen Gallensteine leicht hindurchtreten konnten. Durch diese Anastomose hat die Galle, welche in der Gallenblase sich ansammelt, Gelegenheit, in den Darm zu fließen und gelangt zugleich in jenen Abschnitt des Darms, wo die Mischung des Speisebreies mit der Galle stattfindet. Es wird also durch diese Veränderung in der Organverbindung eine hochgradige Störung der normalen physiologischen Vorgänge nicht bewirkt und es wird doch eine Stauung von Galle vollkommen verhütet, wodurch auch die Bildung von Steinen erschwert oder ganz unmöglich gemacht wird. Die Wunden heilten sehr schnell und gut. Fieber trat im Verlaufe der nächsten Tage nie ein. Schon nach 5 Tagen nach der Operation hatte sich der Appetit des Kranken bedeutend gebessert, er verlangte von nun an Speise und Nahrung, die er bisher immer lieber ganz verweigert hatte. In den folgenden Tagen trat sogar eine Art Heißhunger auf; als nach dem 10. Tage die Nadeln entfernt und die Wunde geheilt war, verlangte der Kranke viel mehr Nahrung, als ihm eigentlich gestattet werden konnte, er konnte den ganzen Tag essen. Trotz alledem wurde er auf entsprechend leichter Diät gehalten, erhielt aber soviel, als er von den erlaubten Speisen haben durfte und bekam vor allen Dingen künstliche Nährmittel (Bioson) und kräftige sonstige Nahrung. Es zeigte sich denn nun auch bald der Erfolg, das Aussehen des Kranken besserte sich zusehends, der Ikterus war jetzt am 21. Tage nach der Operation vollkommen geschwunden, die Ernährung besserte sich, Muskulatur und Fettpolster wurden wieder stärker, kräftiger und umfangreicher. Das Körpergewicht nahm rasch zu, der Kranke war 6 Wochen nach der Operation auf 148 Pfund Körpergewicht gekommen, das subjektive Befinden war seit der Operation ein völlig gutes, normales, der Mann fühlte sich wohler wie nie in den letzten Jahren. Der Stuhlgang war normal und alle sonstigen Funktionen des Körpers wie in gesundem Zustande. Die neue Gestaltung der Gallenorgane schien hier die denkbar günstigste zu sein, die Galle konnte jedenfalls sehr gut abfließen und kam doch der Nahrung zugute, indem sie noch in den obersten Teil des Dünndarmes aus der Blase ergossen wurde.

In dem weiteren Verlaufe der Rekonvaleszenz trat nie eine Trübung des Wohlbefindens auf. Der Mann wurde wieder so kräftig wie früher, wenn er natürlich sich auch noch in der ersten Zeit nach der Operation schonen mußte, insbesonders vor zu schwerer Arbeit, so konnte er doch sehr bald wieder seinem Hauswesen vorstehen. Beschwerden sind nie wieder aufgetreten, auch die Gallensteine haben sich bis dato nun schon nach Jahr und Tag nicht wieder gezeigt. Der Mann ist als vollkommen geheilt anzusehen.

Dieser Fall zeigt recht typisch, wie wohltuend doch diese an sich nicht schwierige und besonders gefährliche Operation wirkt und wie man einen vorzüglichen Erfolg aus der Umänderung der Abflußverhältnisse erzielen kann. Die Cholezystenterostomie ist in allen jenen Fällen auszuführen, wo es sich um Stauungen in dem Gallensystem handelt, wo die Gallensteine durch das lange Verweilen der Galle in der Gallenblase entstehen. Es ist nicht damit geholfen, die Steine einfach operativ zu entfernen, denn man wird dann meist die Beobachtung machen, daß nach Verlauf von einer Zeit sich wieder von neuem Steine bilden, die dann wieder die alten Schmerzen verursachen und der Kranke hat nichts gewonnen durch die Operation, all die Mühe und Gefahr, der der Kranke ausgesetzt war, sind umsonst gewesen. Es ist deshalb am besten, wenn man bei Gelegenheit der Gallensteinoperation die Abflußverhältnisse genau prüft und ermittelt, ob nicht doch der Abfluß erschwert ist. Ist dies wenn auch im geringen Grade der Fall, so wird man die Cholezystenterostomie an die Operation der Steine anschließen, und zwar wird dazu auch noch ein anderer Grund vorhanden sein, nämlich der, daß die Gallengänge für die in dem jeweiligen Falle sich bildenden Steine sehr eng sind und deren Durchtritt erschweren. Das wird einmal verursacht durch die Größe der Steine und dann durch das Kaliber der Dukti. Wenn man nun annehmen muß, nach der Gallensteinoperation bilden sich doch wieder Steine, so wird die Cholezystenterostomie auch den Durchtritt der Steine erleichtern, dieselben werden leicht aus der Gallenblase in den Darm befördert, bleiben nicht in der Gallenblase lange Zeit liegen, während dessen sie zum Absetzen neuer Steine Veranlassung geben. Auch aus diesem Grunde ist die Verbindung beider Operationen sehr anzuraten, man verhütet dadurch stets die Neubildung von Steinen.

Bisher hat man die Indikationen für die Operation recht eng begrenzt gestellt, man hat nur in seltenen Fällen diese Operation verwendet, und doch stellt dieselbe eine leichte und nicht gefährlichere Operation dar, als die Cholezystotomie zwecks Entfernen der Steine an sich schon ist. Man hat wohl nur die Verhältnisse nicht genügend gewürdigt und bedacht und hat wohl auch den Einfluß der Cholezystenterostomie auf die Gallensekretion für zu gering geachtet und nicht genügend gewürdigt. Es ist ja noch nicht eine so große Zahl von Operationen ausgeführt in dieser Hinsicht, um den Erfolg als einen gesicherten zu betrachten, ist doch überhaupt die Gallenblasenchirurgie erst eine jüngere Wissenschaft und hat sich erst in den letzten 15 Jahren entwickelt und weiter ausgebaut. Allein es ist jeder Fall, der diese Beziehungen klar erläutert, von Wichtigkeit und wird andere zur weiteren Ausführung dieser Operation anregen. Daß dieselbe einen schönen Erfolg darstellt, beweist der beschriebene Fall. Immerhin sind dieselben selten und deshalb ist auch die Zahl der so operierten Kranken noch gering.

Revue.

Zur Alkoholfrage.

Literatur 1905, I. Halbjahr. 1. LAQUER: Trunksucht und Temperenz in den Vereinigten Staaten. Wiesbaden, Bergmann. — 2. HIRT, Der Einfluß des Alkohols auf das Nerven- und Seelenleben. Wiesbaden, Bergmann. — 3. MEYER, Über den Einfluß des Alkohols auf die sekretorische und motorische Tätigkeit des Magens. Jena, Fischer. — 4. BUNGE, Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen. Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung. Vierte Auflage. München, Reinhardt. — 5. MÜLLER, Über den Einfluß künstlicher Stoffwechselalterationen auf die Produktion der Antikörper. Archiv für Hygiene, Bd. 51, pag. 388. — 6. HINDHEDE, Die Stellung des Arztes zum Alkohol. „Die Alkoholfrage", 1905, H. 1. Dresden, Böhmert.

1. LAQUER hat einen zehnwöchentlichen Aufenthalt in Amerika dazu benutzt, um sich über die amerikanische „Temperenz" ein „unparteiisches, soziologisch gefaßtes Gesamtbild" zu verschaffen. Nun, ganz ist ihm dies nicht gelungen; neben vielem Guten und Interessanten enthält die 71 Seiten starke Schrift soviel Falsches, Unklares und vor allem ist sie so oberflächlich, daß sie bei dem mit der Frage Unbekannten nur Verwirrung, sicherlich keinen Nutzen zu stiften geeignet ist! Man kann sie als ein — ganz gut geschriebenes — Feuilleton, aber sicher nicht als eine wissenschaftliche Abhandlung gelten lassen.

2. Die Wirkungen des Alkohols auf das Nerven- und Seelenleben trennt HIRT in reine und zufällige; reine sind: der Rausch, die Entartung der Trinker und deren Nachkommenschaft, die nervösen Störungen; die seelischen sind sittliche Verrohung, geistige Schwäche, Willensschwäche; als zufällige Wirkungen bezeichnet er die „komplizierten Räusche", das Delirium tremens, die KORSAKOWsche Psychose und den akuten halluzinatorischen Wahnsinn. Im Anschlusse daran bespricht er die pathologische Anatomie der Alkoholvergiftung und kommt in der Schlußbetrachtung zu der einzig logischen Forderung: Abstinenz! Abstinenz, weil es feststeht, daß die im allgemeinen als mäßig geltenden Mengen geistiger Getränke Schnelligkeit und Güte der menschlichen Arbeit verringern, weil jeder „mäßig" zu sein glaubt und es auch bleiben „will", weil aber niemand weiß, was für ihn mäßig sein heißt, und auch weil es Pflicht ist, die Sitten so zu gestalten, daß aus ihnen Gutes erwächst, und wer das will, muß mit dem Beispiel vorangehen! Das flott und anregend geschriebene Heft sei allen Ärzten zur Lektüre oder vielmehr zum Studium bestens empfohlen.

3. MEYER bespricht zunächst ausführlich die bisher im Reagenzglas wie auch die am lebenden Tier oder Menschen ausgeführten Versuche zur Feststellung der Wirkung des Alkohols resp. der alkoholischen Getränke auf den Magen, bespricht dann die Anordnung seiner eigenen Versuche und kommt zu folgenden Resultaten: Der Alkohol übt einen gewissen vermehrenden Einfluß auf die Produktion der Säure, ohne daß bei geringen Dosen Säureüberschuß entsteht. Die Entleerung der verschiedenen Nahrungsstoffe aus dem Magen wird verschieden beeinflußt, die der stärkemehlhaltigen wird gehemmt, die der Fette etwas beschleunigt, die des Eiweißes nicht beeinflußt; die Entleerung von Brot wird durch Bier und Wein stärker gehemmt als durch Kognak, die von Fleischspeisen durch Wein nicht gehemmt.

4. Da die bekannte Schrift BUNGEs nunmehr in vierter Auflage vorliegt, sei die Gelegenheit benutzt, um auf dieselbe neuerdings mit dem größten Nachdruck hinzuweisen und kurz den Grundgedanken anzuführen. „Ist der Vater ein Säufer, so verliert die Tochter die Fähigkeit zum Stillen, und diese Fähigkeit ist unwiederbringlich verloren für alle kommenden Generationen." Die durch eine große Reihe von Zahlen belegten genauen Untersuchungen verdienen im Original nachgelesen zu werden.

5. Aus der ungemein interessanten Arbeit MÜLLERs sei hier der sich mit dem Einfluß des Alkohols beschäftigende Teil herausgehoben. Bekanntlich hat das Blutserum eines z. B. gegen Typhus immunisierten Tieres die Fähigkeit, frische Typhusbazillen zu „agglutinieren"; werden nun einem Kaninchen — und mit diesen Tieren arbeitete MÜLLER — 2—3 *g* einer entsprechend abgetöteten Typhusbazillenkultur in die Bauchhöhle gespritzt, so lassen sich nach 2 bis 4 Tagen unter normalen Verhältnissen deutliche „Agglutininmengen" nachweisen; wurden aber dem Tiere 30—40 *g* Alkohol in 50%iger Lösung eingespritzt, so zeigte sich, daß dieses unter 19 Fällen 12mal wesentlich in der Agglutininbildung hinter den Kontrolltieren zurückblieb; im Durchschnitte hatten die Kontrolltiere mehr als viermal soviel Agglutinin gebildet als die Alkoholtiere! Der aus diesen Versuchen, die nur bestätigen, was schon LAITINEN, GRUBER, THOMAS, GOLDBERG, DELÉARD, ABBOT und BERGEY nachgewiesen haben, einzig erlaubte Schluß ist die Ausschaltung des Alkohols aus der Therapie der Infektionskrankheiten, was übrigens in einigen Kliniken (z. B. wird die Klinik des Prof. V. JAKSCH vollständig alkoholfrei geführt) schon mit sichtbarem Erfolge durchgeführt ist.

6. Dieser Aufsatz ist die verdeutschte Wiedergabe eines auf dem VI. nordischen Enthaltsamkeitskongreß von Dr. HINDHEDE gehaltenen Vortrages, der hier nicht so sehr deswegen, weil er vielleicht besonders viel Neues brächte, erwähnt sei, als weil er mit herzerfreuender Deutlichkeit ausspricht, warum eigentlich die Enthaltsamkeitsbewegung unter den Ärzten so geringe Fortschritte macht (sehr zum Schaden derselben!): „Es ist hart es sagen zu müssen, aber die Wahrheit darf nicht verschwiegen werden: in Wirklichkeit waren es einige trunkliebende Ärzte, durch welche viele andere sich an der Nase herumführen ließen. Ein Trinker glaubt an seinen Alkohol; er fühlt ganz deutlich, daß er ihn stärkt. Und wenn ein Trinker einen medizinischen Lehrstuhl inne hat, kann man sich wundern, wenn er lehrt, was er glaubt?“ Es ist unbegreiflich, daß Leute im Jahre 1904 nicht verstehen wollen, daß „viel vertragen können“ soviel bedeutet, wie „Alkoholiker sein“, ganz ebenso, wie jemand, der Morphium verträgt, „ein Morphinist ist“. „Vom ärztlichen und wissenschaftlichen Standpunkt aus ist es ganz gleichgültig, ob man betrunken wird oder nicht; es kommt nur auf das Quantum des Alkohols an.“ „Will man als Arzt sein Glück machen, darf man nicht sagen: „Trinken Sie nicht!“ Nein, man muß sagen: „Übermäßig trinken ist verwerflich, aber trinken Sie mäßig!“ Weise Mäßigkeit, „damit erklärt sich jeder einverstanden!“ Der Arzt, der nichts von weiser Mäßigkeit hören will und besonders der, der sich mit Schärfe ausspricht, wird meistens Haß und Ärgerniß erregen und welcher Arzt mag das?“ Der Vortrag ist zwar in Dänemark gehalten, aber auf die Gefahr hin, „Haß und Ärgernis zu erregen“, muß ich sagen, er paßt ganz ausgezeichnet auch auf unsere Verhältnisse! Dr. GUSTAV WEISS, Weinberge.

Referate.

ROLLY (Leipzig): **Zur Diagnose des Typhus abdominalis.**

Im Beginn der Krankheit ist die sicherste Methode der Nachweis der Typhusbazillen im kreisenden Blut. Zu diesem Zwecke werden 20 cm^3 Blut mittelst einer sterilen LUERschen Spritze aus einer Armvene entnommen, mit Glyzerinagar gemischt, auf PETRIsche Schalen ausgegossen und in den Brutschrank gesetzt. Nach 1 bis 2 Tagen werden sie auf ihren Keimgehalt untersucht. Der Nachweis der Bazillen im Blut gelang in 88% der Fälle. In der fieberfreien Zeit sind die Bazillen im Blut nicht mehr nachweisbar. Der Typhusnachweis aus dem Blute ist für die allgemeine Praxis nicht geeignet, weil er die Hilfsmittel eines bakteriologischen Laboratoriums erfordert. Man kann das Verfahren aber dadurch für die Praxis verwerten, daß man das aus der Vene entnommene Blut durch gewisse Zusätze haltbar macht, so daß es zur weiteren bakteriologischen Untersuchung an ein Laboratorium verschickt werden kann. Verf. tut dies in folgender Weise („Münchener med. Wochenschrift“, 1905, Nr. 24): Man löst 5 g Pepton und 50 g Traubenzucker in 100 cm^3 Wasser auf, kocht diese Lösung 5 bis 10 Minuten lang und verteilt dieselbe in größere Reagensgläser, so daß 20 cm^3 davon in jedes Reagensglas kommen. Alsdann werden diese Reagensgläser sterilisiert und mit sterilen Kork- oder Gummipfropfen versehen. Will man nun eine Blutuntersuchung machen, so werden aus der LUERschen Spritze in diese Peptonzuckerlösung 20 cm^3 Blut sofort nach der Entnahme eingefüllt und umgeschüttelt. Auf diese Art behandeltes Blut kann nach beliebig langer Zeit im Laboratorium mit Glyzerinagar vermischt und in PETRIsche Schalen gegossen werden. Verf. gibt außerdem eine Modifikation des WIDALschen Verfahrens an. Er hat aus Typhusbouillonkulturen durch Zusatz von Toluol oder Formol eine Flüssigkeit hergestellt, in der tote Typhusbazillen schwebend enthalten sind, welche sehr haltbar ist und zur Anstellung der WIDALschen Reaktion zu benutzen ist. Er fand, daß die Agglutination in der toten Typhusbouillon bei denselben Verdünnungen auftritt wie in der lebenden Typhusbouillonkultur; jedoch tritt die Agglutination bei der toten Typhusbouillon in der Regel etwas später ein als bei den lebenden Bazillen; sie ist bei beiden sowohl makroskopisch wie mikroskopisch zu verfolgen. Makroskopisch ist die Agglutination in längstens 12 Stunden nach Zusatz des Serums zu sehen, mikroskopisch schon nach $^1/_4$—2 Stunden. Ist nach 2 Stunden mikroskopisch keine Agglutination eingetreten, so kann man sicher sein, daß überhaupt keine mehr eintritt. L.

M. BLAIKIE (London): **Über einen unter dem Bilde eines Diabetes insipidus verlaufenden Fall von Nephritis.**

Ein 11jähriges Kind klagte über großen Durst und urinierte täglich ein Harnmenge von 3 l („The Lancet“, 1905, Nr. 9). Der Urin hatte ein spezifisches Gewicht von 1006—1003, reagierte neutral oder schwach sauer, enthielt Spuren von Albumen, doch keine renalen Elemente und war frei von Zucker. Nach 10 Tagen sank die Urinmenge, das Mädchen verfiel in einen komatösen Zustand, die Pupillen waren erweitert und ungleich, der Puls war schwach und es bestand CHEYNE-STOKESsches Atmen. Bei der Autopsie fand man zwei ausnehmend kleine Nieren. Die Kapsel war adhärent, die Oberfläche uneben, die Farbe weiß. Die Rindensubstanz war sehr verkleinert und wies zahlreiche Zysten von geringer Größe auf. Die Veränderungen waren die einer chronischen Nephritis mit atrophischen Läsionen, die wahrscheinlich aus einer akuten Nephritis hervorgegangen war. Trotz der starken Anämie der Nieren bestand keine Amyloidose. J. ST.

P. A. PREOBRASCHENSKI (Moskau): **Zur Frage der Bedeutung der Syphilis in der Ätiologie der Tabes dorsalis. Über einen Fall von Tabes dorsalis im Kindesalter.**

Verf. gelangt in bezug auf die Bedeutung der Syphilis in der Ätiologie der Tabes dorsalis zu folgenden Schlüssen („Monatsschr. f. Kinderheilkunde“, 1905, Bd. 4, Nr. 3): 1. Wenn es auch für den Zusammenhang zwischen Syphilis und Rückenmarksschwindsucht keinen direkten Beweis gibt, so sprechen doch sämtliche indirekten Beweise für diesen Zusammenhang; infolgedessen kann man die Syphilis als die Hauptursache der Tabes dorsalis betrachten; ohne Syphilis gibt es keine Tabes, ebenso wie es ohne Diphtheritis keine Diphtherielähmung gibt. 2. Sämtlich Argumente, die gegen diesen Zusammenhang vorgebracht werden, sind ziemlich schwach. 3. Welche unmittelbaren Ursachen die Entwicklung der Tabes dorsalis bei Syphilis bewirken, ist unbekannt; jedenfalls hat die vorangehende Behandlung der Syphilis gar keine Bedeutung; die Rückenmarksschwindsucht entwickelt sich sowohl nach und sogar während einer energischen antisyphilitischen Kur sowie auch ohne jegliche spezifische Behandlung. Die Ätiologie der Tabes dorsalis ist somit in denselben Worten enthalten, durch welche KRAFFT-EBING die Ätiologie der progressiven Paralyse charakterisiert hat: Syphilisation und Zivilisation. L—y.

CH. SABOURIN (Paris): **Das Menstruationsfieber der Phthisiker.**

Es gibt wenige tuberkulöse Frauen oder Mädchen, bei welchen sich die Menses nicht durch eine Temperaturerhöhung ankündigten („Rev. d. méd.“, 1905, Nr. 3). Aus den Fällen S.s geht hervor, daß der Arzt wohl an diese Tatsache denken muß, wenn er sich nicht Irrtümern aussetzen will. Wenn man methodisch die Reihenfolge der verschiedenen Erscheinungen bei der Menstruationskrisis der Phthisiker studiert, so erscheint es S. unbestreitbar, daß die Temperaturerhöhung mit der Fluxion, die gegen die Atmungswege zu statthat, in Verbindung steht, daß also deren Pathogenese in der Lungenkomplikation begründet ist. Oft kann das Studium des Menstruationsfiebers zur Diagnose einer verkannten Tuberkulose, die Kenntnis seiner verschiedenen Erscheinungen zur Erklärung mancher bei den Phthisikern vorkommenden Zufälle führen, ja auch ein wichtiges prognostisches Mittel sein. Im allgemeinen ist das Menstruationsfieber meist gutartig und ohne Einfluß sowohl auf den Verlauf der tuberkulösen Veränderungen wie auf das Allgemeinbefinden. Die Mehrzahl der tuberkulösen Patientinnen zeigt diese Erscheinung während der ganzen Dauer ihrer Kur, ohne daß sie deshalb einer besonderen Pflege bedürften; diejenigen, welche jedoch schon während der Menstruation

Blutspucken gehabt haben, müssen während der Fieberperiode Bettruhe halten. Fast immer geht die Hämoptyse den Menses voran und hört mit dem Eintritt derselben auf. Wenn trotzdem die Lungenblutung anhält, muß man dieselbe behandeln, als wenn sie kongestiven Ursprungs wäre, und strenge, 24—48 Stunden lang einzuhaltende Diät schien S. die energischeste Therapie zu sein. Wenn es sich um phthisische Frauen handelt, bei welchen die mehr oder weniger ausgesprochene Dysmenorrhöe sich in Amenorrhöe zu verwandeln im Begriffe ist, liegen die Verhältnisse anders, die Therapie ist hier ziemlich machtlos und man muß sich darauf beschränken, möglichst die verschiedenen Schmerzen, an welchen die Patientinnen während der Menses leiden, zu lindern und das Allgemeinbefinden zu heben, wodurch es zuweilen gelingt, nach Monaten wieder die Menses normal zu gestalten. G.

BARACZ (Lemberg): **Zur Behandlung vorgefallener brandiger Hämorrhoidalknoten.**

Während ein großer Teil der Chirurgen vorgefallene brandige Hämorrhoiden nicht operiert, hat Verf. in 3 Fällen die Operation mit gutem Erfolge ausgeführt. Das Verfahren ist das altbewährte LANGENBECKsche: Der Knoten wird bei dilatiertem Sphinkter heruntergezogen, möglichst weit von der nekrotischen Partie wird eine Klemmzange angelegt, dann wird der Knoten im Gesunden mit dem Paquelin abgetragen und der Rest des Knotens verschorft. Tamponade mit Jodoformgaze, strenge Diät, innerlich Opiumtinktur. Nach 6 bis 7 Tagen bekommt Patient Rizinusöl, die granulierende Wunde wird mit Lapissalbe verbunden („Zentralbl. f. Chir.", 1905, Nr. 17).

ERDHEIM.

ISNARDI (Turin): **Über eine Vereinfachung der Technik der Transplantation nach THIERSCH.**

Auf Grund von langjähriger Erfahrung kam Verf. zur Überzeugung, daß das vor dem Anlegen der THIERSCHschen Lappen fast allgemein geübte Abschaben der Granulationen nicht notwendig, ja sogar schädlich sei. Histologische Untersuchungen haben nämlich ergeben, daß bei intakten Granulationen schon nach 18 Stunden neugebildete Gefäße zwischen den Lappen und den Granulationen vorhanden sind, während bei zerstörten Granulationen die Neubildung von Gefäßen erst nach 3 Tagen eintritt. Verf. schont daher die Granulationen und sorgt schon während der Behandlung des Defektes dafür, daß die Granulationen hart, rosafarbig, gesund bleiben und die zu operierenden Partien streng aseptisch gehalten werden; dies geschieht am besten durch häufigen Verbandwechsel („Zentralbl. für Chir.", 1905, Nr. 14). Die Fixation der Lappen geschieht durch weitmaschige Gaze, die an den Rändern mit Kollodium angeklebt wird. Über dieselbe kommt ein feuchter Verband mit 3·5%igiger warmer Borsäurelösung, die alle 24, oder bei Eiterung alle 12 Stunden gewechselt wird. Nach 8 Tagen legt man einen Salbenverband an. Mit dieser Methode erzielte Verf. auch in sehr schweren Fällen regelmäßig sehr gute Resultate. ERDHEIM.

KARL HERXHEIMER und **HANS HÜBNER** (Frankfurt a. M.): **Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaete pallida.**

Verff. haben in Abstrichpräparaten mit dem ROMANOWSKYschen Eosin-Methylenblaugemisch eine große Menge Spirochaeten wahrgenommen, die SCHAUDINN der Art Spirochaete refringens zurechnete. Nach Giemsafärbung konnten sie auch die Spirochaete pallida auffinden. Erstere Art steht sicher in keiner Beziehung zur Syphilis. In der Regel wurde die Mischung der Giemsalösung aus den Stammlösungen immer frisch bereitet. Ohne Erfolg blieben die Bemühungen, Spirochaeten im kreisenden Blut sekundär Syphilitischer zu finden, was SCHAUDINN im Milzblut, REHZEH im Blut der Fingerbeere geglückt ist; auch in Abstrichpräparaten der Milz und der Leber, des Knochenmarks und der spezifisch veränderten Knochenknorpelgrenze eines an hereditärer Lues gestorbenen Kindes haben Verff. keine Spirochaeten gefunden. Es ist nicht geglückt, die Spirochaete pallida im Lymphsaft spezifisch veränderter Drüsen, im Blut und bei hereditärer Lues zu finden, fast stets aber in den Krankheitsprodukten der primären und sekundären Syphilis selbst, in einem Fall im Gewebe. In der Regel werden die Spirochaeten immer nur in äußerst geringer Anzahl gefunden. Im hängenden Tropfen scheint die Untersuchung leichter zu sein als im Trockenpräparat. Die Untersuchung geschieht am besten mit $^1/_{12}$ Ölimmersion und mittelstarkem Okular. GIEMSA hat eine Farblösung dargestellt, die sich bisher bewährt hat. Neben dem Methylalkohol fand er Glyzerin ganz vorzüglich geeignet als Lösungsmittel der Farbstoffe. Durch Überschuß an basischem Farbstoff wird Haltbarkeit selbst für das Tropenklima erreicht und vorzeitiger Ausfällung des Farbstoffes beim späteren Vermischen der Lösung mit Wasser vorgebeugt. Die genauere Zusammensetzung der neuen Farblösung ist Azur II-Eosin 3 *g*, Azur II 0·8 *g*; Glyzerin (Merck, chemisch rein) 250 *g*, Methylalkohol (Kahlbaum I) 250 *g* („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 26). In vielen Tausenden mit der neuen Lösung gefärbter Präparate wurden, außer in den betreffenden Krankheitsfällen, nie Spirochaeten oder Bakterien gefunden. Die Einwände von THESING sind daher kaum ernst zu nehmen. Die von ihm gefundenen Bakterien der verschiedensten Art in einem Gesichtsfeld dürften nichts anderes sein, als die beim Trocknen des Ausstrichs der früheren wässerigen Lösung sich ausscheidenden sehr winzigen Methylenblau- und Methylenagarkristalle. G.

RUBEŠKA (Prag): **Ein verkalktes Fibrom des Septum recto-vaginale als Geburtshindernis.**

Bei einer 30jährigen graviden Frau (VI-para) wurde unter der Portio vaginalis rechts eine kugelige, harte, empfindliche Geschwulst in Orangengröße vorgefunden, die mit der Gebärmutter nicht zusammenhing. Durchs Rektum ist zu fühlen, daß die Geschwulst im rektovaginalen Septum liegt, daß sie beweglich ist und nur durch dünne Fasern an der oberen Peripherie mit der Umgebung zusammenhängt. Da die Geburt bald zu erwarten war, wurde entschieden, nach den ersten Geburtswehen, also während der Geburt, die Geschwulst zu exstirpieren, um einer eventuellen eiternden Wunde während der Geburt auszuweichen. Zwei Tage nach Erweiterung des Muttermundes auf die Größe eines Handtellers wurde zur Auslösung der Geschwulst geschritten. Über der größten Konvexität der Geschwulst wurde die hintere Scheidenwand sagittal aufgeschnitten, die Geschwulst meistenteils stumpf isoliert, nur an der oberen Peripherie wurden die stärkeren Fasern durchschnitten, wodurch eine kleine Öffnung in dem Peritoneum des Douglas entstand, die sofort vernäht wurde, und die vaginale Wunde wurde dann sagittal verschlossen. Nach $1^1/_2$ Stunden spontane Geburt eines ziemlich starken Mädchens. Die vaginale Naht litt unter der Geburt gar nicht. Puerperium normal. Genesung. Chemische und mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab, daß es sich um ein verkalktes Fibrom des rektovaginalen Septums handelte, das hart unter dem Peritoneum des Douglas saß und jedenfalls vom Blatte der Fascia pelvis, die vom Douglas zwischen Scheide und Rektum zum Levator ani herabsteigt („Časopis českých lékařů", 1905, Nr. 4), ausgegangen war. Als Geburtshindernis kann sie als ein wahres Unikum betrachtet werden. STOCK.

L. MICHAELIS (Berlin): **Weitere Untersuchungen über Eiweißpräzipitine.**

Verf. fand, daß durch die Injektion der einzelnen Eiweißstoffe des Serums verschiedene Präzipitine erzeugt werden. Injektion von Globulin zusammen mit Albumin in Form des natürlichen Blutserums erzeugt ein für Globulin wirksames Präzipitin, während das sonst bei Injektion von Albumin allein auftretende, auf Albumin kräftig wirkende Präzipitin nicht gebildet wird. Den beiden Fraktionen des Globulins, dem Euglobulin und dem Pseudoglobulin, entsprechend, lassen sich durch partielle Absättigung verschiedene Komponenten des Präzipitins nachweisen. Durch die peptische Verdauung verliert das Albumin schon nach kürzester Zeit, lange ehe die Koagulationsfähigkeit durch Hitze verschwindet, die Fähigkeit, mit Präzipitin einen Niederschlag zu bilden. Durch Injektion derartigen unfällbar gemachten Serums konnte dann ein Präzipitin gewonnen

werden, das mit dem angedauten Serum intensiv reagiert; dieses Präzipitin gibt, mit einer geringen Menge normalen Serums versetzt, einen Niederschlag, der im Überschuß des Serums sehr leicht löslich ist. Dasselbe Präzipitin reagiert mit Pseudoglobulin gar nicht, wohl aber mit Euglobulin und Albumin; ferner nicht mehr mit Serum, das bis zum Verschwinden des koagulierbaren Eiweißes verdaut ist. Wie durch die Verdauung die Eiweißkörper verändert werden müssen, um diese Unterschiede in der Präzipitinbildung zu zeigen, läßt sich noch nicht erklären („Zeitschr. f. klin. Med.", Bd. 56). Die Verbindung von Präzipitin und präzipitabler Substanz, welche zu der Niederschlagsbildung führt, ist eine unvollkommene, reversible, chemische Reaktion; der Niederschlag gibt nämlich an physiologische Kochsalzlösung präzipitable Substanz ab, und Überschuß der präzipitablen Substanz hemmt die Niederschlagsbildung. Eine Gleichung für den Gleichgewichtszustand der Reaktion läßt sich nicht aufstellen, weil der Niederschlag eine wechselnde Zusammensetzung hat. B.

VINCENT (Paris): **La symbiose fuso-spirillaire, ses diverses déterminations pathologiques.**

Seit der näheren Beschreibung der fusiformen Bazillen und der fast konstant mit ihnen vorkommenden Spirillen durch den Autor hat sich die Kenntnis von der Verbreitung und Wirkungsweise dieser Bakterien bedeutend erweitert; man fand sie in klinisch und pathologisch ähnlichen Prozessen der Haut, der Schleimhaut des Mundes, Pharynx und des Larynx, in den Lungen und auch bei Entzündungen lymphoider Organe, besonders der Tonsillen. Im Gewebe („Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie", VI, Nr. 5, Mai 1905) bedingen diese Mikroorganismen Eiterung, Nekrose und Gangrän und bezieht VINCENT den verschiedenen Entzündungseffekt auf eine verschiedene Virulenz und auf eine verschiedene Disposition des befallenen Organismus. Die Bazillen sind 6—12 μ lang, spindelförmig, im lebenden Zustand nach Angabe des Autors nicht gekrümmt; gramnegativ. Gegenüber den Spirillen, welche eine lebhafte Eigenbewegung haben, zeigen die Bazillen nur selten eine träge Beweglichkeit. In den verschiedenen Krankheitsprozessen findet VINCENT das Spirillum nur an der Oberfläche, während der Bazillus tief ins Gewebe eindringt. Übergangsformen zwischen Bazillus und Spirillum, wie solche von verschiedenen Forschern beschrieben werden, sah VINCENT niemals. Angeblich bekam VINCENT verhältnismäßig leicht Kulturen des Bazillus auf mit menschlichem Serum versetzten Nährböden bei aerober und anaerober Züchtung. Doch beschreibt der Autor diese Kulturen nicht näher. Bazillus und Spirillum kommen fast konstant zusammen vor. VINCENT konnte aber auch Anginen beobachten, wo sich nur Bazillen fanden, andrerseits fand er in 3 von 46 Hospitalbrandfällen nur das Spirillum mit Eiterkokken. Der Bacillus fusiformis findet sich fast stets im Munde; interessant ist die Angabe von LE DONTEC, welcher ihn wie die Tetanusbazillen in der Ackererde gefunden haben will. VINCENT bespricht dann verschiedene pathologische Prozesse, bei welchen er die beiden symbiotisch lebenden Formen fast konstant angetroffen hat, und zwar zuerst den Hospitalbrand, von welchem er im Jahre 1896 anläßlich einer Expedition nach Madagaskar mehrere hundert Fälle gesehen hat. Die Geschwüre lokalisierten sich meist an den unteren Extremitäten, an den Händen und Vorderarmen; den gleichen bakteriologischen Befund kann man bei dem sogenannten phagedänischen Tropengeschwür erheben, welches in China, Indochina, an den Küsten des Roten Meeres, am Senegal und im Sudan häufig beobachtet wird. Die Affektion entsteht entweder primär oder schließt sich an vorausgehende luetische oder andere Ulzerationen an. VINCENT kommt dann auf die nach ihm benannte Angina zu sprechen, von welcher er zwei Formen unterscheidet: Eine pseudomembranöse oder diphtheroide Form, bei welcher man fusiforme Bazillen mit Streptokokken findet und eine ulzeromembranöse Form, welche in pulpös dunkelgrau belegten, höckerigen, leicht blutenden Geschwüren auftritt und die häufigere ist (97%); hier findet man fusiforme Bazillen mit Spirillen; mit letzterer Form verbinden sich Drüsenschwellungen und Allgemeinerscheinungen. Die Angina tritt meist zwischen dem 18.—30. Lebensjahr auf, darüber hinaus sehr selten, und schließt sich manchmal an eine Stomatitis ulceromembranacea an. VINCENT erörtert dann die Differentialdiagnose seiner Angina gegenüber der Diphtherie und zwischen Angina und Lues. Wenn bei Diphtherie auch das Deckglas keine Entscheidung bringt, obwohl deutliche Differenzen zwischen den Diphtherie- und fusiformen Bazillen bestehen, so ist die Scheidung durch die Kultur leicht möglich. Die Differentialdiagnose zwischen VINCENTscher Angina und Tonsillarsklerose ist aber oft recht schwer, da beide Affektionen fast gleiche Drüsenschwellungen zeigen können und sich beide Prozesse oft verbinden. VINCENT führt nach der Noma, welche bekanntlich auch durch die fusiformen Bazillen und Spirillen erzeugt wird, noch verschiedene andere bakteriologisch gleiche Prozesse an, erwähnt, daß er im Eiter von 17 Zahnabszessen 7mal die fusiformen Bazillen und Spirillen gefunden hat; in 19 Fällen von Appendizitis fand er diese Bakterien 11mal; diese letzteren Tatsachen erklären sich leicht aus dem konstanten Vorkommen dieser symbiotischen Bakterienformen im Verdauungstrakt. In Fällen putrider Lungengangrän und Pleuritis hatten VINCENT, FEITZ und RONA positiven Befund. Von VINCENT mit Material von verschiedenen gangränösen Prozessen auf gesundes Gewebe ausgeführte Impfungen blieben erfolglos. Der Autor betont aber, daß, wenn die sonst saprophytisch im Verdauungstrakt vorkommenden fusiformen Bazillen und Spirillen auf durch verschiedene toxische Substanzen, wie Quecksilber, Phosphor, Blei oder durch andere Infektionen geschädigtes Gewebe kommen, sie dann auf dieser Basis einen neuen, oft sehr destruktiven Prozeß erzeugen. K. F.

NICOLLE et **CHALTIEL** (Tunis): **Quelques faits et quelques expérience concernants la rage.**

Die vorliegende Mitteilung („Annales de l'institut Pasteur", Bd. 18, pag. 644) ergänzt unsere Kenntnisse über das Vorkommen der Wut bei Tieren; so beobachteten Verff. dieselbe bei dem Herpestes ichneumon („raton") und berichten über einen Fall, in dem ein Mensch von einem wutkranken Ichneumon gebissen wurde. Ferner erwiesen sich bei entsprechenden Versuchen graue und weiße Ratten bei subduraler und intraokulärer, nicht aber bei intramuskulärer Impfung für die Wut empfänglich, wobei die Krankheit oft so plötzlich ausbricht, daß ihre wahre Natur gar nicht zu erkennen und erst durch experimentelle Verimpfung zu erweisen ist. In einer weiteren Versuchsreihe zeigte sich, daß die Speicheldrüsen von Passagekaninchen nur selten (in einem Fall unter vier) das Wutvirus enthalten. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Über **plastischen Knochenersatz** bei der Heilung der Spina ventosa und über die Enderfolge berichtet SCHMIEDEN („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 75). Verf. verwendete in den autoplastischen Versuchen bei Spina ventosa der Hand- und Fußknochen die langen Röhrenknochen der Unterschenkel, und zwar nahm er Stücke der Tibia zur Transplantation. In 13 Fällen hat er diese Methode angewendet und von diesen sind 9 vollkommen geheilt worden, während in 4 Fällen das implantierte Knochenstück wieder ausgestoßen wurde. In den geheilten Fällen sind 1—1½ Jahre seit der Operation vergangen, eine Zeit, welche genügt, um ein definitives Urteil fällen zu lassen. Die Operation wird so gemacht, daß man an dem erkrankten Gliede durch einen Seitenschnitt die Weichteile durchtrennt, sie mit dem Messer scharf vom erkrankten Teile befreit, wobei kalte Abszesse keine Hindernisse bieten, wohl aber Fisteln, welche eine sekundäre Infektion verraten. Letztere müssen erst ausheilen, ehe man die Transplantation ausführt. Man kann eine gute Stellung der Knochen am besten durch Extensionsverbände fördern und erhalten, so weit es eben möglich ist. Nur bei Kindern, welche besonders elend und schwächlich sind und multiple Tuberkulose aufweisen, sind die Resultate der Knochentransplantation schlechte; man muß daher bei solchen Kranken seine Maßnahmen auf allgemein roborierende Therapie beschränken.

— Die **Behandlung der Anasarka mit intravenösen Collargolinjektionen** bespricht MOLLEREAU („Recueil de Méd.", 1905, Nr. 24). Da die von DIECKERHOFF eingeführte und auch von THOMASSEN in Utrecht („Rev. Gén. de Méd. Vét.", 1904) mit Erfolg angewandte Behandlung der Anasarka durch tägliche intravenöse Collargolinjek-

tionen in die Jugularis — je 25 cm^3 der 2%igen Lösung — in Frankreich noch nicht genügend bekannt ist, teilt Verf. die Geschichte von 9 von ihm auf diese Weise behandelten Fällen mit. Mit Ausnahme eines Falles, der schon mit einer Temperatur von 41° in Behandlung kam, trat immer Heilung ein, und zwar durchschnittlich nach 5 Injektionen, deren jede von einem Sinken der erhöhten Temperatur begleitet war. Bei Verwendung nicht frischer Collargollösung traten gelegentlich vorübergehende Erregungszustände auf; auch schien in diesen Fällen die therapeutische Wirkung auszubleiben. Gleichzeitiger Gebrauch von Diureticis empfiehlt sich. Wenn auch die Zahl der behandelten Fälle nicht sehr bedeutend ist, so sind die Resultate doch so günstig, daß sie zu weiteren Versuchen auffordern.

— Zur **Scharlachtherapie** nimmt QUEST („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 25) das Wort. Verf. hat 21 scharlachkranke Kinder der Serumbehandlung unterzogen, 11 mit dem BUJWIDschen, 10 mit dem MOSERschen Serum. Bei BUJWIDschem Serum nur einmal günstiger Einfluß auf den Fieberverlauf, einmal Entfieberung erst am dritten Tage, sonst kein Effekt auf die Körpertemperatur, zweimal Serumexanthem, zweimal Albuminurie, ebenso oft Nephritis; Halsdrüsenschwellung wiederholt beobachtet; in zwei Fällen Otitis; zwei Fälle gingen letal aus, einer mit protrahiertem, schwerem Verlauf, der andere durch ausgedehnte Phlegmone an der Injektionsstelle, deren Eiter Streptokokken fast in Reinkultur enthielt. In der Mehrzahl der Fälle bildeten sich Infiltrate an den Injektionsstellen. Bei den mit MOSERschem Serum behandelten Fällen drei mit letalem Ausgang, zwei davon fast unmittelbar nach der Injektion, einer mit schwerer Tuberkulose kompliziert. Von den übrigen 7 Fällen bei zweien Temperaturabfälle um 1·8, bzw 0·9° in 24 Stunden, bei zweien Entfieberung erst am vierten Tage nach der Injektion, in anderen Fällen keinerlei Einfluß auf das Fieber, dreimal Serumexantheme. Ausgesprochene Besserung des Allgemeinbefindens nur in wenigen Fällen, Exanthementwicklung wurde nie verhindert, in einigen Fällen war sie nach beiden Serumarten sogar intensiver. Die Entzündung der Rachenorgane nahm trotz der Injektion ihren weiteren Verlauf.

— Wenn man **Mesotan**, zu gleichen Teilen mit Olivenöl gemischt, auf eine trockene Haut einpinselt und die Stelle mit einem permeablen Stoffe verdeckt, so tritt keine Reizung der Haut auf; da man aber auf diese Weise die Salizylsäurewirkung nicht vollkommen ausnutzt, sondern letzteres erst dann stattfindet, wenn man das Mesotan energisch in die Haut hineinreiben kann, wie man Ung. einer. einverleibt, so hat RUHEMANN („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 19) statt des Ölgemisches Mesotan in Form einer Salbe, die mit Vaselin hergestellt ist, zur Anwendung gebracht. Mit einer Salbe, die 5 *g* Mesotan + 15 bis 50 *g* Vaselin enthält — man kann bis 10 *g* Vaselin hinuntergehen, ohne die Salbenkonsistenz zu verlieren —, darf man nun so kräftig wie möglich und wiederholt an derselben Stelle eine Massage vornehmen, ohne daß die dermatitischen oder ekzematösen Affektionen eintreten, die bei brüsker Verreibung des Mesotanöles beobachtet worden sind. Die massierte Stelle erfährt nachträglich keine Reizung, wenn auch nach der Applikation der Salbe die Hautpartie in Watte gewickelt wird. Auch Kinder vertragen die Applikation dieser Mesotansalbe ausgezeichnet. Legt man sich die Frage nach der Reizlosigkeit des Mesotanvaselins gegenüber dem Mesotanöl vor, so kann man sich die Vorstellung bilden, daß das Gemisch von Mesotan und Öl keine Auflösung des Mesotans in letzterem, sondern eine Lösung des Öles in Mesotan bildet. Es rührt dies daher, daß die Öle ebenfalls Ester von sehr großem Molekulargewicht vorstellen. Es wäre also möglich, daß die Lösung von Mesotan in einem anders gearteten Vehikel, z. B. Kohlenwasserstoff mit kleinerem Molekulargewicht als Olivenöl, sich der Haut gegenüber anders verhielte, und zwar wegen der im physikalisch-chemischen Sinne sinkenden Tension des Mesotans.

— Über **Wirkung und Nebenwirkungen des Maretins** berichtet FERDINAND HENRICH („Therap. Monatsh., 1905, Nr. 3). Verf. hat dieses Mittel in 13 Fällen mit nahezu 300 Dosen angewendet. Bei mittleren Fiebertemperaturen der Phthisiker wurde die Temperatur durch Darreichung von Maretin meistens prompt heruntergesetzt. Gelegentliche Exazerbationen kamen vor. Maretin wurde im allgemeinen 2mal täglich gegeben, und zwar um 11 Uhr vormittags und um 3 Uhr nachmittags. Gleich die erste Dosis Maretin erzielte eine Temperaturerniedrigung. Aussetzen des Mittels hatte am folgenden Tage sofort eine Steigerung bis 38·9° zur Folge. Auf die Pulskurve wirkten Dosen von 0·25 und 0·5 *g* Maretin so gut wie gar nicht ein. Ein geringer Unterschied macht sich entsprechend der Temperaturerniedrigung in der Frequenz der Pulse bemerkbar. Die einzigen, sicher beobachteten, unangenehmen Nebenwirkungen waren Schweißausbrüche, die sich häufig einstellten und zuweilen sehr lästig wurden. Außer bei Phthisis pulmonum wurde Maretin noch angewandt bei einem Fall von Beckentuberkulose. Eine wesentliche dauernde Beeinflussung der Temperatur konnte hier nicht festgestellt werden. Bei einem Fall von Pneumonie, ferner einer Pat. mit Erysipel sowie einer Pat. mit septischer Endokarditis blieb die Anwendung von Maretin resultatlos.

— Über **Darminvagination** und eine gefahrlose Methode der operativen Behandlung berichtet ISRAEL („Münchener med. Wochenschrift", 1905, Nr. 17). Bei dieser Methode wird der Darminhalt von der Bauchhöhle zur Verhütung der Infektion abgeschlossen. Es wird der Schnitt senkrecht entsprechend dem Colon ascendens geführt, das letztere in die Wunde gezogen, mit dem Peritoneum der Bauchwand vernäht und darauf ein Schnitt von einigen Zentimetern Länge in das Kolon gemacht. Durch die Öffnung wird das invaginierte Darmstück vorgezogen. Verf. konnte seinen linken Zeigefinger in das innere Darmrohr einführen, durchtrennte mit Querschnitten das äußere und vernähte es in der Breite der gemachten Öffnung mit dem sich darbietenden Peritonealüberzug des inneren Darmrohres, um jedes Einfließen von Blut in den Bauchraum zu vermeiden. Beim Weiterdurchtrennen fand sich auf der nicht verwachsenen Peritonealfläche des inneren Rohres eine blutig unterlaufene glanzlose Stelle, zu deren Ausschaltung Verf. die Schnittführung, noch einmal von neuem beginnend, etwas höher legen mußte. Nach der Vernähung des äußeren Rohres mit dem inneren und dem Abschluß nach der Bauchhöhle durchschnitt er Peritoneum, Muskelschicht und Schleimhaut des inneren Rohres bis zum Ansatz des Mesenteriums, welches er diesmal abschälte. Die Blutung war infolgedessen eine sehr geringe. Dann wurden die beiden Darmrohre durch Nähte nach LEMBERT fest verbunden, das innere Darmstück durch die BAUHINsche Klappe zurückgeführt und enthülst. Die Wunde im Colon ascendens wurde nicht umschlossen, um Kontrolle über die Permeabilität zu haben. Die Defäkation stellte sich durch den Anus praeternaturalis sofort ein und nach mehreren Tagen konnte die Wunde sekundär vereinigt werden.

— Das **Gonosan** wird nach den Erfahrungen von MERZBACH („Münch. med. Wochenschr.", 1905, Nr. 5), da es keinen widerlichen Geschmack besitzt, leicht genommen, ohne den Magendarmkanal nachteilig zu beeinflussen; es ruft auch bei größeren Gaben keine Nierenreizungen hervor; es hat eine deutliche vorteilhafte Wirkung auf die Beschränkung der Sekretion aus der infizierten Harnröhre; es hemmt das weitere Wachstum der Gonokokken, zeigt ausgesprochene diuretische Eigenschaften und wirkt anästhesierend, d. h. schmerzlindernd, besonders anaphrodisisch, verhindert die Reizerrektionen beim Urinieren und setzt den Harndrang, bis zu einem gewissen Grade auch die Zahl der Pollutionen, herab.

Literarische Anzeigen.

Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin im In- und Auslande. Von **Dr. W. Ebstein** und **Dr. E. Schreiber.** Bericht über das Jahr 1901. Heft 1—4. Stuttgart 1904, F. Enke.

Gleich anderen Disziplinen der theoretischen und praktischen Medizin, der Anatomie und Physiologie, der Chirurgie und Geburtshilfe, besitzt nunmehr auch die allzulange stiefmütterlich behandelte innere Medizin ihren Jahresbericht, der uns ein vollständiges Verzeichnis der Produktion auf diesem großen Gebiete vermittelt. Der fleißigsten und berufensten Einer, W. EBSTEIN, hat sich und sein Können an des Werkes Spitze gestellt und damit über Qualität und Zukunft desselben entschieden, vor allem dadurch, daß er die richtigen Mitarbeiter zu finden wußte. Der Bericht umfaßt alle

wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Gebiete der inneren Medizin mit Einschluß der Kinderkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten samt den Grenzgebieten, und zwar in kurzen, scharf gezogenen, sorgfältigen Referaten, die alles Wesentliche enthalten, worauf es ankommt, um den Leser zu informieren, ihm die Lektüre der Originalarbeit zu ersparen oder, wenn er hierzu Zeit, Lust und Muße findet, nahezulegen. Br.

Die Entwicklung der Dermatologie in Berlin. Von **Dr. P. Richter** in Berlin. Eine historische Skizze. Berlin 1904, August Hirschwald.

Zu Ehren des in Berlin im September 1904 tagenden V. internationalen Dermatologenkongresses hat Richter eine historische Skizze über die Pflege der Dermatologie in Berlin, überhaupt in der Mark Brandenburg seit Beginn der Neuzeit, entworfen. Früher war das wissenschaftliche Leben in jenen Teilen des Reiches überhaupt nur spärlich vorhanden, den geistigen Mittelpunkt bildete Frankfurt an der Oder, wo eine Universität seit 1506 bestand. Später erst gelangte die medizinische Wissenschaft in Berlin zur Blüte, nachdem 1700 die Sozietät der Wissenschaften, besonders aber, nachdem 1710 die Charité gegründet wurde, die seit 1726 der Ausbildung der Militärärzte dient. Im Jahre 1810 erfolgte die Gründung der Berliner Universität, doch blieb die Schule der Dermatologie immer sehr vernachlässigt, bis Gustav Simon und Bärensprung, endlich Lewin und Köbner sie zu größerem Ansehen brachten. Am Schlusse dieser interessanten Schrift finden wir eine Aufzählung der jetzigen Dermatologen Berlins sowie eine Beschreibung der Abteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten an öffentlichen Krankenanstalten. Sachs.

Die Bekämpfung des Uteruskrebses. Ein Wort an alle Krebsoperateure. Von **Dr. Georg Winter**, ordentlichem Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Königsberg i. Pr. Stuttgart 1904, Enke.

Im operativen Kampfe gegen das Uteruskarzinom scheint die letzte Etappe erreicht zu sein. Eine weitere Verbesserung unserer Dauerresultate kann jetzt nur dadurch erzielt werden, daß wir den Krebs so früh wie möglich zur Operation bringen. Dies kann nur durch Behebung aller jener Hemmnisse geschehen, welche heute die Ursache dafür sind, daß wir in der Regel viel zu spät zur Operation kommen. Darum hat Winter einen nachahmungswerten Kampf speziell in Ostpreußen organisiert, indem er durch sachgemäße Aufklärung an alle Ärzte, an alle Hebammen und schließlich an die Frauenwelt selbst appelliert. Von den Ärzten verlangt er: 1. daß sie bei allen mit Unterleibssymptomen zu ihm kommenden Kranken sofort innerlich untersuchen, 2. die Diagnose auf „Krebs" richtig stellen, 3. die Kranken sofort an einen Operateur überweisen; von den Hebammen fordert er energisch, daß sie gynäkologisch Kranke überhaupt nicht untersuchen, geschweige denn in Behandlung übernehmen, sondern sofort an den Arzt weisen; das Publikum aber versuchte er durch geeignete Zeitungsartikel über die Frühsymptome und Gefahren des Uteruskrebses einerseits, über die Heilungsmöglichkeit bei frühzeitiger Operation andrerseits zu belehren. Die vorliegende Broschüre, welche im Kampfe gegen die verheerende Krankheit wohl vorbildlich sein wird, ist nicht nur dem Studium der Fachärzte, sondern der praktischen Ärzte überhaupt wärmstens zu empfehlen. Fischer.

Über den sogenannten Weichselzopf. Von **Dr. Wladislaw Neumann**, praktischem Arzt in Neuenburg, Westpreußen. Leipzig 1904, Benno Konegens Verlag (in Kommission).

Nach dem Autor liegt das Wesen des Weichselzopfes nicht in der Zopfbildung als solcher, diese sei nur ein Symptom, vielmehr sei die Plica polonica eine Krankheit sui generis, ein Krankheitsbild, in dessen Vordergrund Symptome von Seite des Magens stehen, die vielfach an den Symptomenkomplex des Magengeschwüres erinnern; dazu können sich noch zahlreiche andere Erscheinungen gesellen, die auf eine Neurose im Gebiete des Sympathikus und Vagus hinweisen. Die Zopfbildung führe eine Linderung aller Symptome herbei, und der Autor meint das so zu erklären, daß die Plica die Einwirkung von Kältereizen, auch der geringsten, hintanhalte. Aus diesem Grunde sei es auch begreiflich, wenn bei plötzlicher Entfernung des Zopfes tatsächlich Verschlimmerungen im Allgemeinzustande des Kranken eintreten. Selbstverständlich kommt es nach dem Autor zur spontanen Bildung dieses Zopfes. In seiner Darstellung, die, was kaum betont werden muß, von der heute allgemein akzeptierten Anschauung, daß es sich um eine Krankheit infolge von Vernachlässigung, sei es aus Mangel an Pflege oder aus Aberglauben, handle, so sehr abweicht, beruft sich der Autor auf eine große Anzahl alter Autoren. Deutsch.

Feuilleton.

Bericht über die 56. Jahresversammlung der amerikanischen Ärztevereinigung (American Medical Association).

Von **Dr. Gustav Baar**, Portland, Oregon.

I.

Dieser größte Ärzteverein der Welt hielt seinen diesjährigen Kongreß in Portland, Oregon, am 11.—14. Juli ab. Die letztere Stadt wurde, wie es hierzulande stets üblich ist, deshalb erwählt, weil in derselben eine grandiose Ausstellung zur 100jährigen Feier des Andenkens von Lewis und Clark stattfindet, dem kühnen Erforscher des Nordwestens der Vereinigten Staaten. Die Zahl der aus allen Staaten anwesenden Ärzte betrug 1630; sie sowie deren Frauen wurden von der Ärztegesellschaft Portlands in freigebigster Weise bewirtet. Jeder teilnehmende Arzt mußte sich registrieren lassen, worauf er Freibillette für die diversen Unterhaltungen, die zur Ehre der Gäste veranstaltet wurden, erhielt: Ausflug nach den Portland Heights, einem herrlichen Aussichtspunkte; Besuch der Ausstellung sowie Teilnahme an einem Festbankett daselbst, Feuerwerke und Spezialvorstellung in „Venedig". Ausflug an den Columbia River, für welchen vier große Dampfer gemietet wurden; nach der Ankunft am Ausflugsorte wurden 40 Lachse, die frisch aus dem Columbia gefischt worden waren, serviert.

Der Konkordiaklub — Klub der Juden Portlands — stellte seine Lokalitäten den Damen der anwesenden Besucher zur Verfügung; die bedeutendsten Ärzte der Stadt gaben ihren Freunden zu Ehren animierte Empfangsabende etc.

Die wissenschaftliche Arbeit dieses Kongresses wurde in den verschiedenen Sektionen geleistet, deren es dreizehn gibt.

Nachdem Dr. John Musser aus Philadelphia, der gewesene Präsident der Gesellschaft, die erste allgemeine Sitzung, die im Rüstungssaale der Oregon Militia stattfand, für eröffnet erklärt, hielt Reverend Morrison, wie es bei solchen öffentlichen Versammlungen unter den religiösen Amerikanern Sitte ist, das Gebet. Hierauf begrüßte der Gouverneur des Staates Oregon die Versammlung, wobei er in humoristischer Weise die bedeutenden Vorteile des Nordwestens der Vereinigten Staaten hervorhob. Im Namen der Stadt Portland richtete deren Bürgermeister Dr. Lane einige seiner Witze an die Versammlung, so z. B. erwähnte er, daß er einst einen Freund auf den Friedhof Portlands mitnahm; der Freund las auf einem nahen Grabsteine die Inschrift: „Hier liegt ein Portländer und ein ehrbarer Mann" und frug verwundert den Bürgermeister, warum man beide in ein Grab gelegt hätte? — Ferner, daß er selbst — ein Demokrat — zum Bürgermeister Portlands, der Hauptstadt des republikanischen Oregon, gewählt wurde; daß er seine Gäste sehr anständig behandeln wolle und sogar dem Polizeichef bereits den Auftrag gegeben habe, keinen der besuchenden Ärzte zu arretieren etc. Hierauf sprachen noch im Namen der Ärztegesellschaft des Staates Oregon Dr. George Wilson, im Namen der Bezirks- und Stadtgesellschaft Dr. Col und im Namen des Arrangementskomitees Dr. Mackenzie. Nach der scharmanten Begrüßungsrede des letzteren wurde die ganze Gesellschaft photographiert. Prof. Hirschberg, Okulist aus Berlin, wurde als Gast der Gesellschaft vorgestellt und machte letztere

darauf aufmerksam, daß er der einzige Okulist aus Europa sei, der bereits drei Ausflüge nach Amerika gemacht habe. „Sie sehen," sagte er, „meine Damen und Herren, daß es mir gefallen hat." Der neuerwählte Präsident der Gesellschaft, Dr. LEWIS MC MURTRY aus Louisville, Ky. wurde durch den Expräsidenten Dr. MUSSER der Gesellschaft vorgestellt und hielt seine Ansprache, die von dem Ursprung, der Entwicklung und dem Zwecke der American Medical Association handelte. „Diese Gesellschaft," führte der Redner aus, „wurde im Jahre 1846 organisiert, zu einer Zeit, da es in den U. S. A. kaum mehr als 25.000 Ärzte gab; damals nahmen an der Versammlung Mitglieder anderer ärztlicher Gesellschaften, Universitäten und Hospitäler, teil. Mit dem immensen Wachstum des Landes sowie der Anzahl der Ärzte mußte eine Arbeitsteilung in der Organisation stattfinden; im Jahre 1900 fand diese Reorganisation statt, auf Grund welcher die wissenschaftliche Arbeit der Gesellschaft in den Sektionen (Interne Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anatomie und Chirurgie, Ophthalmologie, Hygiene und öffentliches Sanitätswesen, Kinderkrankheiten, Stomatologie, Nerven- und Geisteskrankheiten, Laryngologie und Ohrenkrankheiten, Pharmakologie, Pathologie und Physiologie, Hautkrankheiten und Chirurgie, Urogenitalkrankheiten) geleistet wird, deren Sekretär für eine längere Reihe von Jahren erwählt werden soll, während das Haus der Delegierten, bestehend aus 150 Mitgliedern, welche die einzelnen Staaten entsprechend der Anzahl der Mitglieder der „Staatsgesellschaften" repräsentieren, sich mit der öffentlichen Gesundheitspflege, den medizinischen Schulen, der nationalen Gesetzgebung und dem Wohlergehen des Ärztestandes beschäftigt. Bedenkt man, daß der ärztliche Beruf infolge seiner Lebensbedingungen mehr isoliert ist, als irgend ein anderer Beruf, so leuchtet der erziehliche Einfluß dieser Gesellschaft von selbst ein: der „standard" der „Berufsehre" sowie der „wissenschaftlichen Befähigung" wird durch die Bemühungen der Gesellschaft gehoben. Alle 44 Staaten, inklusive Hawai und Porto Rico, sind in dieser Organisation inbegriffen: Stadt-, Distrikts-, Staatsgesellschaften arbeiten in Harmonie mit dieser Nationalgesellschaft, welche 120.000 Ärzte repräsentiert; da nur wenige dieser Staaten mehr als 50% erwählbaren Ärzte als Mitglieder dieser Organisation aufweisen, so ersieht man, wieviel Arbeit noch zu leisten übrig bleibt, um alle erwählbare Ärzte zu organisieren. Das Haus der Delegierten ernennt aus seiner Mitte verschiedene Komitees, die sich mit den vitalen Interessen der Ärzteschaft Amerikas zu befassen haben, so z. B. ein permanentes Komitee für Ärztegesetzgebung, das vor dem Abgeordnetenhause der Vereinigten Staaten Nordamerikas die Wünsche dieser Assoziation in betreff der beabsichtigten Gesetze, welche die öffentliche Gesundheitspflege oder die materielle oder moralische Wohlfahrt der Ärzteschaft zu beeinflussen imstande sind, vorzubringen hat — oder das Komitee für Pharmazie und Chemie, das die „Patentmedizin"-Frage bearbeitet: jene viel angepriesenen Wunder- und Heilmittel, die vom wissenschaftlichen Standpunkte keine Existenzberechtigung haben, sollen von den berechtigten pharmazeutischen Produkten wohl geschieden und die Ärzteschaft vor Betrug, Konfusion und Demoralisation von seiten der Fabrikanten geschützt werden (eine Maßnahme, die auch in Europa ihre wohltätigen Folgen zeitigen könnte!!); die wirklich wertvollen Errungenschaften auf chemischem und pharmakologischem Gebiete werden von den Mitgliedern dieses Komitees, die Chemiker und Pharmakologen von internationaler Bedeutung sind, in Buchform publiziert; das Journal der Gesellschaft, das allwöchentlich erscheint, wird keine betrügerischen Annoncen enthalten!!"

Während Dr. MC MURTRY sich in seiner Adresse mehr mit den allgemeinen Fragen der Gesellschaft beschäftigte, hielt Dr. COLLINS WARREN aus Boston eine Revue über letztjährige chirurgische Fortschritte, Dr. STOCKTON aus Buffalo über interne Medizin und Doktor BLUMER aus San Francisco über Staatsmedizin vor der Vollversammlung; diese Vollversammlungen sollten im Rüstungssaale der Oregon Militia abgehalten werden, mußten aber infolge schlechter Akustik und übermäßigen Lärmes, der aus der im anschließenden Raume gleichzeitig stattfindenden Ausstellung pharmazeutischer Präparate und chirurgischer Instrumente eindrang, in die erste presbyterianische Kirche verlegt werden; die letztere war wirklich, sowohl was Bequemlichkeit als auch Eleganz und Akustik anbelangt, ein ideales Versammlungslokal. Die Vorträge der verschiedenen Sektionen fanden in den Atkinson-Schulräumen statt, welche von den liberalen Behörden der Gesellschaft in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt wurden.

Den ärmlichsten Anteil an der sonst bedeutenden Leistung des Kongresses hatte die Sektion der internen Medizin, deren Vorsitzender, ein gewisser Dr. CABOT aus Boston, sich einen lokalen Ruf durch ein „Buch über Blut" erschrieben hat.

„Über organische Herzkrankheiten in San Francisco" sprach Dr. CHENEY aus San Francisco. „Über allgemeine Nierenpathologie" Dr. COUNCILMAN aus Boston.

ALFRED STENGEL aus Philadelphia, Professor an der Universität von Pennsylvania, sprach über „Albuminurie bei Nephritis und BRIGHTscher Krankheit": er unterscheidet Nephritis vom pathologischen Standpunkte von der Nephritis vom klinischen Standpunkte, welch letztere er als „BRIGHTsche Krankheit" aufgefaßt wissen will; seine Auseinandersetzungen über die Häufigkeit und charakteristischen Zeichen der Albuminurie bei Erwachsenen, bei Herzkrankheiten, Infektionskrankheiten (speziell Typhus, Pneumonie, Tuberkulosis, Syphilis, Septikopyämie und akute Endokarditis) brachten nichts Neues.

Dr. CHARLES EMERSON aus Baltimore, Professor an der John Hopkins Universität, sprach über Zylindrurie; bedenkt man, daß dieser Herr 500 Fälle von Nierenkrankheiten ante und post mortem untersucht hat, so muß wohl seinen Bemerkungen über die Formation und Bedeutung der Zylinder, speziell der hyalinen Zylinder, einige Bedeutung zugesprochen werden; er zählt jene Zustände auf, unter welchen reine Zylindrurie auftritt und jene, in welchen die Zylindrurie der Albuminurie vorangeht und folgt.

Dr. BROWN aus San Francisco sprach über die Beziehungen von Nierenzuständen zur puerperalen Eklampsie; er betrachtet die Eklampsie als eine Störung im Stoffwechsel; die sehr ausführliche Statistik, die er anführt, zeigt in 80% der Schwangerschaften Albumen, in 30% derselben Albumen und Zylinder. SHATTUCK aus Boston spricht über Diätetik der Nephritis; er hält die diätetische Behandlung für die bedeutsamere, da die direkte Arzneimittelbehandlung so wirkungslos sei (diese Stellungnahme ist sehr heilsam in diesem Lande, das der Diätetik so wenig Bedeutung beimißt). Diuretin findet er ganz unwirksam bei extrakardialem Hydrops, dagegen wirksam bei kardialem: ja, er benutzt es zur Differentialdiagnose!! Er schließt sich ganz der Meinung v. NOORDENS in Diätdingen an, mit der einzigen Ausnahme, daß er Sellerie empfiehlt!! Der Albumengehalt des Urins sei kein Anhaltspunkt für diätetische Maßnahmen! Dunkles Fleisch ist nicht schädlicher als weißes. Nur für akute Nephritis sowie akute Rückfälle der chronischen Fälle empfiehlt er relative Hungerdiät für kurze Zeit: Exklusive Milchdiät; in allen chronischen Fällen dagegen gemischte Diät.

Dr. WOODS HUTCHINSON, ein brillanter Theoretiker aus Portland, spricht über einen Tuberkulosistypus, den er an der nördlichen Pacificküste beobachtet haben will: innerhalb 9 Monaten behandelte er 36 Fälle im Luft-Sanatorium, 5 Fälle in privater Praxis und hatte Informationen über 24 Fälle anderer Ärzte; die Krankheit schien meist alte Ansiedler der Staaten Oregon, Washington, Idaho und Montana zu befallen. Charakteristisch für diesen Typus fand er 1. besonders rapiden Verlauf (3—9 Monate), 2. kleinen, sehr frequenten Puls (105—145), bedeutende Tagestemperaturschwankungen (morgens oft 95° Fahrenheit, nachmittags 101—103), 3. rapide Infiltration und Konsolidation der Lungen, beginnend in beiden Apices, sich ausdehnend gegen die Basis, beinahe gar keine Kavernen; falls letztere anwesend waren, blieben sie klein und zerstreut, 4. sehr selten Hämoptoe, 5. Husten oder andere Reizsymptome der Lungen unbedeutend oder gänzlich fehlend. Unter den Indianern des Nordwestens fand er eine ähnliche Form, oft der Perlsucht gleichend.

Aus der Sektion „Geburtshilfe und Gynäkologie" wären zu erwähnen der Vortrag des Dr. EASTMAN aus Indianopolis über „Harmlose Fibromyome des Uterus"; der Autor versucht zu beweisen, daß alle Fibromyome des Uterus entfernt werden sollten, da ein beträchtlicher Prozentsatz derselben entweder bereits lebensbedrohende Verhältnisse zeige oder später hervorrufen werde, Verhältnisse, die man vor der Operation nicht vermuten könne.

Dr. FREDERICK aus Buffalo tritt für Konservatismus bei Uterusoperationen ein, indem er die Myomektomie gegenüber der Hysterektomie verteidigt; ein bedeutender Prozentsatz solcher Fibromyome könnte mit Hinterlassung eines verhältnismäßig normalen Uterus entfernt werden; an einigen Patientinnen, an denen er vor 8 und 10 Jahren operierte, seien keine Rückfälle aufgetreten. — Dr. SOMMERS aus San Francisco bespricht die Perineorrhaphie; der Levator ani sei die Hauptstütze des Dammes; falls er unverletzt ist, sei eine Perineorrhaphie unnötig; folgerichtig müsse also der Levator ani bei jeder Perineorrhaphie vereinigt werden, und zwar empfiehlt er die kontinuierliche entfernbare Naht hierfür.

BACON aus Chicago bringt nichts Neues über Tuberkulosis als geburtshilfliche Komplikation.

Frau Dr. DAVIS aus Chicago berichtet über ihre Beckenmessungen, die sie in der Spitalsambulanz und Privatpraxis während der letzten 5 Jahre vornahm und vergleicht ihre Resultate mit den Maßen, die an europäischen Frauen gewonnen wurden. Amerikanische Gewohnheiten haben ihren Einfluß auf die Beckenbildung der künftigen Mutter.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Académie des sciences.

GUILLOT: Ein Beitrag zur Technik der künstlichen Atmung.

Im Verlauf einer Chloroformnarkose erlebte GUILLOT eine schwere Synkope. Trotz rhythmischer Zungentraktionen hielt der bedrohliche Zustand an. Da kam GUILLOT auf den Einfall, die Zwerchfellbewegungen dadurch zu beeinflussen, daß er ziemlich heftig die ganze Masse des Abdomens mit beiden Händen — synchron mit Kompressionen des Thorax — gegen das Diaphragma drängte. Nach drei bis vier derartigen Handgriffen schien die Atmung sich wieder einzustellen. Aber sie setzte sofort, trotzdem die gewöhnliche Art der künstlichen Atmung appliziert wurde, wieder aus. Erst als die obige Methode abermals 5—6mal versucht wurde, kehrte die Atmung dauernd zurück.

GIARD: Über Bienengift.

GIARD berichtet über Tierexperimente mit Bienengift. Als Versuchstiere wurden Vögel, insbesondere Sperlinge, benutzt. Es ergab sich, daß das Bienengift hauptsächlich aus drei Substanzen besteht, unter welchen sich ein in der Wärme nicht beständiger Giftstoff befindet, und ein solcher, der vor allem eine betäubende Wirkung entfaltet und erst durch eine Temperatur von 150° zerstört wird. Der dritte Giftstoff endlich erzeugt bei den Versuchstieren Krämpfe. Das Gift entsteht durch die Mischung des Sekrets zweier Drüsen, von denen die eine sauren, die andere alkalischen Inhalt hat. Letztere erzeugt den Konvulsionen erregenden Giftstoff, erstere die beiden anderen Substanzen.

GUILLOZ und SPILLMANN: Über den Einfluß der X-Strahlen auf einen Fall von Leukaemia lienalis.

GUILLOZ und SPILLMANN behandelten die lienale Leukämie mit Röntgenstrahlen bei einem 27jährigen Mädchen, das seit 2 Jahren krank war, in der Art, daß sie nur die Milzgegend bestrahlten. Die Sitzungen fanden jeden 3. oder 4. Tag in der Dauer von 5 Minuten statt. Bald trat eine Verminderung der Leukozytenanzahl ein, während zugleich eine Verkleinerung des Milzvolumens, ein Aufhören der Epistaxis und eine wesentliche Besserung des Gesamtzustandes konstatiert werden konnte. Die Milzgegend wies keinerlei oberflächliche Läsion auf.

CHARRIN: Über aseptische Ernährung.

CHARRIN hat schon früher festgestellt, daß erwachsene Tiere, die man mit steriler Nahrung füttert und in steriler Atmosphäre hält, schlechter gedeihen als die auf gewöhnliche, also mit nicht keimfreier Nahrung gefütterten Kontrolltiere. Durch neuerliche Untersuchungen stellte CHARRIN fest, daß die aseptischen Nahrungsmittel im Verdauungstrakt die Rolle von Fremdkörpern spielen, die Schleimhaut reizen und Erscheinungen von Gastroenteritis verursachen. Gewisse Mikroorganismen scheinen also die Verdauung geradezu zu fördern, weshalb es sich empfiehlt, bei der Sterilisierung der Nahrungsmittel gewisse Grenzen nicht zu überschreiten. Das Problem der Nahrungsmittelasepsis aber bedarf noch ausführlicher Studien.

Société de Biologie.

ARNAUD: Über Absorption, Elimination und Wirkungsweise der Chininsalze.

Aus der Zeit des Eintrittes der physiologischen Wirkungen und durch Prüfung der Ausscheidung im Harn läßt sich nachweisen, daß die Absorption des Chinins sich beim Fiebernden langsamer vollzieht als beim Fieberfreien. Die Differenz kann 2—3 Stunden und darüber betragen. Im allgemeinen erfolgt das Maximum der Ausscheidung nicht 6, sondern 10—11 Stunden nach der Einnahme. Das Maximum des therapeutischen Effekts fällt mit dem Maximum der Elimination zusammen. Die Ausscheidung ist bei fiebernden und nicht fiebernden Individuen rascher, wenn dieselben bereits mehrere Tage hindurch Chinin eingenommen haben. Dieses Verhalten ist auf die partielle Retention des Chinins in den Geweben und auf die weniger energische Ausscheidung nach den ersten als nach den späteren Chinindosen zurückzuführen. Der mit Chinin bereits gesättigte Organismus gibt eben den größten Teil des Medikaments durch die Ausscheidungsorgane wieder ab.

Die Wirkung des Chinins beruht also nicht, wie allgemein angenommen wird, auf den in den Geweben zurückgehaltenen Teilen, sondern auf jenem Teil, der frei im Blut zirkuliert; daraus ergibt sich die Berechtigung der Forderung massiver Dosen, da die antipyretische Wirkung allein durch den freien, im Blut zirkulierenden Anteil des Chinins hervorgerufen wird.

LORTAT-JAKOB und SABARÉANU: Über die Bedeutung der Kastration bei der Erzeugung des experimentellen Atheroms.

Da die Exstirpation der Schilddrüse das Zustandekommen des im Gefolge intravenöser Adrenalininjektionen auftretenden experimentellen Atheroms verhinderte, war die Frage naheliegend, ob auch andere Drüsen mit innerer Sekretion das experimentelle Atherom beeinflussen. Es wurden nun mit Adrenalin bei normalen und bei kastrierten Tieren Versuche angestellt. Bei letzteren genügten kleinere Adrenalindosen, um das Atherom hervorzurufen. Es scheint demnach, daß die Hodensekretion den Folgen der Adrenalinintoxikation entgegenarbeitet, und daß ihr Wegfall das Auftreten des experimentellen Atheroms bei den Versuchstieren begünstigt.

Académie de médecine.

FOURNIER: Allgemeine Paralyse und Syphilis.

FOURNIER schlägt zur Verhütung der Paralyse nach Lues folgende Therapie vor: Die ersten zwei Jahre nach der Infektion müssen durch energische Quecksilberkuren ausgenutzt werden. Dann folgt eine ebenso lange Ruhepause. Im 5. Jahr folgt eine neue, etwa ein Jahr dauernde Quecksilberkur. Im 7. oder 8. Jahr folgt eine neuerliche Merkurbehandlung. Den besten Beweis für den positiven oder negativen Effekt der Kur bieten die Schwangerschaften. Daß sogenannte gutartige Formen von Lues häufiger von Nervenerkrankungen gefolgt sind als bösartigere, erklärte FOURNIER durch den Umstand, daß die schwereren Formen von Haus aus energischer behandelt werden. Eine wichtige therapeutische Rolle spielt ferner die Hydrotherapie und die hygienische Lebensweise des Patienten.

ZUBER: Lungensyphilis.

ZUBER beobachtete ein 13jähriges Mädchen, bei dem die Diagnose Hämoptoe gestellt worden war, da dasselbe blutige Sputa hatte und sehr herabkam. Aber man fand nie KOCHsche Bazillen. Dagegen hatte das Kind am Fuße mehrere exulzerierte Gummen. Sonst fand ZUBER keine Stigmata von Lues und auch die Anamnese war negativ. Bei der Autopsie fand man, daß ein großes vereitertes Gumma an der Basis der rechten Lunge ödematös war. In der Leber, in den Nieren und in der Milz waren zahlreiche gummöse Knötchen.

LEVADITI: Kongenitale Syphilis und Spirochaeta pallida.

LEVADITI hat im Verein mit NOBÉCOURT und DARIÉ bei einem hereditär-luetischen Säugling die Gegenwart zahlreicher Spirochaeten in den Hautläsionen (Pemphigusblasen) nachgewiesen. Dagegen war es unmöglich, und zwar trotz sorgfältigster Untersuchung, in den verschiedenen Organen, wie Leber, Lunge, Niere, Milz und Knochenmark, diese Parasiten nachzuweisen. Es gab nirgends eine luetische Veränderung dieser Organe, die Streptokokken in großer Menge enthielten.

MARCHOUX: Ekzem und Salzsäureverminderung.

MARCHOUX berichtet über einige Fälle von chronischen, jeder externen Therapie trotzenden Ekzemen, welche durch den internen Gebrauch von Salzsäure (4 oder 5 Tropfen nach der Mahlzeit in einem Glas Wasser) geheilt wurden. Nach MARCHOUX' Ansicht ist das Ekzem eine



Affektion mikrobischen Ursprungs, entstehend durch Gärungen, die sich im Magen abspielen infolge Verminderung des Salzsäuregehaltes der Magensäfte. Die Ursache dieser, in heißen Ländern häufigen Erscheinung liegt in dem Übermaß der Schweißsekretion, wodurch dem Körper eine Menge Salz und Wasser entzogen wird. Die infolge des brennenden Durstes in großer Menge dem Organismus zugeführte Flüssigkeit verdünnt den Magensaft und vermindert seinen Säuregehalt. Diese Beschaffenheit des Magensaftes begünstigt aber das Wachstum der Bakterien des Magens, deren Toxine den ganzen Organismus durchdringen, und dadurch das Entstehen der als Ekzem bezeichneten Affektionsursachen. Durch Verabreichung von Salzsäure beseitigt man die Magenstörungen und die daraus entstandenen Hautveränderungen.

Le Gendre betont die Wichtigkeit einer Prüfung des Magenchemismus bei Kranken mit chronischem Ekzem. Es gäbe auch Fälle mit Salzsäureüberschuß.

Vincent hat Kranke, die an chronischem Ekzem litten, erfolgreich mit salzarmer Diät behandelt, was für Le Gendres Ansicht spricht.

Fabre: Das Gift der Hymenopteren.

Fabre berichtet über eine Anzahl von Stichen von Hummeln, Wespen, Bienen und Hornissen, die von schwereren lokalen Erscheinungen (erysipeloidem Ödem, skarlatiniformen Hautveränderungen, Urtikaria etc.) oder schwereren Störungen des Allgemeinbefindens (Verlangsamung oder Beschleunigung des Pulses, Synkope, Nausea, Erbrechen, Diarrhöe etc.) begleitet waren. Fabre empfiehlt, die gestochene Stelle sofort mit Kalkwasser oder konzentrierten Meersalzlösungen zu behandeln und aromatische Getränke mit Zusatz von Stimulantien (Spiritus Mindereri, Äther, Mentholspiritus etc.) intern zu verordnen, damit das Gift durch Haut und Nieren ausgeschieden werde.

Notizen.

Wien, 26. August 1905.

(Personalien.) Der Dekan der medizinischen Fakultät an der Universität Odessa Prof. Dr. W. Podwyssotski ist zum Direktor des Instituts für Experimentalmedizin in St. Petersburg ernannt worden. — Prof. Dr. W. A. Freund in Berlin hat am 15. d. M. sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Robert Koch ist zum Ehrenmitgliede des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin ernannt worden. — Das Royal College of Surgeons in Edinburgh und die Gesellschaft der Ärzte Finnlands haben den Professor König in Jena zum Ehrenmitgliede erwählt.

(Auszeichnungen.) Der Direktor des Wiener allgemeinen Krankenhauses Dr. Viktor Mucha und der Professor und Primararzt der Krankenanstalt „Rudolf-Stiftung“ in Wien Dr. Franz Mraček haben den Titel eines Hofrates, der Primararzt des Krankenhauses Wieden in Wien Dr. Hans Adler hat den Titel eines Regierungsrates, der Chefarzt der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft, kaiserl. Rat Dr. Heinrich Charas, den Orden der Eisernen Krone III. Kl. erhalten.

(77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, Meran 1905.) Das offizielle Programm für den diesjährigen Naturforscher- und Ärztekongreß liegt uns vollständig vor. In der ersten allgemeinen Versammlung am Montag, den 25. September, spricht W. Wien (Würzburg) „Über Elektronen“ und Nocht (Hamburg) „Über Tropenkrankheiten“. Am 27. findet eine Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen statt, in welcher Gutzmer (Jena) einen „Bericht über die Tätigkeit der in Breslau eingesetzten Unterrichtskommission der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte erstattet, Correns (Leipzig) „Über Vererbungsgesetze“, Heider (Innsbruck) „Über Vererbung und Chromosomen“, Hatschek (Wien) über „Neue Theorie der Vererbung“ vortragen werden. In der gemeinschaftlichen Sitzung der medizinischen Hauptgruppe am 28. September erstatten v. Neusser und Sturli (Wien), Tuczek, Merk und v. Haberler (Innsbruck) ein Referat „Über Natur und Behandlung der Pellagra“. Die zweite allgemeine Versammlung, am 29. September, hat folgende Tagesordnung: Molisch (Prag) „Über Lichtentwicklung in den Pflanzen“, Dürck (München) „Über Beri-Beri und intestinale Intoxikationskrankheiten im Malaiischen Archipel“, Neisser (Lublinitz) „Individualität und Psychose“, Wimmer (Wien) „Mechanik der Entwicklung der tierischen Lebewesen“. Die „Medizinische Hauptgruppe“ umfaßt eine große Anzahl sehr bemerkenswerter Vorträge und weist diesmal eine ganz besonders erfreuliche Beteiligung aus Wien auf. Es werden unter anderem Vorträge halten: Durig (Wien) „Über reizlose Vagusausschaltung“, Fröhlich (Wien) „Über die Einwirkung von Kohlensäure und Alkohol auf den Muskel“, Hausmann jun. (Meran) „Zur Kenntnis der Arsengewöhnung“, Kolmer (Wien) „Das Verhalten der Neurofibrillen an der Peripherie“, Pauli (Wien) „Die Wanderung von Eiweiß im elektrischen Strom“, Boxer (Wien) „Blutnährboden zur Differenzierung der Streptokokken und Pneumokokken“, Chiari (Prag): *a)* „Über das Verhalten des Teilungswinkels der Carotis communis bei der Endarteriitis chronica deformans“, *b)* Demonstrationen von pathologischen Rückenmarkspräparaten, Kretz (Wien) „Über den Typus Hanot der Zirrhose“, Paltauf (Wien) Thema vorbehalten, Schlagenhaufer (Wien) Demonstration eigentümlicher Dünndarmtumoren, Schwarz (Wien) „Zur Kenntnis der Pseudotuberkulose der Neger“, Sternberg (Wien): *a)* „Beiträge zur Histologie der Milz bei akuten Infektionskrankheiten, *b)* „Über die Erweichung bronchialer Lymphdrüsen und ihre Folgen; *c)* Pathologisch-anatomische Demonstrationen, Bram (Wien) „Über Temperaturgrade in der Thermotherapie“, Herz (Meran): *a)* „Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Herzkrankheiten“, *b)* „Über Aerotherapie“, „Eine neue Methode der Trommelfellmassage“, Jolles (Wien) „Über die quantitative Bestimmung der Phenole im Harne“, Schur (Wien) „Zur Pathogenese des Phloridzindiabetes“, Singer (Wien) „Über Sigmoiditis“, v. Töply (Wien): *a)* „Antike chirurgische Instrumente“, *b)* „Graphische Kunstblätter zur Geschichte der Medizin“, *c)* „Neue Lehrmittel für den medizinischen Geschichtsunterricht“, Bum (Wien) „Über Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen und -Erkrankungen“, v. Eiselsberg (Wien) Thema vorbehalten, Englisch (Wien) „Über spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase“, Haberer (Wien) „Zur Therapie der Sarkome in den langen Röhrenknochen“, v. Hovorka (Wien) „Über Spontanamputationen“, Kroiss (Innsbruck) „Zur Pathologie der Speicheldrüsen“, Lichtenstern und Katz (Wien) „Phloridzindiabetes und funktionelle Nierendiagnostik“, A. Lorenz (Wien) „Indikationen zur Sehnentransplantation“, O. Zuckerkandl (Wien): *a)* Demonstrationen, Operation der Nierentuberkulose, *b)* Prostatektomie, *c)* Fall von Karzinom der Blase, Ausstellung von Präparaten und mikroskopischen Bildern, Herrmann und Stolper (Wien) Thema vorbehalten, Nenadovicz (Franzensbad) „Die Beziehungen der Balneotherapie zu der Gynäkologie“, Escherich (Wien) „Über die Säuglingsstation in Wien“, Heller (Wien-Grinzing) „Die Wirkung der Beschäftigungstherapie bei abnormen Kindern“, Hochsinger (Wien) „Über die Herzdämpfung der Kinder“, Kassowitz (Wien) Thema vorbehalten, Knöpfelmacher (Wien) „Zur Ätiologie des Icterus neonatorum“, Moro (Wien) „Über die Bedeutung der physiologischen Darmflora“, v. Pirquet (Wien) „Neuere Erfahrungen über die Serumkrankheit“, Schick (Wien) „Über postskarlatinöse Lymphdrüsen“, Zappert (Wien) „Die morphologische Bedeutung des Fettes bei der Entwicklung des kindlichen Rückenmarks“, Raimann (Wien) „Über pathologische Alkoholreaktion“, Alexander (Wien) „Über postmeningitische Labyrintherkrankungen“, Alt (Wien) „Zur Therapie der Attikeiterungen“, Frey (Wien) „Beitrag zur Anatomie des Schläfenbeines“, Gomperz (Wien) „Studien zur Diagnose und Therapie der Mittelohrerkrankungen im frühen Kindesalter“, Neumann (Wien): *a)* „Pathologie und Therapie der intrakraniellen Komplikationen labyrinthären Ursprungs“, *b)* „Zur Pathologie der otitischen Hirnabszeßnarben“ (Demonstration von mikroskopischen Präparaten), Brandweiner (Wien) „Zur Kenntnis der Mykosis fungoides“, Grosz (Wien) „Über postsyphilitische Atrophie der Haut“, Spiegler (Wien) „Therapie der malignen Syphilis“, Grosz (Wien) „Zur Histologie der gonorrhoischen Epididymitis und Deferentitis“, Nobl (Wien) „Bakteriologie der nicht blennorrhoischen Urethritiden“, Oppenheim und Löw (Wien) „Zur Pathogenese der tuberkulösen Epididymitis und Orchitis“, Vierthaler (Wien) „Die Jodoformknochenplombe nach Mosetig-Moorhof in der Zahnheilkunde“, Weinstein (Karlsbad): *a)* „Über ein diabetisches Mundwasser“, *b)* „Über ein Zahnbrückensystem“, Sickinger (Brünn): *a)* „Zahnpflege in der Armee“, *b)* „Anregungen in bezug auf die Ernährung“, Kratter (Graz) und Jellinek (Wien) „Tod durch Elektrizität“, v. Kaan (Meran) und Strassmann (Berlin) „Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung“, Anton (Graz) und Puppe (Königsberg i. P.) „Der Geisteszustand jugendlicher Krimineller“, Reuter (Wien): *a)* „Über



den Nachweis von Kohlenoxydgas im Leichenblut", *b)* Demonstration postmortaler epiduraler Blutextravasate von verkohlten Leichen", RICHTER (Wien): *a)* „Nachweis von Bakterien in Blutspuren und seine forensische Bedeutung, *b)* Widerstandsfähigkeit von Leichengeweben und Leichenorganen gegenüber äußeren Gewalteinwirkungen". — Für die Unterhaltung der Kongreßteilnehmer und ihrer Damen ist in ausgiebigstem Maße Sorge getragen.

(Der X. Internationale Kongreß gegen den Alkoholismus), der vom 11.—16. September d. J. zu Budapest stattfindet, weist ein umfangreiches Programm auf, aus dem wir unter anderem folgende Vorträge hervorheben: GRUBER (München) „Die Hygiene des Ich", LAITINEN (Helsingfors) und WEYGANDT (Würzburg) „Der Einfluß des Alkohols auf die Widerstandsfähigkeit des Organismus", KASSOWITZ (Wien) „Alkohol als Nahrungsmittel", FOREL (Chigny) „Alkohol und Geschlecht", LOMBROSO (Turin), BLEULER (Zürich), VÁMBÉRY (Budapest) „Alkohol und Strafgesetz". — Anmeldungen nimmt der Generalsekretär Dr. PHILIPP STEIN in Budapest entgegen.

(Zur Bekämpfung des Kretinismus.) Die steiermärkische Statthalterei hat die ihr unterstehenden Bezirkshauptmannschaften beauftragt, in den Verwaltungsbezirken, in welchen Kretinismus endemisch vorkommt, die diesjährige Sanitätsbereisung dazu zu benutzen, um die zu einer allfälligen Behandlung nach der Methode WAGNERS noch geeigneten Kretinen zu ermitteln. Als Grundlage hierfür haben die Nachweisungen der Schulleitungen über die des Kretinismus verdächtigen Schulkinder zu dienen. Die Erhebungen werden vorläufig auf jene Schulsprengel beschränkt, in welchen mehr als 3% der schulpflichtigen Kinder des Kretinismus verdächtig sind. In diesen Schulsprengeln werden die im Wege der Schule ermittelten, des Kretinismus verdächtigen Kinder und allenfalls deren im jugendlichen Alter stehenden Geschwister, insoweit diese auch verdächtige Krankheitserscheinungen zeigen, vom Amtsarzte untersucht. Jene Personen, bei welchen die Diagnose des Kretinismus ärztlich bestätigt werden kann und die Behandlung noch eine Aussicht auf Erfolg bietet, sind in ein Verzeichnis aufzunehmen, in welchem außer dem Alter und Wohnort noch die vom Amtsarzte nachgewiesenen Erscheinungen des Kretinismus ersichtlich zu machen sind. Diese Verzeichnisse sind bis längstens 1. November d. J. vorzulegen. Wenn die Zahl und Entfernung der zu bereisenden Schulsprengel die Durchführung der gestellten Aufgabe durch den Amtsarzt im Rahmen der diesjährigen Sanitätsbereisung unmöglich erscheinen lassen sollte, sind hinsichtlich allfälliger Heranziehung von Gemeinde- und Distriktsärzten oder Beschränkung der Erhebungen auf bestimmte Gebiete rechtzeitig Anträge zu stellen.

(Gedenktafel für BILLROTH.) An dem Hause in Greifswald, wo BILLROTH während seiner Studienzeit gewohnt hat, ist eine Gedenktafel angebracht worden, deren Inschrift lautet: THEODOR BILLROTH, geboren 26. April 1829 in Bergen auf Rügen, gestorben 6. Februar 1894 in Abbazia. Greifswald 1848 bis 1849.

(Einen Zehn-Millionen-Preis) in Gold hat, wie die „Med. Ref." mitteilt, die brasilianische Deputiertenkammer für denjenigen ausgesetzt, der ein wirksames Mittel für die Heilung und Prophylaxe der Tuberkulose oder des Krebses finden würde. Eine internationale Kommission von Gelehrten soll von dem brasilianischen Minister des Innern ernannt werden, um die Studien und Vorschläge zu prüfen, die ihm aus diesem Anlaß unterbreitet werden. Die Kommission wird aus zwei Mitgliedern der medizinischen Akademie von Rio de Janeiro und aus vier berühmten Ärzten der Akademien von Paris, London, Wien und Rom bestehen. Der Preis wird nach einer zweijährigen Probezeit an den Erfinder ausgezahlt.

(Die Cerebrospinalmeningitis epidemica in Oberschlesien) hatte nach Angaben von HECHT bis Ende Mai d. J. 2299 Individuen ergriffen, d. h. einen Fall auf 270 Menschen. In der Regel erkrankte immer nur ein Familienmitglied. Der Meningokokkus ist 760mal, teils im Blute, teils in der Lumbalflüssigkeit, seltener im Sekrete der Nase, des Rachens, der Bronchien, der Paukenhöhle gefunden worden. Als die hauptsächlichsten Eintrittspforten sind zweifellos Nase und Rachen anzusehen. Die Kokken haben nur kurze Lebensdauer, ihre Ansiedlung setzt eine gewisse Disposition voraus. Am meisten gefährdet ist das Kindesalter. Therapeutisch kommen auch nach den Erfahrungen während der gegenwärtigen Epidemie ganz besonders heiße Bäder (32° R) und heiße Einpackungen in Betracht.

(Unempfänglichkeit der Araber gegen Typhus.) Während einer Typhusepidemie in d'Ain-Sefra erkrankten, wie VIDAL in „Arch. de méd. et de pharm. milit." mitteilt, von 3053 Europäern 429, d. h. 140·5 pro Mille, während von 2292 Eingebornen nur 7, also etwa 3 pro Mille Typhus bekamen; auf einen typhösen Araber kamen fast 48 Europäer, ein Verhältnis, wie es beispielsweise auch in Algier vorgefunden wurde. Die Araber zeigen also eine beträchtliche Immunität gegenüber dem Unterleibstyphus. Es handelt sich wahrscheinlich nicht um eine erworbene, sondern um eine angeborne, ererbte Eigentümlichkeit der Rasse. Merkwürdig ist die Beobachtung, daß die bei den Arabern vorkommenden Fälle von Abdominaltyphus immer sehr schwere Formen sind und zur Hälfte tödlich enden. Mit Schlüssen auf besondere Rasseneigentümlichkeit muß man hier vorsichtig sein; es ist denkbar, daß das ungewohnte klimatische Milieu prädisponierend auf den Europäer einwirkt; wie sich die Araber in Europa gegenüber Typhus verhalten würden, weiß man nicht, wohl aber ist bekannt, daß manche Fremdrassen, wenn sie nach Europa kommen, gern an Tuberkulose erkranken.

(Statistik.) Vom 13. bis inklusive 19. August 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6557 Personen behandelt. Hiervon wurden 1424 entlassen, 177 sind gestorben (11% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 57, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 12, Scharlach 35, Masern 39, Keuchhusten 108, Rotlauf 17, Wochenbettfieber 3, Röteln 1, Mumps 3, Influenza —, Genickstarre 5, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 724 Personen gestorben (— 38 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: Der Ordinarius für Pharmakologie an der Universität Würzburg Dr. ADAM KUNKEL, am weitesten bekannt durch sein Handbuch der Toxikologie, im Alter von 57 Jahren; in Arlesheim Dr. AUGUST KÜNDIG, 38 Jahre alt; in London der frühere Professor der Chirurgie am University College in London, Doktor CHRISTOPHER HEATH.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Gujasanol"**. Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unserer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 3. September 1905. Nr. 36.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem k. klinischen Institut der Großfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Zur Frage der spezifischen medikamentösen Behandlung der Infektionskrankheiten.

Von **Prof. M. I. Afanasjeff.**

Jeder Arzt, der sich in die Medizin, speziell in die Behandlung der inneren Krankheiten hineindenkt, muß zugeben, daß wir heutzutage in der Lage sind, schon eine ganze Reihe von Erkrankungen infektiöser Natur spezifisch zu behandeln. Indem ich diesen Gedanken ausspreche, muß ich bemerken, daß ich unter Infektionskrankheit jede Krankheit verstehe, die dadurch bedingt ist, daß irgend ein pflanzlicher oder tierischer Mikroorganismus in den Körper eindringt und sich dort zu vermehren beginnt; unter spezifischer Behandlung verstehe ich jene Behandlung, bei der es uns gelingt, die Krankheit in ihrer Ursache selbst, in ihrem Wesen zu treffen. In Anwendung auf unser Thema muß die spezifische Behandlung darin bestehen, daß wir bestrebt sind, den Mikroorganismus, der die Krankheit hervorgerufen hat, oder die Toxine, welche durch den Mikroorganismus im Körper erzeugt werden, zu beeinflussen. Unter dem Einflusse dieser Behandlung muß der Mikroorganismus zugrunde gehen oder wenigstens in seiner Wirkung geschwächt werden, während die Toxine neutralisiert, zerstört oder aus dem Körper eliminiert werden müssen.

Zu den Infektionskrankheiten, bei denen von sehr vielen Ärzten eine derartige spezifische Behandlung angewendet wird, gehören: Malaria, Syphilis, akuter Gelenkrheumatismus und Diphtherie.

Die Ursache der Malaria ist heutzutage genau festgestellt; es ist ein tierischer Mikroorganismus. Das Mittel, welches die Malaria heilt, ist das Chinin, welches nach den Untersuchungen von D. L. Romanowski unmittelbar auf die Malariaparasiten einwirkt, indem es im Zellkern derselben solche Gewebsveränderungen erzeugt, die den Untergang der Parasiten herbeiführen.

Die eigentliche Ursache der Syphilis, die zweifellos eine infektiöse und kontagiöse Krankheit ist, war bis vor kurzem gänzlich unbekannt. Die Mittel, welche diese Krankheit heilen, nämlich das Quecksilber und das Jod, wirken entweder auf die Ursache der Krankheit selbst, d. h. auf den betreffenden Mikroorganismus, oder aber auf die Manifestationen der Vitalität dieses Mikroorganismus im Körper, die uns in Form von Granulationswucherungen, Gummata etc. entgegentreten.

Die wirkliche Ursache des Rheumatismus, der nach seinem klinischen Verlauf fast von allen Autoren als Infektionskrankheit angesehen wird, ist gleichfalls unbekannt, wogegen wir die Mittel, welche diese Krankheit heilen, sehr gut kennen; das sind die verschiedenen Salizylpräparate, in denen die Hauptrolle natürlich die Salizylsäure spielt.

Die Diphtherie ist eine Infektionskrankheit, die durch einen pflanzlichen Mikroorganismus, nämlich durch den Diphtheriebazillus erzeugt wird. Das Mittel, welches die Diphtherie spezifisch beeinflußt, ist das Serum von gegen Diphtherie immunisierten Tieren, das ist die sogenannte Serumtherapie der Diphtherie — eine Errungenschaft der Neuheit. Sie ist nicht gegen den pflanzlichen Mikroorganismus, der die Krankheit erzeugt hat, selbst gerichtet, sondern strebt, die Toxine, die im infizierten Organismus ent-

standen sind, zu neutralisieren. Aus dem Vorstehenden geht hervor, daß wir nur bei einer Krankheit, nämlich bei der Malaria, eine spezifische Einwirkung der medikamentösen Substanz auf den pathogenen Mikroorganismus vor uns haben, während wir bei einer anderen Krankheit, deren Ursache ein pflanzlicher Mikroorganismus ist (Diphtherie), eine Wirkung der medikamentösen Substanz (in diesem Falle des Diphtherieheilserums) nicht auf den pathogenen pflanzlichen Mikroorganismus selbst, sondern nur auf die Produkte seiner im Körper des Kranken vor sich gehenden Vitalität sehen.

Eine solche Infektionskrankheit, bei der wir eine spezifische Einwirkung der medikamentösen Substanz auf den niederen pflanzlichen Mikroorganismus, der die Krankheit hervorruft, beobachten könnten, kennen wir bis jetzt genau nicht. Daraus folgt aber nicht, daß es solche Krankheiten und eine medikamentöse Behandlung derselben nicht gibt. So haben wir beispielsweise solche Infektionskrankheiten, wie pyämische und septische Erkrankungen, Diplokokkeninfektionen, Influenzaerkrankungen, in denen die Krankheitsursache zweifellos niedere pflanzliche Mikroorganismen sind, und bei denen von vielen Ärzten doch irgend eine spezifische Behandlung angewendet wird. Das Thema dieses Aufsatzes wird die kurze Schilderung zweier ziemlich schwerer Infektionskrankheiten bilden, in denen die Anwendung einer bekannten medikamentösen Behandlung klinisch, teilweise auch bakteriologisch eine ausgesprochen spezifische Einwirkung auf den Verlauf der Krankheit gehabt hat. Der eine dieser Fälle betrifft eine maligne oder ulzerative Endokarditis, der andere die typhöse Influenzaform, kompliziert mit pyämischer Infektion. In dem ersten dieser Fälle ist die Diagnose auf Grund des klinischen Verlaufes und der bakterioskopischen Untersuchung des Blutes gestellt worden; als das Mittel, welches die Krankheit zur Heilung gebracht hat, hat sich das Quecksilber erwiesen. In dem zweiten Falle wurde die Diagnose zunächst klinisch, dann auf Grund der bakteriologischen Untersuchung des Blutes gestellt, während als das heilbringende Mittel sich das Argentum colloidale Credé erwiesen hat, welches in diesem Falle als Unguentum colloidale Credé Anwendung gefunden hat. Diese beiden Fälle habe ich im laufenden Semester beobachtet und meinen ärztlichen Zuhörern mehrere Male demonstriert.

Zunächst möchte ich die kurze Krankengeschichte des ersten Falles mitteilen.

Die Patientin M. T., 18 Jahre alt, Virgo, aus dem Gouvernement Wologda gebürtig, Dienstbote von Beruf, wurde am 8. September 1903 in die therapeutische Abteilung des klinischen Instituts aufgenommen. Sie klagte bei der Aufnahme über Hitze, Schwäche und Gelenkschmerzen. Die Patientin hält sich seit einem Monat für krank. Die Krankheit hat mit Kräfteverfall, abendlichem Schüttelfrost und Hitze begonnen. In der ersten Zeit konnte sich die Patientin noch auf den Beinen halten, bis schließlich vor ca. 14 Tagen Schwellungen der Kniegelenke und der beiden Fußgelenke aufgetreten sind. Die Kranke ließ sich dann in das Peter-Paulsche Krankenhaus aufnehmen und verweilte dort ca. 8 Tage; während dieser Zeit haben Geschwulst und Schmerzen nachgelassen, und zwar sowohl die Schmerzen in den Knie- und Fußgelenken wie auch die früher ohne Schwellung aufgetretenen Schmerzen im rechten Ellbogen und Handgelenk. Die Patientin verließ das Krankenhaus und blieb 8 Tage zu Hause. In dieser Zeit stellte sich die Hitze wieder ein. Die Kranke klagte über Kopfschmerzen und bald gesellten sich Anfälle von Herzklopfen hinzu. Letztere belästigen die Patientin nur dann, wenn sie auf den Beinen oder in Bewegung ist, während sie bei Ruhelage im Bette aufhören.

Bis zur gegenwärtigen Erkrankung ist die Patientin, von in der Kindheit überstandenen Masern abgesehen, niemals krank gewesen. Nur zeitweise hat sie an Herzklopfen und Kopfschwindel gelitten. Auch Nasenbluten trat ziemlich häufig auf. In St. Petersburg wohnt die Patientin seit $1^1/_2$ Jahren.

Status am 12. September: Die Patientin ist von mittlerer Statur, gutem Körperbau und ebensolchem Ernährungszustande. Die Haut fühlt sich heiß an, ist feucht, stellenweise mit großen Schweißtropfen bedeckt. Am Halse, an der Brust und an den Extremitäten sind kleine rote Punkte und Flecke von $^1/_2$—2—3 *mm* im Durchmesser zerstreut. Das Aussehen und die Beschaffenheit dieser kleinen Flecke sprechen deutlich für deren petechialen Charakter. Die Fußgelenke sind in der Gegend der äußeren Kondylen ziemlich empfindlich gegen Druck.

Herz. Der Spitzenstoß wird im 5. Interkostalraum $^1/_2$ Querfinger von außen von der Linea mammalis sinistra gefühlt. Die obere Grenze der Dämpfung beginnt (bei schwacher Perkussion) am 3. Interkostalraum; rechts geht die Grenze der Dämpfung eine Querfingerbreite über den rechten Sternalrand hinaus. An der Herzspitze stark ausgesprochenes systolisches Geräusch. Der zweite Ton an der A. pulmonalis ist leicht akzentuiert, der erste Ton ist hier sowohl wie auch an der Aorta sehr dumpf.

In den Lungen hört man hinten im Interkostalraum rauhes Inspirium. Rasselgeräusche nicht vorhanden, Leber nicht palpabel, bei der Perkussion schmerzhaft.

Milz bis zur 8. Rippe reichend, nicht palpabel. Körpergewicht 58·5 *kg*. Der weitere Verlauf der Krankheit war folgender:

Am 12. November Körpergewicht 58·2 *kg*. Behandlung: Aspirini 0·75, dreimal täglich je eine Oblate; Tinctura strophanti 3·0, Convalaria majalis 15·0, 20 Tropfen dreimal täglich.

13. November. In der Nacht hochgradige Atemnot. Die Patientin schwitzt viel. Harn konzentriert, sauer, eiweißfrei.

14. November. In der Nacht Anfall von Atemnot und Herzklopfen. Patientin klagt über Ohrensausen und -klingen. Geringer Husten. Das Geräusch an der Spitze ist sehr stark ausgesprochen, gedehnt. Der zweite Ton an der Herzspitze ist ziemlich schwach. Nach einem Klysma Stuhl. Herztätigkeit erregt. Die Karotiden pulsieren heftig. Behandlung: Das Aspirin wird ausgesetzt, statt dessen: Natrii salicylici 6·0, Natrii brom. 3·0, Aq. destill. 180·0, dreimal stündlich je einen Eßlöffel voll.

15. November. Profuser Schweiß. Blutdruck 110. Die Patientin klagt über Übelkeit, Ohrensausen und Atemnot. Stuhl angehalten. Herzdämpfung geht über den rechten Sternalrand nicht hinaus. Neue Petechien nicht wahrnehmbar. Behandlung: Aspirin fort. Natrii salicylici 6·0, Natrii jodati 2·0, Inf. adon. vern. (ex 6·0) 180·0. MDS. Alle 2 Stunden je 1 Eßlöffel voll.

16. November. Die Patientin hat die Nacht ruhig verbracht. Puls 110, klein, schwach. Kalte Extremitäten. Zunge trocken, belegt. Rechte Regio iliaca ziemlich empfindlich gegen Druck. Die Patientin klagt über Übelkeit und Schmerzen in der Herzgegend. Nach einem Klysma Stuhl. Harn mit reichlichem Niederschlag von Uraten; deutliche Eiweißreaktion, keine Zylinder. Die Konjunktiven, namentlich diejenige des linken Auges, sind deutlich hyperämiert. In den mikroskopischen Blutpräparaten findet man FRÄNKELsche Diplokokken, die teils eingekapselt sind. Behandlung: Mixtur fort, statt dessen: Unguenti hydrarg. ciner. 2·0, morgens und abends in die Seitenwände des Thorax einzureiben; auf das Herz Lehm; Spülung der Mundhöhle mit Kali chloricum.

Auf Grund der Anamnese, auf Grund der Untersuchungsergebnisse, sowie in Berücksichtigung des Krankheitsverlaufes während der ersten Tage des Aufenthaltes der Patientin im Krankenhaus mußte man annehmen, daß das kranke Organ in diesem Falle das Herz war und daß bereits Insuffizienz der Bicuspidalis bestand. Da die Patientin hochgradig fieberte und in den übrigen Organen des Körpers für dieses Fieber keine Ursachen vorhanden waren, so mußte man ferner annehmen, daß man es hier mit einer akuten oder exazerbierten Entzündung des Endokards zu tun hatte, die bereits zur Insuffizienz der Mitralklappe geführt hat. Die Diagnose lautete dementsprechend: Endocarditis acuta, Insufficientia valvulae mitralis. Wenn es aber in diesem Falle bereits zu einer Insuffizienz der Mitralklappe gekommen ist, so mußte man daraus schließen, daß die Endokarditis keineswegs eine frische ist, sondern wahrscheinlich seit einer gewissen Zeit besteht.





Heutzutage wissen wir, daß fast sämtliche Endokarditiden infektiösen Ursprungs sind, und folglich mußte auch in diesem Falle irgend eine Ursache in Form eines Mikroorganismus dagewesen sein, der die Endokarditis erzeugt hat. Die häufigste Ursache der Endokarditis ist die rheumatische Polyarthritis; hierauf folgen durch Diplokokken, Staphylokokken, Streptokokken, Gonokokken etc. erzeugte Endokarditiden. Bei rheumatischer Endokarditis werden im Blute der Kranken keine Mikroorganismen angetroffen. Bei den übrigen Formen von Endokarditis werden im Blute bald häufiger, bald seltener die betreffenden spezifischen Mikroorganismen nachgewiesen.

Früher, als die Bakteriologie noch nicht auf sicherer Basis stand, wurden sämtliche Endokarditiden in zwei große Gruppen geteilt, nämlich in nicht infektiöse und infektiöse Endokarditiden. Letztere wurden relativ selten diagnostiziert und man nannte sie auch maligne oder ulzeröse Endokarditiden. Hinsichtlich der letzteren behauptete man, daß auf dem Klappenapparat und auf dem Endokard Ulzerationen häufiger septischen Charakters entstehen, daß Teilchen dieser Ulzerationen abgerissen, abgespalten und durch die Blutbahn nach den verschiedenen Organen gebracht werden können, wodurch in den Organen Embolien entstehen, die klinisch sich sehr verschieden manifestieren. Wenn diese Embolien sehr klein sind und in die Haut gelangen, so entstehen auf der letzteren die sogenannten Petechien oder sogar ein ziemlich starkes petechiales Exanthem. Der allgemeine Verlauf der Krankheit ist in diesem Falle ein sehr schwerer, fast stets tödlich, aus welchem Grunde man diese Endokarditiden auch als maligne bezeichnet.

Wenn man von diesem Standpunkte aus unseren Fall von Endokarditis betrachtet, so mußte man in Anbetracht des ziemlich hohen Fiebers, des ziemlich bedeutenden petechialen Exanthems und der allgemeinen Schwäche, wie überhaupt des schweren Zustandes der Kranken schließen, daß wir es mit einem Falle von ulzeröser resp. maligner Endokarditis zu tun haben.

Daß dies wirklich der Fall war, ergab die spätere bakterioskopische Untersuchung des Blutes. Am 16. Dezember wurde unter Befolgung sämtlicher bakteriologischer Kautelen ein Tropfen Blut entnommen. Die aus diesem Blute hergestellten Trockenpräparate wurden mit schwacher Lösung von Gentianaviolett in Alkohol gefärbt. Auf einigen Präparaten fanden sich die charakteristischen Fränkelschen Diplokokken, teilweise von deutlichen Kapseln umgeben. Es hat sich somit in unserem Falle die maligne Endokarditis als eine durch Diplokokken erzeugte erwiesen.

Woher und auf welche Weise sind die Diplokokken in das Blut unserer Patientin gelangt? Wenn man die Anamnese der Patientin näher ins Auge faßt, so könnte man denken, daß die Patientin ursprünglich an einer rheumatischen Polyarthritis erkrankt gewesen ist, und daß diese letztere eine Komplikation durch Endokarditis gleicher Provenienz erfahren hat, worauf erst die Diplokokkeninfektion hinzugetreten ist. Man kann sich aber auch einen anderen Verlauf der Krankheit denken. Aus einem sorgfältigen Studium des Krankheitsverlaufes ist zu ersehen, daß die Kranke ursprünglich an irgend einer allgemeinen fieberhaften Erkrankung ohne Lokalisation in den Gelenken laboriert hat. Die Erscheinungen von Schmerzen und Schwellung in den Gelenken sind erst später, ungefähr nach 14 Tagen, aufgetreten. Man kann somit annehmen, daß die Patientin von vornherein an einer akuten Endokarditis, an einer Endocardite d'emblée, wie die Franzosen sagen, erkrankt ist und dann im Verlaufe dieser Endokarditis Schwellungen und Schmerzhaftigkeit der Gelenke aufgetreten sind, wie dies nicht selten in Fällen von allgemeiner Diplokokkeninfektion beobachtet wird.

Im weiteren Verlauf haben die rheumatischen Erscheinungen oder richtiger die Erscheinungen von seiten der Gelenke nachgelassen, während die Erscheinungen der infektiösen Diplokokken-Endokarditis sich immer weiter entwickelt haben und die Kranke im Zustande dieser bereits schweren Erkrankung sich in das Krankenhaus hat aufnehmen lassen. In der ersten Zeit haben wir die Eventualität nicht ganz von der Hand gewiesen, daß wir es mit einer Endokarditis rheumatischen Ursprungs zu tun haben, die aus irgend einer Ursache bösartig und mit Insuffizienz der Biscuspidalis, auf dieser Basis entstanden, einhergeht, und haben infolgedessen der Patientin eine hauptsächlich antirheumatische Behandlung verordnet, die in Anwendung des besten Salizylpräparats, Aspirin, dann in der Anwendung von Natrium salicylicum und von verschiedenen Herzmitteln bestand. Diese Behandlung rief zwar vorübergehendes Sinken der Temperatur hervor, gab aber im allgemeinen kein irgendwie günstiges Resultat. Die vorübergehend fallende Temperatur erreichte bald ihren hohen Stand wieder, während der Allgemeinzustand der Patientin sich immer mehr und mehr verschlimmerte. Man mußte somit im Interesse der Therapie zunächst die Ursache der Endokarditis eruieren und dann auf dieselbe einzuwirken suchen. Der Nachweis von Fränkelschen Diplokokken im Blut klärte die wahre Ursache der Krankheit auf. Wenn sich ein Mensch eine Infektion mit Fränkelschen Diplokokken zuzieht, so lokalisieren sich die letzteren gewöhnlich in der Lunge und führen zu kruppöser Pneumonie; die Fränkelschen Diplokokken können sich aber auch im Bauchfell lokalisieren und eine Entzündung dieses Organs, d. h. eine Diplokokken-Peritonitis, erzeugen; sie können sich auch im Mittelohr ansiedeln und eine Diplokokken-Otitis hervorrufen usw. In unserem Falle haben sich die Fränkelschen Diplokokken, die auf irgend eine Weise in den Organismus gelangt sind, augenscheinlich auf dem Endokard, speziell auf der Bicuspidalis, dann aber im Blute selbst und in einigen Verzweigungen der Hauptgefäße angesiedelt.

Wenn wir ein Mittel gekannt hätten, welches auf die Fränkelschen Diplokokken spezifisch wirkt, so hätten alle vorgenannten Formen von Diplokokkeninfektion notwendigerweise mit diesem Mittel allein behandelt werden müssen. So hätte man, wenn man ein spezifisches Mittel gegen kruppöse Pneumonie gekannt hätte, dasselbe Mittel auch gegen maligne Diplokokken-Endokarditis anwenden müssen.

Heutzutage kennen wir ein spezifisches Mittel gegen kruppöse Pneumonie positiv noch nicht. Eine gewisse Zeit lang wurde an der Toxinotherapie der kruppösen Pneumonie gearbeitet. Dann gibt es auch eine Anzahl von Arbeiten über Serotherapie derselben. Manche Autoren loben diese Behandlung, manche lehnen sie ab. Was mich persönlich betrifft, so bin ich auf Grund des Studiums der einschlägigen Literatur sowie auch auf Grund einiger Experimentalforschungen, die unter meiner Leitung von Ärzten ausgeführt worden sind, zu der Überzeugung gelangt, daß die Serotherapie der kruppösen Pneumonie eine weitere experimentelle Erforschung erheischt, und daß es augenblicklich noch verfrüht wäre, sie in die Praxis einzuführen.

Was die medikamentöse Behandlung der Pneumonie betrifft, so kann keines der bis jetzt vorgeschlagenen Mittel als ein spezifisches bezeichnet werden. Hierher gehören die verschiedenen antipyretischen Mittel, Chinin, große Digitalisdosen etc. S. W. Possadski, der eine Zeitlang auf Anregung des verstorbenen Prof. S. P. Botkin den Einfluß des Antipyretikums Antipyrin auf den Verlauf der kruppösen Pneumonie studiert hat, ist zu dem Schlusse gelangt, daß diese Behandlung den Verlauf der Krankheit nur verzögert. Bessere Resultate erzielte er durch die Verordnung eines Quecksilberpräparats, nämlich Kalomel in kleinen Dosen.

Was diejenige Klinik betrifft, in der ich meine klinische Ausbildung genossen habe, nämlich die Klinik des Prof. E. E. Eichwald, so wurde in dieser Klinik bereits zur Zeit der Vorgänger Eichwalds, nämlich zur Zeit der Professoren Zdeckauer und Eck, in mehr oder minder schweren Fällen

von kruppöser Pneumonie das Quecksilber angewendet. Man gab innerlich Sublimat in Hühnereiweiß gelöst in Dosen von 1—2 Glas auf 6 Unzen, oder man verordnete die äußere Behandlung in Form von Einreibungen von Quecksilber in die erkrankte Hälfte des Brustkorbes. War der Erkrankungsfall leicht und günstig verlaufend, so wurde diese Behandlung nicht angewendet. Handelte es sich aber um eine ernste Erkrankung mit ungünstigem Verlauf, wenn z. B. die Lysis ausblieb und die Pneumonie immer neue und neue Lungenlappen ergriff, bzw. auf die andere Lunge sich ausdehnte, so wurde die oben bezeichnete Quecksilberbehandlung in Anwendung gezogen. Diese Behandlung führte nicht selten zum Stillstand der Krankheit, zum Abfall der Temperatur, zur Auflösung der Infiltrate etc. Nicht selten gingen solche schwere Fälle in Genesung über. In der Folgezeit habe ich selbst mehrfach Gelegenheit gehabt, mich von der günstigen Wirkung der Quecksilbereinreibungen auf den Verlauf der kruppösen Lungenentzündung zu überzeugen und infolgedessen wende ich auch jetzt noch diese Behandlung an und empfehle auch anderen, sie anzuwenden. Augenscheinlich übt das zur Resorption gelangte Quecksilber auf den Diplokokkus der kruppösen Pneumonie selbst einen ungünstigen Einfluß. Einmal beauftragte ich Dr. M. I. ARUSTAMOW, der unter meiner Leitung seine Dissertation über Ätiologie und klinische Bakteriologie der kruppösen Pneumonie schrieb, eine Kultur aus dem Sputum von einem Kranken anzulegen, der mit Erfolg mit Quecksilbereinreibungen behandelt worden war. Nun, wenn auf den mikroskopischen Präparaten, die aus dem besagten Sputum hergestellt waren, FRÄNKELsche Diplokokken vorhanden waren, so vermehrten sich die Diplokokken auf Plattenkulturen doch nicht mehr. Sie waren somit augenscheinlich abgetötet, nicht mehr lebensfähig.

Von diesen Betrachtungen ausgehend, beschloß ich auch, bei der oben bezeichneten Patientin die Quecksilberbehandlung anzuwenden, indem ich annahm, daß das vom Blut aufgenommene Quecksilber den FRÄNKELschen Diplokokkus als die eigentliche Ursache der malignen Endokarditis treffen wird. Wir wollen nun sehen, wie diese Behandlung auf den Krankheitsverlauf eingewirkt hat.

17. November. Die Patientin fühlt sich etwas besser. Die Übelkeit hat aufgehört. Ohrensausen und Geräusch im Kopfe halten noch an. Atemnot und Schmerzen in der Herzgegend nicht vorhanden. Puls 96, unregelmäßig. Die Grenze der Herzdämpfung geht eine Querfingerbreite über den rechten Sternalrand hinaus. Die Patientin klagt über Schmerzen im rechten Hüftgelenk; Schwellung jedoch nicht vorhanden; Druck schmerzhaft. Verordnung: Die Quecksilbereinreibungen sind fortzusetzen, außerdem: Decoct. salvine 200·0, Kali chlor. 6·0, täglich mehrere Male spülen.

18. November. Die Patientin klagt über Halsschmerzen. Im Rachen leichte Rötung. Ohren verlegt. Puls 96, regelmäßig. Knie-, Fuß-, Ellbogen- und Handgelenke nicht schmerzhaft und gegen Druck nicht empfindlich. Die Petechien sind bedeutend blasser geworden. Einige kleinere sind im Verschwinden begriffen. An der Spitze sehr starkes systolisches Geräusch, etwas dumpfer zweiter Ton; rechte Grenze der Herzdämpfung geht $1^1/_2$ Querfingerbreiten über den rechten Sternalrand hinaus. Letzte Einreibung von Quecksilbersalbe. Hierauf Ol. Gaulth. procumb., dreimal täglich je 10 Tropfen.

19. November. Die Patientin klagt über Schmerzen. Schwere und Geräusch im Kopfe. Puls 96, regelmäßig, ziemlich voll. Zunge weniger belegt, aber trocken.

20. November. Kopf besser, Puls 96, Herztöne dumpf.

21. November. Die Patientin fühlt sich weit wohler. Keine Stiche in der Herzgegend, keine Atemnot. Die Nacht hat die Patientin ruhig verbracht, wenn auch wenig geschlafen. Sie klagt über Taubheit. Der zweite Ton an der Herzspitze ist bedeutend klarer, der zweite Ton an der A. pulmonalis mit deutlichem Akzent. Obere Grenze der Herzdämpfung zwischen der 3. und 4. Rippe, rechte Grenze $1^1/_2$ Querfingerbreiten über den rechten Sternalrand hinausgehend; linke Grenze an der Mammillarlinie. Leber nicht palpabel, Perkussion schmerzhaft. Zunge rein, etwas trocken.

22. November. Die Patientin klagt über Schwäche. Die Tropfen rufen bisweilen Erbrechen hervor. Puls 100, schwach, klein. Zweiter Ton an der Herzspitze sehr dumpf. Systolisches Geräusch stark ausgesprochen. Leber nicht palpabel. Behandlung: Rad. Valer. 10·0; Herb. digit. 0·6; Inf. ad collat. 165·0; Sirupi 15·0. MDS. Alle drei Stunden je einen Eßlöffel voll zu nehmen. Strophantus aussetzen.

23. November. Ödeme nirgends vorhanden. Herztätigkeit ziemlich schwach. In den unteren Lungenlappen abgeschwächtes vesikuläres Atmen. Leber und Milz nicht palpabel. Wiederholung der Quecksilbereinreibungen.

24. November. Puls 90, ziemlich voll, subjektives Befinden gut, Milz nicht palpabel, zweiter Ton klarer.

25. November. Subjektives Befinden bedeutend besser. Die Patientin klagt weder über Atemnot, noch über Schmerzen. Sie schläft aber schlecht. In den Lungen reines, aber etwas abgeschwächtes vesikuläres Atmen. Leber nicht palpabel. Perkussion schmerzlos. Die Untersuchung auf FRÄNKELsche Diplokokken ergibt ein negatives Resultat.

26. November. Die Besserung hält an. Puls 92; weder Atemnot, noch Schmerzen. Systolisches Geräusch an der Herzspitze schwächer.

27. November. Puls 80, ziemlich voll. Systolisches Geräusch sehr stark ausgesprochen. Zweiter Ton klar, subjektives Befinden gut. Die Patientin klagt über Schwäche. Harn gesättigt, gibt einen Niederschlag von Uraten. Eiweiß in Spuren, Zylinder nicht vorhanden. Behandlung: Alles frühere wird ausgesetzt, statt dessen: Inf. adon. vern. ex 4·0 par 165·0; T. Stroph. 1·50. MDS. Alle zwei Stunden je einen Eßlöffel voll.

28. November. Die Patientin klagt über Schwäche. In der Nacht hat sie ruhig geschlafen. Puls 76. Nach einem Klysma Stuhl. Harnquantität 600 cm^3, spezifisches Gewicht des Harns 1015. Reaktion sauer. Uratniederschlag. Eiweißspuren, keine Zylinder.

29. November. Die Patientin fühlt sich wohl, schläft viel. Puls 76, regelmäßig. In den Lungen überall reines vesikuläres Atmen. Der Spitzenstoß wird im 5. Interkostalraum gefühlt. Die Grenze der Herzdämpfung liegt links in Höhe der Mammillarlinie.

30. November. Die Patientin fühlt sich etwas kräftiger. Appetit hat zugenommen. Zweiter Ton an der Pulmonalis deutlich akzentuiert. Stuhl normal. Im Zeitraum vom 1. bis 27. Oktober erholte sich die Patientin rasch. Ihr Körpergewicht stieg von 50·85 bis auf 58·80 *kg* am 24. Oktober, was eine Zunahme von 19 Pfund in einem relativ kurzen Zeitraum bedeutet. Die Untersuchung des Sehvermögens und des Augengrundes ergab normale Verhältnisse.

Unter dem Einflusse von Quecksilbereinreibungen (im ganzen vier Einreibungen zu 2·0) begann der Allgemeinzustand der Patientin sich rasch zu bessern, die Temperatur, welche am 15. September morgens 40·2 betragen hatte, begann allmählich zu sinken, stand am 19. früh auf 37·9 und stieg nur abends, als die Einreibungen abgebrochen waren, bis 39·3. Für die Zeit der Unterbrechung der Quecksilbereinreibungen wurde Oleum Gaulth. proc. verordnet, welches bekanntlich bis zu 90% Methyl-Salizylsäure enthält. Dieses Präparat hat uns mehrere Male in Fällen von rheumatischer Endokarditis gute Resultate erzielen lassen. In diesem Falle aber hat das Mittel keine Besserung, sondern eher Verschlimmerung zur Folge gehabt, und die Temperatur begann abends bis 39·6 zu steigen. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich gleichfalls. Infolgedessen wurden am 23. September wiederum Quecksilbereinreibungen, sogar in gesteigerter Dosis, verordnet, und zwar wurden an diesem sowie am folgenden Tage je 2 Einreibungen zu 2·0 *g* gemacht. Es wurde dadurch ein sehr rascher Effekt im günstigsten Sinne erzielt: die Temperatur begann rasch zu sinken, die Herztätigkeit beruhigte sich, das subjektive Befinden der Patientin besserte sich bedeutend, die Diplokokken verschwanden aus dem Blute usw. Am 25. September wurde die fünfte Einreibung gemacht, und vom 26. September hörte das fieberhafte Stadium der Endokarditis auf und das Rekonvaleszentenstadium trat in seine Rechte; die Temperatur normal, das Eiweiß verschwand aus dem Harn, die Petechien blaßten ab usw. Am 27. Oktober verließ die Patientin das Krankenhaus, wobei sie sich subjektiv vollkommen gesund fühlte, während objektiv noch Insuffizienz der Mitralklappe bestand, wobei der erste Ton viel stärker, das denselben begleitende Geräusch bedeutend schwächer wurde.

Man muß somit aus der vorstehenden Krankengeschichte schließen, daß die medikamentöse Behandlung der Infektionskrankheit sich in diesem Falle als eine spezifische erwiesen hat. Noch deutlicher tritt uns die Berechtigung zu diesem Schlusse in dem zweiten Falle entgegen. (Fortsetzung folgt.)

Ein Fall von Nierenentzündung bei bestehender syphilitischer Leberzirrhose mit Thrombose der ganzen Pfortader.

(Nachtrag und Sektionsbericht.)

Von **Dr. H. P. Planer**, Frauenarzt, Dresden.

Nachdem ich vor zwei Jahren einen Fall von freier Wassersucht, geheilt durch Anwendung des Bauchschnittes[1]), veröffentlicht habe, finde ich heute Gelegenheit, über denselben Fall, der am 22. April 1904 in meiner Klinik wiederum wegen Wassersucht zur Operation und dann zur Autopsie gelangt ist, nachträglich und zur Ergänzung der Beurteilung zu berichten.

Am 17. März 1904 kam die Patientin St., nachdem sie sich bis dahin des besten körperlichen Wohlseins erfreut hatte und also gerade zwei Jahre nicht mehr Gegenstand ärztlicher Behandlung gewesen war, wegen hochgradiger Magenblutungen wieder in meine Behandlung.

Die Patientin hatte allein und ohne jegliche Beihilfe eine schwere Bretterwand gehoben und sich hierdurch eine Berstung der Magenvenen, die jedenfalls sehr stark gestaut waren, zugezogen.

Die Magenblutungen waren unter Anwendung von Solut. liq. ferri sesquichlorati 1 : 150, zweistündlich ein Eßlöffel in einem Glase Wasser genommen, etwa nach zwei Tagen gestillt. Seit dieser Zeit bekam die Patientin einen immer mehr zunehmenden Meteorismus und Aszites. Der Zustand wurde am 20. April hinsichtlich der Dyspnoe so bedenklich, daß die Aufnahme in meine Klinik erfolgte.

Befund: Fahles, äußerst blutarmes Aussehen, gedunsenes und aufgeschwemmtes Gesicht. Allgemeines Hautödem. Lungen und Herz gesund. Leber links bedeutend retrahiert, nach rechts aber vergrößert. Nierengegend druck- und schmerzempfindlich. Milz bedeutend vergrößert. Uterus nicht vergrößert, eher klein, in normaler Lage. Abdomen sehr stark aufgetrieben, hochgradiger äußerster Meteorismus der Därme, durch denselben Hochstand des Zwerchfells und sehr starke dyspnoische Beschwerden. Sehr starker, fast enormer Aszites. Nabelgegend sehr empfindlich, Magen vorgewölbt, aufgetrieben, druck- und schmerzempfindlich. Urinmenge pro Tag zirka um 1 *l*, vermindert, Urin eiweißhaltig, zuckerfrei. Stuhlgang angehalten.

Am 21. April wurde mittelst Bauchschnittes bei gleichzeitiger Kochsalzwasserinfusion in beide Mammae unter Anwendung der Chloroform-Äthernarkose der Aszites von vielen Litern Wasser abgelassen und nach Vernähung der Bauchhöhle mittelst fortlaufender Muskel-Faszien-Peritonealnaht die äußere Bauchwand durch Seidennähte geschlossen.

Die große Erleichterung, die Patientin nach der Operation hinsichtlich der Atembewegungen empfand, sollte indes diesmal nicht von langer Dauer sein.

6 Stunden nach der Operation füllte sich das Abdomen rasch wieder mit aszitöser Ansammlung unter gleichzeitigem Auftreten von Meteorismus, dabei trat langsame Abnahme der Herztätigkeit ein.

Colloidal-Nährklystiere, Kampferinjektionen, Beeftea wurden mehrmals verabreicht. Alles vergeblich.

12 Stunden nach der Operation erfolgte bei fortschreitender Herzschwäche der Exitus letalis.

Die am nächsten Tage vorgenommene Sektion ergab folgenden aufklärenden Befund:

Auf der Vorderseite des linken Schienbeines eine länglichrunde glatte Narbe mit weißschwieligem Zentrum und bräunlicher Randzone. Allgemeines Hautödem und innerer Hydrops. Allgemeine hochgradige Anämie. An der linken Zungenseite, mehr nach hinten und oben zu eine kleine schwielige Geschwürsnarbe, das darunter liegende Muskelgewebe zeigt feine weißliche Schwielen bis zur Narbe. Beiderseitige schwielige Pleuritis, rechts mit Adhäsionen. Akutes Lungenödem mit vereinzelten chronischen interstitiellen Herden und Schwielen. Starke Herzerweiterung mit atrophischer, besonders links stark verfetteter Muskulatur.

Im rechten Hauptbronchus eine schwielige Narbe.

Ösophagus zeigt stark erweiterte und geschlängelte Venen an der Innenwand; nach der Kardia zu sieht man zahlreiche feine Öffnungen, welche den Varizen entsprechen, mit feinen Blutgerinnseln bedeckt. (Ort der vorausgegangenen Magen- bzw. Ösophagusblutungen.)

Deutliche syphilitische Leberzirrhose mit starker Verminderung des Volumens, besonders des linken Lappens; hier im Gewebe beider Lappen bis in die Pfortader ein großes Gumma mit schwieliger Ausstrahlung in die Umgebung zu sehen, mit adhäsiver Perihepatitis totalis. Ausgedehnte wandständige, organisierte (verschiedenen Alters mit deutlicher Schichtung) Thrombose der ganzen Pfortader (einerseits bis in die mittleren Verzweigungen der Leber, andrerseits bis in die größeren Äste des Mesenteriums) mit Sklerose der Innenhaut.

Chronisch-hypertrophischer Milztumor.

Chronisch-interstitielle Pankreatitis.

Verfettung der Nieren, links mit kleiner Infarktnarbe; links sehr geringe Erweiterung des Nierenbeckens, rechts etwas stärker (auch des Ureters). Chronische schwielige (pergamentartig) Schleimhaut der Vagina mit schwieliger Umgebung. Atrophischer Uterus und Ovarien. Chronische adhäsive Peri- und Parametritis. Hypertrophische Harnblase (Balkenblase). Erweiterung der Urethra. Direkt hinter dem Orific. urethrae eine derbe strahlige Narbe (an der unteren Wand) mit Stenose. Magen-Darmtraktus ohne Besonderheiten.

Aus diesem Obduktionsbefund geht hervor, daß der Sitz des Lebergumma die fortschreitende Thrombosierung der Pfortader bewirkte und daß die Umschnürung der Pfortader durch das Lebergumma die Erweiterung der Ösophagus- und Magenvenen nach oben verursachte und damit zu varikösen Blutungen disponierte, während sie nach unten hin für das Bestehen und Anwachsen des chronischen Aszites oder der freien Wassersucht die fortdauernde Veranlassung gab.

Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, dürfte der von mir seinerzeit veröffentlichte Fall von freier Wassersucht in bezug auf seine Entstehung, seine damalige temporäre Heilung und seinen jetzt erfolgten letalen Ausgang von gewissem Interesse sein.

Spezifische antiluetische Kuren (Quecksilber-Inunktionskur und Jodkalidarreichungen) sind, wie ich später in Erfahrung brachte, Anfang 1902 unter früherer ärztlicher Leitung wohl erfolgt — jedoch ohne Erfolg mit Bezug auf den Aszites. Pat. hat mir gegenüber jedwede spezifische Infektion äußerst hartnäckig in Abrede gestellt.

Aus der Betrachtung des ganzen Falles folgt:

1. daß bei dem vorgeschrittenen Aszites sehr wohl der Bauchschnitt der Punktion unter allen Umständen vorzuziehen ist, und

2. daß nach Anwendung des Bauchschnittes eine monatelang dauernde Verordnung von Kalium jodatum in vielen Fällen sehr dringend angezeigt sein dürfte.

[1]) „Wiener Med. Presse" vom 8. März 1903, Nr. 10, pag. 465 und 466.

Über Cholelithiasis und deren chirurgische Behandlung.

Von **Dr. Benno Müller**, Hamburg.

III.

Nachdem ich nun diese Verhältnisse erörtert habe, erübrigt es noch, ein kurzes Wort über die Operation der Gallensteine in jenen Verhältnissen zu verlieren, welche oftmals recht gefährliche Zustände darstellen, nämlich dann, wenn eine Phlegmone der Gallenblase und der Gänge besteht,

wobei ja die Gefahr der Einklemmung der Steine recht groß ist. Man darf in solchen Fällen auch nicht zu lange mit der Operation warten und muß den eventuell eingeklemmt festsitzenden Stein rechtzeitig entfernen. Die Phlegmone deutet sich durch Fieber an. Sehr leicht kommt es dabei zu einer allgemeinen Septikämie und diese muß verhütet werden. Man kann wohl eine kurze Zeit lang versuchen, durch heiße Umschläge etc. die Entzündung zu bessern, denn es ist stets günstiger, wenn man operiert, nachdem eine solche Entzündung verschwunden ist. Wenn aber die Verhältnisse sich nicht bald bessern, soll man nicht zaudern, sondern operieren. Man macht dann am besten die zweizeitige Operation, indem man die Gallenblase durch Laparotomie freilegt, in die Wunde näht und eröffnet. Bei der Eröffnung derselben muß man peinlich die Bauchhöhle vor der Galle schützen, denn die letztere kann septisch infiziert sein, ja sie kann selbst Eiter enthalten. So drainiert man die Gallenblase nach außen, tastet die Gänge bis zur Leber und dem Duodenum ab, um zu fühlen, ob irgendwo Steine sitzen, die man entfernen muß, was leicht geschieht. Wenn man so verfährt, wird man gar bald die Phlegmone schwinden sehen, es treten normale Verhältnisse ein, und sobald keine Entzündung mehr an der Gallenblase zu finden ist, wird man meist 8—10 Tage nach der ersten Operation die zweite anschließen, welche entweder im Vernähen der Blase oder in der Cholezystenterostomie zu bestehen hat. Wenn man mit der ersten Operation zu lange wartet, tritt leicht eine schwere allgemeine Blutvergiftung auf, der man machtlos gegenüber steht. Ich habe einen solchen traurigen Fall gesehen, wo die Zeit für die Operation auch durch zu lange interne Behandlung war verloren worden und der Kranke trotz der noch vorgenommenen Operation zugrunde ging, nachdem ihm der im Ductus Choledochus sitzende Stein entfernt worden war. Es waren schon sehr schwere phlegmonöse Entzündungen entlang den Ductus bis in die Leber vorhanden und in der Gallenblase war Eiter und Galle gemischt enthalten. Nun, das sind Fälle, welche in der Jetztzeit nicht so leicht mehr vorkommen, wo man erkannt hat, wie schöne Erfolge gerade die Operationen an der Leber und dem Gallensystem zeitigen.

Was nun jene Fälle anlangt, wo die Gallensteine durch ihr langes, jahrzehntelanges Bestehen die Wandung der Gallenblase in einen karzinomatösen Veränderungszustand versetzt haben, wo sich sonstwie lokalisierte Karzinome am Hals oder Fundus der Gallenblase vorfinden, da ist nun nichts anderes möglich, als sofort eine radikale Operation vorzunehmen, welche die Gallenblase vollkommen entfernt. Die Exstirpation der Gallenblase ist an sich ein nicht zu schwieriges Unterfangen, es gelingt leicht, die normale Gallenblase aus ihrem Bette auszuschälen und zu resezieren. In jenen Fällen aber, wo in der Wandung der Blase Karzinom sich findet, ist man meist gezwungen, auch ein Stück des benachbarten Lebergewebes zu exstirpieren, eine Operation, welche natürlich um so schwieriger wird, je stärker das Karzinom schon fortgeschritten und je weiter es in das Lebergewebe eingewuchert ist. Man verfährt hierbei auf zweierlei Arten, nämlich bei dem Karzinom, welches noch nicht auf die Leber übergegangen ist, das vielleicht am Fundus, wo es noch frei von der Leber sich befindet, erst beginnt sich zu bilden, wird man die Gallenblasenwand von der Leber ablösen. Man kann, um stärkere Blutung zu vermeiden, vorher die Leber an der Grenze gegen die Gallenblase mit Suprareninlösung anämisieren und erzielt dabei ein völlig blutloses Operieren. Ist aber das Karzinom an der der Leber angelagerten Gallenblasenwand lokalisiert und hat es somit auch schon mehr oder weniger auf das Lebergewebe übergegriffen, so wird man die Gallenblase mit dem benachbarten Leberstück exstirpieren, und zwar so, daß man die Fläche der Gallenblasenwand als eine Längsseite eines dreikantigen Prismas betrachtet und mit dem Messer die anderen beiden Flächen so in die Leber hinein anlegt, daß ein dreikantiges Stück exstirpiert wird. Man muß dabei soviel Lebergewebe mit entfernen, daß man weit entfernt vom Karzinom ins gesunde Lebergewebe schneidet. Die Leber muß man hierbei wiederum am besten mit Suprarenin anämisieren und hat dadurch den Vorteil, daß man keine starke parenchymatöse Blutung findet, sondern nur auf einige, heftig blutende größere Lebergefäße stoßt, welche man natürlich am besten ligiert. Nun, nachdem die Blutung gestillt ist, klappt man die Leberwunde zusammen und näht die Leber durch einige große tief greifende Situationsnähte sowie eine Menge kleinerer Kapselnähte, welch letztere die wichtigsten sind, da sie allein Halt für die Wunde bieten. So kann man erreichen, daß die Leberwunde schnell und ohne Granulationsbildung heilt. Wenn man nun die Wunde nicht so schließen kann, weil vielleicht zuviel Leber reseziert werden mußte, so wird man die Blutung vor allem peinlich stillen und die Wunde der Leber mit trockener, mit Suprarenin imprägnierter Gaze tamponieren. Diese Tamponade mit Suprareningaze verhindert eine etwaige Nachblutung. Man führt den Tampon mit dem Ende in die Bauchwunde, um ihn von da aus entfernen zu können. Allerdings wird man wohl meist die Leber nähen können, da man ja nur kleine Karzinome der Gallenblase noch operiert, denn die fortgeschritteneren haben doch schon Metastasen in der Leber gebildet und eine Exstirpation hat dann keinen Nutzen mehr. Das Suprarenin leistet bei solchen Operationen vorzügliche Dienste und verhütet starke Blutungen. Ich habe in einer großen Reihe von Gallenblasenexstirpationen an Hunden die vorzügliche Wirkung des Suprarenins geprüft. Auch die Naht der Leber ist in den meisten Fällen möglich, man muß nur die Entfernungen vorher richtig bedenken, damit die Flächen gut aufeinander passen und sich auch aneinander anlegen. Freilich sind die Karzinome nur in den seltensten Fällen operabel, denn meist kann man erst die Diagnose stellen, nachdem man die Unmöglichkeit der Operation zugleich erkannt hat, weil die Kranken zu spät in die Hand des Chirurgen kommen. Man sollte stets bei lange Zeit an Cholelithiasis leidenden Personen, namentlich wenn sie in der letzten Zeit stark abgefallen und abgemagert sind, an Karzinom der Gallenblase denken. Das Karzinom entsteht ja oft durch oder infolge des Druckes der Steine. Je eher man operiert, um so besser sind auch hier die Chancen der Gesundung und Genesung. Es ist allerdings oft sehr schwer, ja unnötig, die Diagnose eines Karzinoms der Gallenblase zu stellen, denn dasselbe verursacht selten Schmerzen, selten Ikterus, nur wenn es am Kollum der Blase sitzt, kann Ikterus hervorgerufen werden. Meist findet man das Karzinom zufällig bei der Steinoperation. Jedenfalls könnte man viel günstigere Resultate erhalten, wenn jeder an Gallensteinen leidende Kranke sich operieren lassen würde, man würde dann auch manches Karzinom früh entdecken und zur Operation bringen, wodurch manchem Menschen das Leben gerettet werden könnte.

Es ist daher als Regel zu erachten, jeden Gallensteinkranken, wenn sich die Cholelithiasis nicht bald durch eine interne Behandlung günstig beeinflussen läßt und man auch der Diagnose nicht völlig sicher ist, zur Operation zu veranlassen und ihn nicht mit anderen Kuren, die dann doch auch ohne Erfolg sind, hinzuhalten, bis man schließlich die günstige Zeit für den das Leben noch rettenden Eingriff hat vorübergehen lassen.

Aus den Ausführungen läßt sich ersehen, wie vielseitig doch die Beziehungen der Gallensteinleiden zu den chirurgischen Eingriffen sind, wieviel Umstände, Verhältnisse und Beziehungen der Organe und physiologischen Vorgänge zueinander im Organismus von dem Arzte erwogen, überlegt, erörtert und definitiv klar gelegt werden müssen, ehe er einen Rat für die Behandlung gibt, ehe er einen Eingriff wagt, und wie oft der Arzt noch während der Operation seinen Plan ändern und völlig umgestalten muß, um eine andere Operation noch anzuschließen und den Kranken für die Zukunft dadurch von seinem Leiden zu befreien. Man er-



sieht aber auch, wie wichtig es ist, gerade die Gallensteinleiden nicht mit Magenleiden, ein objektiv vorhandenes, auf pathologisch-anatomischen und chemischen Veränderungen beruhendes Leiden mit einem imaginären, nur als Begriff und leerer Schall bestehenden Zustande wie z. B. einem nervösen Magenleiden zu verwechseln. Wenn auch bei der ersten Untersuchung vielleicht dem Arzt die eigentliche Natur der Krankheit nicht klar wird, so kann man das nachsehen, das ist überhaupt leicht möglich; daß aber Kranke, bei denen man zur Zeit des Anfalles eine große Gallenblase voll Steinen im Abdomen fühlen und perkutorisch nachweisen kann, jahrelang alle 6 Wochen behandelt werden und dabei die Diagnose trotz typischer Symptome nicht auf Cholelithiasis, sondern auf Magenleiden gestellt wird, weil zufällig der Ikterus fehlte, das ist ein Vorkommnis, das am Ende des 19. Jahrhunderts und zu Anfang des 20. nicht mehr zeitgemäß ist. Der Magen ist ja natürlich meist mit in Mitleidenschaft gezogen, der Kranke erbricht, aber das sind nur Nebenwirkungen des eigentlichen Leidens. Die Gallensteine können, wie wir gesehen haben, trotzdem zahlreiche Leute ein Leben lang beschwerdelos eine Menge solcher Steine mit sich herumtragen und sich dabei ganz wohl und gesund fühlen, auch sehr schwere Zustände herbeiführen und den Menschen in soviel Not, Elend, Gefahr und Schmerzen bringen, daß man sie nie unterschätzen darf, sondern sofort, nachdem man ihre Gegenwart und ihr Vorhandensein nachgewiesen, rechtzeitig und zielbewußt handelnd energische Gegenmaßregeln ergreifen soll.

Referate.

SULTAN (Leipzig): **Über Laminektomie bei spondylitischen Lähmungen.**

An der Leipziger chirurgischen Klinik wurden bisher 14 Fälle von spondylitischen Lähmungen operiert und zum Teil recht befriedigende Resultate erzielt. Über 8 Fälle wurde bereits in einer früheren Arbeit berichtet und Verf. konnte 6 von diesen Patienten nachuntersuchen und 5 Dauerheilungen konstatieren. Die 6 neuerlich operierten Fälle sind noch nicht geeignet, Schlüsse auf Dauerresultate zu gewähren, in einigen Fällen konnte man aber eine bald nach der Operation einsetzende und progrediente Besserung der Lähmungen und der Spasmen beobachten („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 78, H. 1—3). Die Operation bestand in Abmeißeln zweier oder mehrerer Wirbelbogen, Eröffnung intradural oder subdural gelegener Abszesse, Exkochleation von Granulationen und Auskratzung von tuberkulösen Herden, die in den Wirbelkörpern saßen. Beim Aufmeißeln des Wirbelkanals konnte man stets eine Stenosierung desselben konstatieren, welche meistenteils durch Verkrümmung der Wirbelsäule, in den seltensten Fällen durch prominente Sequester bedingt war. Durch die Laminektomie wurde eine Entlastung des Rückenmarks erzielt, auf welche die progrediente Besserung zu beziehen ist; prominente Sequester wurden entfernt. Die Laminektomie hat natürlich die größte Aussicht auf Erfolg in den Fällen, wo eine isolierte Bogenkaries vorliegt; hier wird durch die Operation nicht nur eine Entlastung des Rückenmarks, sondern auch eine vollständige Entfernung des Krankheitsherdes erzielt werden können. Die Chancen für die Heilung sind besonders dann günstig, wenn der tuberkulöse Prozeß bereits abgelaufen ist, und weiters wenn die Patienten das 20. Lebensjahr nicht erheblich überschritten haben, da die Heilungstendenz bei jugendlichen Individuen eine viel größere ist. Wenn der Sitz der Markläsion ein hoher ist, würde es sich empfehlen, mit der Operation nicht lange zuzuwarten, da sonst leicht Dekubitus eintritt, der die Aussichten auf Heilung bedeutend verschlechtert. Bei Vorhandensein von Blasen- und Mastdarmstörungen wird der Entschluß zu der allenfalls eingreifenden Operation leichter gefaßt werden können. Selbstverständlich werden nur die schweren Fälle operiert werden, während die leichteren mit Extension, Gipsbett und anderen Maßnahmen behandelt werden. In keinem der operierten Fälle nahm die Kyphose nach der Operation zu, wenn die Patienten das Stützkorsett getragen haben. Durch Neubildung von Knochen hat sich häufig die Wirbelsäule sogar gefestigt. ERDHEIM.

EDMUND SAALFELD (Berlin): **Zur Behandlung des vorzeitigen Haarausfalls.**

Nach langen Versuchen mit einer Reihe älterer Präparate hat sich Verf. („Ther. Monatsh.", 1905, Nr. 4) einer Tannin-Bromverbindung, die unter dem Namen Tannobromin bekannt ist, zugewandt und Versuche bei der Behandlung des Haarausfalls in 60 Fällen unternommen. Er fand, daß dem Mittel außer seiner Eigenschaft, in schwacher Konzentration die Hyperkeratose, in stärkerer die Seborrhöe zu beheben, noch die Eigenschaft, juckstillend zu wirken, in hohem Maße zukommt, ein Faktor, der gerade hier von besonderer Bedeutung ist. Tannobromin ist die Formaldehydverbindung des Dibromtannins. Gegenüber dem Bromokoll, der Leimverbindung des Dibromtannins, unterscheidet sich das von ALTSCHUL zuerst hergestellte Tannobromin vor allem durch seine Löslichkeit in Alkohol. Es stellt ein bräunliches Pulver dar und enthält zirka 30% Brom. Der Vorteil des Präparates liegt darin, daß es ebenso wie der Schwefel in verschieden starker Konzentration für beide geschilderten Arten des Haarausfalles zu benutzen ist, daß dem Schwefel gegenüber aber die Löslichkeit in spirituösen Vehikeln ins Gewicht fällt. Soweit eine Besserung oder Heilung zu erzielen möglich war, konnte ein Erfolg konstatiert werden. Natürlich wurde das Präparat zuerst ohne Salizylsäure- oder Schwefelzusatz verwendet. Das Resultat der Tannobrominbehandlung war: Nachlassen der Schuppenbildung und des Juckens sowie Verminderung des Haarausfalles: kurz, eine Abnahme des ganzen Krankheitsbildes. Für Fälle, wo eine Verminderung des Fettgehaltes besteht, verschreibt SAALFELD:

Rp. Tannobromini . . . . 1·0
Vaselini flavi . . . . 29·0
M. f. unguentum

oder

Rp. Tannobromini . . . . 1·0
Lanolini,
Paraffini liquidi . . . . aa. 2·0
Fetroni . . . . ad 30·0
M. f. unguentum.

Eine Vorschrift für die einen Zusatz von Salizylsäure und Schwefel enthaltende Tannobrominsalbe würde z. B. lauten:

Rp. Acidi salicylici . . . . 0·5—0·75
Tannobromini,
Lactis sulfuris,
Tincturae cantharidum . . . . . . aa. 1·0
Adipis benzoati recenter parati . . . ad 30·0
M. f. unguentum.

Eine dieser Salben lasse man die Patienten dreimal in der Woche einreiben, und zwar müssen sie angewiesen werden, das Haar mit einem weiten Kamm in eine große Reihe von Scheiteln zu zerlegen und auf die zutage tretende Kopfhaut die Salbe entweder mit einem Borstenpinsel oder besser dem Finger selbst einzureiben oder durch eine andere Person einreiben zu lassen. Da diese Prozeduren gewöhnlich des Abends vorgenommen werden, sind die Patienten, um eine Beschmutzung des Kopfkissens zu vermeiden, darauf aufmerksam zu machen, den Kopf in geeigneter Weise, am besten mit einer Badekappe, zu bedecken.

A. FEDERMANN (Berlin): **Über Perityphlitis, mit besonderer Berücksichtigung der Leukozytose. Zweite Mitteilung: Begrenzte eitrige Peritonitis.**

Die Leukozytose ist eine heilsame Reaktion des Organismus gegenüber der Infektion. Sie stellt ein Symptom der Erkrankung dar wie jedes andere, jedenfalls kein charakteristisches. Der Ausfall dieser Reaktion wird bestimmt durch die Infektionsintensität und die Reaktionskraft des Körpers. Von diesen beiden Momenten ist das erstere wegen seiner größeren Labilität das wichtigere. Da sich bei Perityphlitis die Entzündung vornehmlich am Peritoneum abspielt, das wie kein anderes Organ befähigt ist, jeden feinsten Reiz wiederzuspiegeln, so erklärt sich dadurch die große Empfindlichkeit der

Reaktion bei dieser Krankheit („Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.“, Bd. 13). So wird man auch geradezu gedrängt, die Beteiligung des Peritoneums neben den anatomischen Veränderungen am Wurmfortsatz zur Grundlage und zum Einteilungsprinzip zu erheben. Nur durch Kenntnis des pathologisch-anatomischen Vorganges kann der Blutbefund richtig bewertet werden, und umgekehrt wird durch die Untersuchung des Blutes das Verständnis für den anatomischen Prozeß erleichtert und gefördert. Aus 300 beobachteten Fällen folgert Verf., daß jede Perityphlitis, mag es eine einfache katarrhalische Form sein oder die schwere Gangrän mit freier Peritonitis, unter einer typischen Leukozytenkurve verläuft, die einen ansteigenden Teil, ein Höhestadium und einen absteigenden Teil hat. Je nach der Intensität des Prozesses variiert diese Kurve. Je leichter die Infektion ist, desto niedriger ist die Leukozytenzahl im Beginn der Erkrankung und desto schneller sinkt sie parallel den übrigen Symptomen zur Norm ab. Je schwerer die Infektion ist, zu desto höheren Werten steigt die Leukozytenzahl an, desto länger verweilt sie auf diesem Niveau, um dann gleichfalls allmählicher oder rascher zur Norm herunterzugehen. In den schwersten Fällen sinkt sie nach einem kurzen Höhestadium zwar gleichfalls ab, während jedoch im Gegensatz dazu die übrigen klinischen Symptome dauernd an Schwere zunehmen. Betrachtet man unter Zugrundelegung dieser allgemeinen Gesichtspunkte den Wert und die Bedeutung der Leukozytenzählung in den einzelnen Entwicklungsstadien einer Perityphlitis, so wird man erkennen, daß die Verwertung der Leukozytose für diagnostisch-prognostische Zwecke nur statthaft ist unter sorgfältigster Berücksichtigung aller übrigen klinischen Symptome, vor allem der Temperatur, des Pulses und des Zeitpunktes der Erkrankung. Ohne eine Vergleichung mit diesen ist eine richtige Beurteilung unsicher und irreführend. Es ist davor zu warnen, die gefundene Zahl schematisch aufzufassen und der einmaligen Zählung eine zu große Bedeutung beizulegen. Deuten schon die klinischen Symptome auf eine schwere Erkrankung, so ist eine vorhandene Leukozytose eine willkommene Stütze der Diagnose. Einen besonderen Wert hat die Leukozytose dann, wenn die übrigen Untersuchungsergebnisse zweifelhafter Natur sind. In dem Frühstadium der Erkrankung ist die Beurteilung und Verwertung der gefundenen Leukozytenzahl am unsichersten. Eine Indikationsstellung lediglich auf Grund der Leukozytenzahl ist in den ersten 48 Stunden nicht angängig. Der Wert der Leukozytenzählung steigt um so mehr, je weiter der infektiöse Prozeß fortschreitet. Schon am 3.—5. Krankheitstage, dem Intermediärstadium, in dem ein Eingriff am gefährlichsten erscheint, ist der Ausfall der Leukozytenzählung in diagnostisch-prognostischer Hinsicht von großer Bedeutung. Eine hohe Leukozytenzahl und schwere klinische Symptome geben in diesem Stadium die Indikation zum sofortigen Eingriff, da das mit Sicherheit vorhandene eitrige Exsudat keine Tendenz zur Abkapselung zeigt. Solange bei noch hochstehender Leukozytenzahl operiert wird, ist die Prognose der Operation eine günstige. Geht der Verfall weiter, so ist die Prognose mit oder ohne Operation eine ungünstige. Verf. betrachtet demnach die Leukozytenzahl vor der Operation als das sicherste prognostische Merkmal, weil es am klarsten die noch vorhandene Wehrkraft des Organismus widerspiegelt. Besteht eine hohe Leukozytose bei schweren klinischen Symptomen, so spricht das für schnell wachsenden Abszeß und indiziert sofortige Operation. Besteht eine hohe Leukozytenzahl ohne bedrohliche Symptome, so erlaubt dies 24stündiges Abwarten. Je nach dem weiteren Steigen oder Absinken der Leukozytenzahl ist dann zu operieren oder der weitere Rückgang abzuwarten. Bleibt die Leukozytenzahl nach 24 Stunden auf der gleichen Höhe, so entscheiden die übrigen Symptome. B.

KARL LEWIN (Berlin): **Über das Lezithin und Bromlezithin.**

Verf. hat seit längerer Zeit über die Anwendung und den praktischen Wert der Lezithintherapie bei Blutkrankheiten Erfahrungen gesammelt. Nunmehr berichtet er („Med. Klinik“, 1905, Nr. 34) über Ergebnisse mit dem neuen Bromlezithin, das nach den bisherigen Erfahrungen ein Präparat zu sein scheint, das eine praktisch und theoretisch begründete Lezithintherapie per os durchzuführen erlaubt. Klinisch angewendet worden ist das Bromlezithin von BERGELL und BRAUNSTEIN bei einer Reihe von sekundären Anämien. In ihrer Indikationsstellung richteten sich diese Autoren nach den Prüfungen SERONOS, der Lezithin subkutan bei verschiedenen Blutkrankheiten anwandte. BERGELL und BRAUNSTEIN haben bei der Auswahl ihrer Fälle anscheinend im wesentlichen die Frage zu beantworten gesucht, ob die Bromlezithintherapie für den Blutbefund eine Wirksamkeit zeigt, welche eklatant klar zu stellen ist. Auch Verf. ist der Ansicht, daß systematische Blutuntersuchungen, welche besonders schnell eintretende Unterschiede zeigen, evidenter die Wirksamkeit des Lezithinmoleküls erweisen, als Gewichtsbestimmungen und Aschenanalysen von jungen Tieren, welche mit oder ohne Lezithindarreichung vergleichsweise aufgezogen werden, wie solche in der älteren und jüngeren Lezithinliteratur sich zahlreich finden. Das Ergebnis der Beobachtungen LEWINS ist, daß bei allen Fällen eine eindeutige Veränderung des Blutbefundes, bestehend in Zunahme des Hämoglobins und auch der Erythrozytenzahl, festgestellt wurde und auch eine entsprechend günstige Veränderung des klinischen Bildes. Klinisch ist also die Anwendung des Bromlezithins bei den sekundären Anämien und den Chlorosen neben der Eisentherapie generell indiziert. Man darf wohl annehmen, daß ein großer Teil des Lezithins als solches resorbiert werden kann, doch ist auch die Annahme der Lezithinspaltung durch die Verdauung aufrecht zu erhalten. G.

N. N. RJUMIN (Warschau): **Aus meinen Beobachtungen über die Wirkung des Xeroforms.**

Verf. hat das Xeroform in Pulverform in 72 Fällen angewendet und fast stets gute Erfolge erzielt. Das Pulver wurde in dünner Schicht auf die Wund- und Geschwürsoberfläche aufgetragen und darauf entweder ein warmer Umschlag oder trockener aseptischer Verband gelegt. Bei Verbrennungen wurde das Xeroform in Verbindung mit warmem Umschlag angewendet. Bei stark verunreinigten Wunden und Geschwüren sowie bei Phlegmonen mit reichlicher Eiterabsonderung wurde der Verband in den ersten Tagen täglich, dann alle 2—3 Tage appliziert. Das Material des Verf.s umfaßt 3 Fälle von Otitis media suppurativa acuta, 10 Fälle von akuten und 8 Fälle von chronischen Unterschenkelgeschwüren, 4 Fälle von Inguinalbubonen nach Ulcus molle, 2 Fälle von Ulcus molle, 10 Fälle von Verbrennung zweiten Grades, 17 Fälle von verunreinigten Quetsch- und Schnittwunden, 8 Fälle von Phlegmone und 10 Fälle von nässendem Ekzem. Von diesen Patienten wurden 70 geheilt. Auf Grund seiner Erfahrungen gelangt Verfasser zu folgenden Schlüssen („Wojenno Medizinski Journal“, Bd. 78, H. 5): 1. Das Xeroform trocknet, indem es die eitrige Sekretion vermindert, Wunden und Geschwüre gut aus und verhindert, indem es eine feste Borke bildet, das Eindringen des Infektionsstoffes in das Lymph- und Blutsystem. 2. Das Xeroform reizt auch nicht im geringsten die umgebenden Gewebe. 3. Das Xeroform belebt und kräftigt die Granulationen und bewirkt dadurch eine rasche und feste Vernarbung. 4. Das Xeroform kürzt die Krankheitsdauer ab. 5. Das Xeroform besitzt vor dem Jodoform den Vorzug, fast vollständig geruchlos zu sein. 6. Weitere Beobachtungen über die Wirkung des Xeroform sind nicht nur erwünscht, sondern höchst notwendig. L—y.

FRANKENBURGER (Nürnberg): **Erhebungen und Betrachtungen über 10 Jahre Sterblichkeit an Tuberkulose in Nürnberg.**

Im Durchschnitt der Jahre 1894—1903 starben in Nürnberg 0·3669% der Einwohner an Tuberkulose (aller Organe) und 0·3011% an Lungentuberkulose. Von je 100 während dieses Zeitraumes überhaupt gestorbenen Personen starben 16·626 an Tuberkulose, 13·496 an Lungentuberkulose (Festschrift für G. MERKEL — „Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 84). Von den an Lungentuberkulose gestorbenen Personen waren 12·6% unter 14 Jahre alt (davon 47·6% männlichen und 52·4% weiblichen Geschlechtes); 87·4% der Todesfälle betrafen Erwachsene (davon 58·97% männlichen, 41·03% weiblichen Geschlechtes). Die Sterblichkeit an Tuberkulose bzw. Lungentuberkulose in Nürnberg muß als eine relativ sehr hohe bezeichnet werden. Je-

doch zeigen die Sterblichkeitskurven für Tuberkulose im Verlaufe der ganzen Periode ein stetiges, seit 1896 besonders auffallendes Absinken, welches stärker ist als das Absinken der Gesamtsterblichkeit. Auf 100 Tuberkulosetodesfälle (aller Organe) treffen 81·76 Fälle von Lungentuberkulose, auf 100 Tuberkulosefälle des erwerbsfähigen Alters sogar 94·59 Lungentuberkulose. Numerisch die meisten Todesfälle an Lungentuberkulose treffen auf die Altersstufen vom 21.—30. bzw. 31.—40. Lebensjahre, weil die Zahlen der Lebenden dieser Altersstufen die größten sind. Die Verhältnisziffer der Todesfälle an Lungentuberkulose zu den Zahlen der Lebenden der einzelnen Altersstufen steigt dagegen vom 20.—70. Lebensjahre stets an. Zwischen dem 15. und 40. Lebensjahre beträgt die Zahl der Lungentuberkulosetodesfälle dieses Alters rund die Hälfte aller Todesfälle dieser Lebensjahre. Die Männer des erwerbsfähigen Alters sind stärker beteiligt als die Frauen. Die berufliche Tätigkeit übt einen Einfluß auf die Gefährdung durch Lungentuberkulose aus. Von den Todesfällen an Lungentuberkulose bei Männern fallen 38·84% auf in Staubberufen beschäftigte Personen; am meisten gefährdet scheinen Angehörige der Metallstaubgewerbe zu sein. Die Gefahr, an Lungentuberkulose zu sterben, ist jedoch nicht allein durch die Art der Berufstätigkeit bestimmt. Ebenso wichtig sind wohl andere, insbesondere die gesamten äußeren hygienischen Verhältnisse (Aufenthalt und Beschäftigung in geschlossenen Räumen, Berufsausübung in sitzender und hockender Stellung, Ernährungs-, Wohnungsverhältnisse usw.). Gegenüber Lehren, welche die Ursache der Tuberkulose nur in einer einzigen, schon im frühesten Kindesalter einsetzenden Schädlichkeit sehen, der gegenüber wir lediglich auf die Widerstandskraft des Organismus angewiesen wären, sprechen FRANKENBURGERS Wahrnehmungen doch für die bisherige Erfahrung des Zusammenwirkens der verschiedensten für eine Infektion verantwortlichen und dieselbe begünstigenden Faktoren, welchen entgegenzuarbeiten es glücklicherweise eine ganze Reihe von Wegen gibt. B.

F. S. PETRASSEWITSCH (Moskau): **Quecksilber als Ursache von Appendizitis.**

Verf. beschreibt einen Fall („Wratschebnaja Gazetta", 1905, Nr. 22), den er als Unikum bezeichnet. Er wurde zu einem 23jährigen Bauern gerufen, bei dem er auf Grund der vorgefundenen Erscheinungen mit aller Sicherheit Appendizitis und zugleich Syphilis condylomatosa recens diagnostizieren konnte. Aus der Anamnese ergab sich folgendes: Der Patient ist bis zur gegenwärtigen Erkrankung niemals magen- oder darmkrank gewesen. Vor einem Monat bemerkte er am Hoden einen Ausschlag und verspürte Halsschmerzen. Er wandte sich an den Feldscher, der Syphilis erkannte und Quecksilbereinreibungen verordnete. Die Einreibungsprozedur gefiel jedoch dem Patienten nicht, um so weniger, als der Feldscher meinte, daß die Behandlung im Verlaufe der nächsten 2 Jahre werde mehrmals wiederholt werden müssen, und Pat. wandte sich infolgedessen an einen Kurpfuscher. Dieser versprach, ihm in kürzester Zeit die Syphilis zu heilen, verordnete achttägiges Fasten, dann an 3 aufeinander folgenden Tagen Abführmittel und schließlich soviel metallisches Quecksilber zu sich zu nehmen, wie in zwei Hausthermometern enthalten ist. Der Patient sollte das Quecksilber im Brot nehmen und eine große Quantität Milch nachtrinken. Der Patient hat genau die Vorschriften des Kurpfuschers erfüllt und nach der geschilderten Vorbereitungskur das Quecksilber, welches er zwei Hausthermometern entnahm, zu sich genommen. Am folgenden Tage verspürte er unbedeutenden Schmerz in der rechten Hälfte des Unterleibes. Die Schmerzen nahmen allmählich zu, erreichten nach 2 Tagen ihr Maximum und ließen seitdem nicht mehr nach. Nach und nach entwickelte sich das typische Bild von Appendizitis, welches der Patient darbot. Unter üblicher interner Behandlung erholte sich der Patient und war nach 14 Tagen imstande, sich zum Arzt zu begeben. Er bot folgenden Status: Er ging mit Mühe, sich auf einen Stock stützend, klagte über Schmerzen in der rechten Regio iliaca. Bei der Untersuchung fand man in dieser Gegend eine Geschwulst von harter Konsistenz. Die obere Grenze dieser Geschwulst bildete eine Linie, welche von der Spina superior anterior ossis ilei zum Nabel verlief. Des Nachts fieberte der Patient. Es lag somit ein eingekapselter Abszeß vor, und Verf. empfahl dem Patienten, sich einer Operation zu unterziehen, worin der Patient jedoch nicht einwilligte. Infolgedessen verordnete Verf. Jodtinktur und warme Umschläge, welche 14 Tage lang angewendet wurden. Hierauf wurden Einreibungen von 6·0 Ichthyol auf 60·0 Ung. Kali jodati, sowie antiluetische Behandlung verordnet. Der Patient kam nicht mehr wieder. Nach 3 Monaten brachte jedoch Verf. in Erfahrung, daß der Patient nach Amerika ausgewandert sei, daß die Geschwulst in der Fossa iliaca sich um die Hälfte verkleinert habe, die Schmerzen verschwunden seien und der Patient frei gehen könne. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Indikationen zur Myomoperation** erörtert WINTER („Ztschr. f. Geb. u. Gyn.", 1905, Bd. 55) an der Hand von 1000 Fällen. Er kommt zu folgendem Schluß: Blutungen treten ungefähr in ²/₃ der Fälle bei Myomkranken auf, und zwar bei weitem am meisten bei submukösen Myomen; am häufigsten sind reine Menorrhagien, am seltensten reine Metrorrhagien. Reine Metrorrhagien müssen den Verdacht auf maligne Degeneration, sekundäre (gutartige) Degeneration der Myomsubstanz oder auf submuköse Entwicklung des Myoms erwecken. Blutungen in der Menopause entstehen meistens nur bei Komplikationen mit malignen Erkrankungen, sekundärer Degeneration des Myoms oder bei submuköser Entwicklung. Bei Metrorrhagien und Blutungen in der Menopause ist ein konservativer Standpunkt gerechtfertigt, wenn man maligne Erkrankungen oder sekundäre Degeneration bei submuköser Entwicklung ausschließen kann; in der Mehrzahl der Fälle wird man das Myom entfernen müssen. Schwere Anämie bei kleinen Tumoren deutet auf submuköse Entwicklung hin. Die Ergotinkur ist nur erfolgreich bei rein interstitiellen Myomen bis zu Kindskopfgröße. Die Ausschabung der Uterusschleimhaut darf nur vorgenommen werden bei sicherem Ausschluß eines submukösen Myoms und ist am wirksamsten bei subserösen und kleinen interstitiellen Myomen. Submuköse Myome und Blutungen sind prinzipiell zu entfernen. Bei interstitiellen und subserösen Myomen befreit die konservative Operation die Kranke nicht sicher von ihren Blutungen.

— Zur **Behandlung von verunreinigten Wunden** und Geschwüren empfiehlt ERNST FÜRTH das Chininum lygosinatum. Nach den Angaben des Erfinders stellt es das Chininsalz des Diorthokumarketon, beziehungsweise des Diorthooxydibenzalazeton dar. Enthalten sind darin 70·9% Chinin ($C_{20}H_{24}N_2O_2$), welche an Diorthooxydibenzalazeton gebunden sind. Es ist ein sehr voluminöses Pulver, welches ungefähr den 3·5fachen Rauminhalt wie Jodoform einnimmt, von frischer hellroter Farbe, weist keinerlei Geruch auf, ist amorph und fühlt sich etwas fettig an, auch läßt es sich leicht zerreiben. Eine stärkere Beschmutzung der Wäsche oder Verbandstoffe verursacht es nicht und sind die Flecke leicht beim Auskochen wieder entfernbar. Verf. hat dasselbe als Wundstreupulver bisher in weit über 100 Fällen mit Erfolg verwendet. Das Mittel ist völlig unschädlich, in Wasser schwer, in Alkohol leicht löslich.

— Die Erfahrungen der Heidelberger Klinik bei der **operativen Behandlung des kompletten inneren Darmverschlusses** teilt SIMON mit („Beitr. z. kl. Chir.", Bd. 45, H. 3) und pflichtet der Ansicht KOCHERS bei, daß nur das zu lange Zögern mit der Operation die schlechten Resultate verursache; besonders in den ganz akut einsetzenden Fällen mit initialem Kollaps ist baldigste Operation das einzig richtige; in allen Fällen inneren Darmverschlusses, bei denen eine Strangulation des Darmes wahrscheinlich ist, muß das Hindernis der Kotzirkulation aufgesucht und beseitigt werden. Bei Darmgangrän ist meist einfache Vorlagerung und Eröffnung des Darmes der eingreifenden Resektion vorzuziehen. Besonders in Fällen vorausgehender chronischer Obstipation kann bei komplettem Darmverschluß zuerst ein Versuch mit interner Medikation gemacht werden, jedoch höchstens innerhalb 24 bis 48 Stunden. Von Operationen ist hier öfters einfache Enterostomie am Platz und erst sekundär kommt Beseitigung des Hindernisses in Frage; bei günstigen Fällen könnte eine Enteroanastomose angelegt werden. Primäre Totalresektionen sind zu verwerfen, Fremdkörper müssen entfernt werden. Allen Operationen bei komplettem Darmverschluß ist eine Magenspülung vorauszuschicken. Bei starkem

Meteorismus muß der Darm vor der Operation entleert werden. Bei bestehender Peritonitis empfiehlt es sich, stets eine Darmfistel anzulegen, unbeschadet der Beseitigung des Hindernisses bei Strangulationen.

— Das **Jothion**, ein neues Jodpräparat zur perkutanen Applikation, haben CARLO RAVASINI und UGO HIRSCH vielfach gebraucht („Arch. f. Derm. u. Syph.", Bd. 74, H. 2 u. 3). Das Jothion ist ein Jodwasserstoffsäureester, löslich in Ölen, Alkohol und Äther, unlöslich in Wasser. Es enthält 80% Jod in organischer Bindung und soll überall, wo innerlich oder äußerlich Jodpräparate gebraucht werden, Anwendung finden; die direkte äußerliche lokale Anwendung soll als Ersatz der internen Kaliumjodidbehandlung oder der subkutanen Jodipinanwendung dienen. Die Anwendung des Jothions ist sehr einfach; es kann entweder pur aufgepinselt oder mit Öl gemischt oder in Salbenform appliziert werden. Nach Untersuchungen, die im physiologischen Laboratorium der Firma Bayer gemacht worden sind, findet die Jodresorption in Jothionsalben ganz gleichmäßig statt, gleichgültig ob man Vaselin oder Lanolin als Salbengrundlage benutzt. Verff. wandten daher folgende Salbe an: Jothion 1 Teil, Vaselin-Lanolin aa. 2 Teile. Diese Salbe hat nur in einem Falle eine Dermatitis hervorgerufen. In mehr als fünfzig Fällen trat eine Dermatitis sonst nie auf. Selbst bei mehr als zehntägiger Applikation blieb die Haut unversehrt. Leichtes, kurzdauerndes Brennen wurde von den Patienten nur bei Applikation auf den Hodensack angegeben.

— Die Indikationen und Methoden der **Operation des Kehlkopfkrebses** bespricht NAVRATIL („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 76). Die endolaryngeale Operation ist indiziert, wenn der Krebs als innerer Krebs nur in Form eines kleinen Knötchens auftritt, umschrieben ist, keine Metastasen erzeugt hat. Die Entfernung einzelner Teile des Kehlkopfes ohne Narkose und vorherige Tracheotomie, bloß bei lokaler Anästhesie auf dem Wege der Laryngofissur ist angezeigt, wenn sich der Krebs bei der Probeexzision als nicht verhorntes Plattenepithelialkarzinom erwies, als inneres Karzinom in geringer Ausdehnung und, wenn er auch in diffuser Form auftrat, weder Fixation noch Metastasen erzeugte und der zu exstirpierende Teil kleiner ist als ein Drittel des Kehlkopfes. Die Entfernung einzelner Teile des Kehlkopfes in Narkose und mit präventiver Tracheotomie auf dem Wege der Laryngofissur ist angezeigt, wenn der Krebs in der Art des Plattenepithelialkrebses oder des Basalzellenkarzinoms als innerer Krebs auftritt, noch keine Metastase erzeugt hat und es nicht notwendig ist, mehr als die Hälfte des Kehlkopfes zu exstirpieren. Bei äußerem Karzinom ist es einzig der Krebs der Epiglottis, bei welchem partielle Exstirpation mit vorheriger Tracheotomie indiziert erscheint, im entgegengesetzten Falle ist die Totalexstirpation auszuführen. Die Totalexstirpation des Kehlkopfes ist indiziert im Anfangsstadium des verhornten Epithelioms und des medullaren Karzinoms, ferner beim ausgebreiteten Plattenepithelkarzinom, wenn Metastasen weder in den Drüsen noch in anderen Organen nachweisbar sind.

— In der **Therapie der Cholelithiasis** benutzt CLEMM („Pharm. u. therap. Rundschau", 1905, Nr. 14) das „Eunatrol siccum", das im Vakuum von überschüssiger Ölsäure befreite Natriumoleinat. Außerdem läßt er noch weiße Schmierseife von außen in die Leber einreiben und mit Spiritusverbänden in die Lymphwege hineindringen, und sieht dabei raschen Rückgang der Cholangitis und oft selbst schwerer adhäsiver Entzündungen in der Umgebung der Gallenblase. Die Bedeutung der Wärmeanwendung vom Magen aus durch Heißwassertrinken und von außen her durch heiße Packungen des Leibes erblickt Verf. in der erhöhten Blutzufuhr zu den kranken Organen, wodurch eine intensive Spülung mit dem natürlichen Desinfiziens, dem Blute, erzielt wird, und in der dadurch hervorgerufenen Anregung der Muskulatur in den Gallenwegen und -gängen.

— Das **Validol** ist nach EYVIND KROGH („Pharm. Tidsskr. for K. Farmaci", 1905, Nr. 1) eine Verbindung von Menthol und Valeriansäure, welcher 30% freies Menthol zugesetzt ist. Es stellt eine kristallklare, farblose Flüssigkeit von der Konsistenz des Glyzerin dar, mit mildem, angenehmem Geruch und erfrischendem, schwach bitterem Geschmack. Validol wirkt als ein kräftiges Analeptikum, Stomachikum und Karminativum. Sein therapeutischer Wert besteht darin, daß es ein treffliches Lösungsmittel für Menthol ist und es ermöglicht, diese stark antiseptisch und analeptisch wirkende Substanz ohne Schwierigkeit und schädliche Nebenwirkungen dem Kranken darzureichen. Es ist in einer Reihe von hysterischen und neurasthenischen Zuständen, wie auch bei Flatulenz erprobt worden und dürfte in allen Fällen, wo Menthol verwendet wird, von Nutzen sein. Die gewöhnliche Dosis von Validol ist 10—15 Tropfen; je nach der Art der Krankheit wird es ein- oder mehrmals täglich in einem Teelöffel mit Wein oder auf einem Stückchen Zucker verabreicht. Validol läßt sich auch zur Inhalation bei anfangendem Katarrh in der Luftröhre verwenden, wie auch zu Kehlkopfpinselungen; es brennt und schmerzt nicht nach dem Aufpinseln.

— Die analgetisch, hämostatisch und antiseptisch wirkende **Wundsalbe** von RECLUS besteht aus („Journ. d. prat.", 1905, Nr. 25):

Rp.	Vaselini	200·0
	Antipyrini	5·0
	Acidi borici	
	Saloli aa.	3·0
	Jodoformii	
	Phenoli crystall. aa.	1·0
	Hydrarg. sublimat. corros.	0·1

In dieser Salbe ist das Antipyrin der Träger der analgetischen und hämostatischen Wirkung, während die Antiseptika kombiniert zur Anwendung kommen, in um so kleineren Mengen, je toxischer sie sind. Da der Jodoformgeruch der Salbe in sehr unangenehmer Weise zur Geltung kommt, ist der Ersatz des Jodoforms durch Jodol berechtigt. Die Salbe ist bei allen Hautwunden indiziert, und zwar nach vorheriger Reinigung der Wunde mit Wasser von 50°, worauf die auf aseptische Gaze gestrichene Salbe appliziert wird, darüber Watte und Binde. Ebenso leistet die Salbe bei Rißquetschwunden der Extremitäten gute Dienste, ferner ganz besonders bei Brandwunden und Frostbeulen. Eine weitere Indikation geben Abszesse, Geschwüre und Fistelgänge aller Art.

— Aus Bemerkungen über die **Behandlung der Gonorrhöe bei Frauen** von FERRARA („Therapist", 1905, Nr. 1 u. 2) geht folgendes hervor: Ein frühzeitiger und rascher Nachweis von Gonokokken ermöglicht es, die Infektion des Zervikalkanales und Endometriums zu verhindern. Vernachlässigte Fälle können auch nach Monaten noch erfolgreich mittelst Vaginalspülungen und intrauterinen Injektionen von Lygosin-Natrium behandelt werden, ganz ähnlich, als wenn es sich um das erste Stadium handeln würde; nur dauert es dann länger, bis die Heilung erzielt ist. Durch seine hervorragend bakteriziden Eigenschaften befördert das Lygosin-Natrium die retrograde Metamorphose der erkrankten vaginalen und uterinen Gewebe. Alle Beobachter stimmen darin überein, daß Lygosin-Natrium sofort die Anzahl der Gonokokken und den eitrigen Ausfluß vermindert. Lygosin-Natrium ist ein reizloses Ersatzmittel für Argentum nitricum, Argentamin, Protargol, Ichthargan, Itrol, Argentum colloidale, Albargin, Argonin, Sozojodol-Zink, Sozojodol-Natrium und Hydrargyrum bichloratum, welche Verf. vergleichsweise probiert hat. Bei chronischer gonorrhoischer Endometritis schützt das Mittel die Patientinnen vor der Gefahr der Curettage. Bei der physiologischen Prüfung erweist es sich stets gleichmäßig und in hohem Grade wirksam.

— Die **Behandlung der atonischen Verstopfung** erörtert MITULESCU („Spitalul", 1905, Nr. 8). Er bekämpft vor allem den Mißbrauch, welcher mit verschiedenen Abführmitteln in der Behandlung der chronischen Verstopfung gemacht wird und empfiehlt namentlich die physikalischen Heilmethoden in Verbindung mit einer zweckentsprechenden Regelung der Diät. Unter den ersteren steht in erster Reihe die elektrische Vibrationsmassage, wodurch die Darmtätigkeit wieder erweckt wird und eine geregelte Defäkation zustande kommt, namentlich wenn der Patient gewöhnt wird, sich täglich genau zu derselben Stunde auf den Abort zu begeben. Als Unterstützung der Behandlung ist vegetabilische Kost zu empfehlen, viel Flüssigkeitsaufnahme und hydrotherapeutische Prozeduren, wie kühle Sitzbäder, kühle Berieselungen des Bauches, oder in Ermangelung derselben kalte Umschläge, welche halbstündlich zu wechseln und täglich mindestens durch 2 Stunden vor dem Schlafen vorzunehmen sind. Nachteile der Vibrationsmassage sind der relativ hohe Preis der Apparate und der Umstand, daß dieselben leicht schadhaft werden.

— Aus der vergleichenden Übersicht über die **Wirkung der Bromsalze, des Bromocolls und des Bromipins** von HUGO MEIER („Allg. med. Zentr.-Ztg.", 1905, Nr. 25) geht folgendes hervor: Die Haupteigenschaft der Bromsalze und deren therapeutische Bedeutung

ist die beruhigende Wirkung auf das Nervensystem. Man verwendet Bromsalze, um eine Steigerung der Erregbarkeit der sensiblen und motorischen Gehirnzentren herabzusetzen, also bei Epilepsie, Schlaflosigkeit, nervösen Erregungszuständen usw. Die Bromwirkung betrifft vor allem die Funktionsgebiete des Mittelhirns. Das älteste Mittel, welches ausgedehnte Anwendung fand und teilweise noch findet, ist wohl das unorganische Bromsalz Kalium bromatum. Neuerdings haben wir organische Bromverbindungen zur Verfügung, welche frei von den unliebsamen Nebenwirkungen des alten Bromkali, bei andauernder Behandlung mit diesem Mittel, sind: Bromismus, Hautexantheme in Form von Akneknötchen sowie katarrhalische Zustände verschiedener Schleimhäute, Störung der Magen- und Darmfunktion, infolgedessen Anämie und Abmagerung, Verlangsamung der Pulsfrequenz, Gedächtnisschwäche, Schwäche des Gesichts und Gehörs, Verminderung der Hautsensibilität, schwankender Gang, Somnolenz, Delirien bis zu maniakalischen Anfällen. Bei Anwendung größerer Dosen kommt zu den unerwarteten Nebenwirkungen des Bromkali noch die Giftigkeit hinzu. Die neueren organischen Bromverbindungen, hauptsächlich das Bromocoll und das Bromipin, sind frei von diesen lästigen Nebenwirkungen, vor allem der Akne und der Giftigkeit; beide sind fast völlig ungiftig; ihre Wirkungen und somit ihre therapeutischen Anwendungen sind voneinander verschieden: das Bromocoll zeichnet sich durch vorzüglich schnelle Resorption aus und wird schnell wieder vom Organismus ausgeschieden, das Bromipin dagegen gelangt erst spät zur Wirkung und wird erst allmählich wieder ausgeschieden.

Literarische Anzeigen.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von **Professor P. v. Baumgarten** und **Prof. F. Tangl.** 18. Jahrg. Leipzig, S. Hirzel.

Der neue Band des bekannten Jahresberichtes hat einen mächtigen Umfang erreicht, der Text nimmt über 1200 Seiten ein und enthält Referate über 3314 Arbeiten, wobei die große Zahl jener Publikationen nicht mitgerechnet ist, von welchen bloß der Titel angeführt wird. Es kann schon hieraus ein Schluß auf die Gründlichkeit der einzelnen Referenten gezogen werden, die sich bemühten, dem Leser einen möglichst vollständigen Überblick über die enorme Fachliteratur des Berichtsjahres zu bieten. Das Forschungsgebiet des Bakteriologen gewinnt von Jahr zu Jahr immer mehr an Ausdehnung, insbesondere ist es die ungeahnte rasche Entwicklung der Immunitätslehre sowie die Einbeziehung der Protozoenkunde in das Arbeitsgebiet des Bakteriologen, die die Fachliteratur so enorm anschwellen ließen. Der BAUMGARTENsche Jahresbericht folgte dieser Entwicklung getreulich nach und bietet eine erschöpfende Übersicht über diesen Teil der Literatur, indem auch die Arbeiten über Agglutination, Hämolyse, Präzipitation, Bakterizidie, Immunität etc. eingehend referiert werden und in dem der Protozoenlehre allein in einem aus der Feder LÜKEs stammenden Artikel 241 Druckseiten gewidmet sind. Natürlich kommt dabei die eigentliche Bakteriologie in keiner Weise zu kurz; als Beispiel sei angeführt, daß der Tuberkulose 150 Seiten zugewiesen sind. Besonders sei auch auf die zahlreichen in Fußnoten angefügten Anmerkungen BAUMGARTENs verwiesen, die gleichsam die Verbindung zwischen den verschiedenen Referaten darstellen. Vielleicht können diese wenigen Angaben dem Leser ein Bild von dem reichen Inhalt des Werkes und der enormen Arbeitsleistung, die die Herren Referenten und Herausgeber zu bewältigen hatten, geben. Man wird danach die Verzögerung im Erscheinen des Bandes nur allzu begreiflich finden, der bezüglichen Entschuldigung der Herausgeber in der Vorrede hätte es wirklich nicht bedurft. War das Werk bisher ein unentbehrliches Nachschlagebuch für jeden Bakteriologen, so wird es auch weiterhin seinen Platz behaupten und in keinem bakteriologischen Laboratorium fehlen können. Den Herausgebern sind alle Fachgenossen zu größtem Dank verpflichtet. Dr. S.

Über menschliche Mißbildungen (besonders Gesichtsspalten und Zystenhygrome). Von **F. v. Winckel.** Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge 373/374.

An einem beneidenswert reichen und schönen Material tritt Verf. für seine bereits früher vertretene Anschauung ein, daß die Gesichtsspalten sowie die Zystenhygrome (Lymphangiektasien, bzw. Lymphangiome des Halses und Nackens) ihre Entstehung amniotischen Bändern verdanken und „daß, je größer die Zahl genau untersuchter menschlicher Bildungshemmungen wird, um so häufiger auch diejenigen erscheinen, in welchen die Mißbildung nur auf mechanische Ursachen zurückzuführen ist". Dr. S.

Feuilleton.

Bericht über die 56. Jahresversammlung der amerikanischen Ärztevereinigung

(American Medical Association).

Von **Dr. Gustav Baar,** Portland, Oregon.

II.

Den wertvollsten Beitrag lieferte die Sektion der Chirurgie — wie dies im Lande der geborenen Mechaniker leicht begreiflich ist.

POWERS aus Denver spricht über Fibrome der Bauchwand, erwähnt die Seltenheit dieser sogenannten „Dermoide", die namentlich an Frauen im Alter von 25—35 Jahren nach vorheriger Schwangerschaft auftreten, und zwar meist in der Gegend des rechten Rektus unterhalb des Nabels.

NILES aus Salt Lake City bespricht die Frühdiagnose des Ulcus ventriculi; er betont, daß die Symptome, auf die man sich früher verließ, nur in einer sehr geringen Anzahl von Fällen zutreffen, wie dies die Offenbarungen im Operationszimmer bestätigen. In gewissen Fällen, deren Symptome er aufzählt, sei Explorationslaparotomie berechtigt.

JAMES MOORE aus Minneapolis spricht über Splanchnoptosis; pathologisch hierfür sei eine birnförmige Gestalt des schlaffen Abdomens, begleitet von einer langen Reihe neurasthenischer Symptome. Abdominalbandagen seien ungenügend. Die beste Methode sei gegenwärtig die Operation nach MORRIS: Faltenbildung des Peritoneums, Annähen der Leber, Apposition beider Rektusmuskeln.

Dr. R. C. COFFEY aus Portland verteidigte seine tatsächlich sehr erfolgreiche „Hängemattenoperation" (das Omentum maius wird an den oberen Teil der Abdominalwand angenäht und hält den Magen z. B. gestützt wie in einer Hängematte).

OCHSNER aus Chicago spricht über den Gebrauch der MC GRAWschen elastischen Ligatur und die erzielten Resultate.

W. J. MAYO aus Rochester, Minnesota, einer der fähigsten Chirurgen dieses Landes, der eine immense Erfahrung gesammelt hat — zwei Brüder MAYO, Söhne eines Landarztes im kleinen Städtchen Rochester, organisierten ein ungeheures Privatspital mit allem modernsten Komfort und wissenschaftlichen Laboratorien im Städtchen ihres Vaters und machten letzteres zu einem chirurgischen Lourdes Nordamerikas — berichtet über 215 (!!) Fälle von Ulcus ventriculi und erster Portion des Duodenum, an denen er in den letzten 2¼ Jahren Gastrojejunostomie ausführte. Nach den Sektionsberichten zeige London: 4·6 Ulcus ventric., Europa: 8·54, sieben Städte Amerikas: 1·42. — Klinische Statistiken zeigen nur 0·08—0·52 gemachte Diagnosen. Die Häufigkeit der ungeheilten Fälle wachse — wie man aus chirurgischen Kliniken ersehen könne; er operierte (in der erwähnten Periode) an 111 Männern, 104 Frauen; 67 dieser Fälle hatten Ulkus des Duodenum oder Duodenum und Magens (48 Männer, 19 Frauen); er unterscheidet strikt zwei klinische Varietäten: 1. das chirurgische Ulkus, das alle Magenschichten ergreift und leicht an der Außenseite des Magens erkannt wird, und 2. das medizinische Ulkus, das nur die Schleimhaut ergreift und ohne Eröffnung des Magens nicht lokalisiert werden kann.

BEVAU aus Chicago bespricht einen Symptomenkomplex, den er als neue Krankheit aufgefaßt wissen will, ähnlich einer akuten

Pankreatitis oder Phosphorvergiftung: es sei dies die Säureintoxikation nach Chloroformnarkose; pathognomonisch seien akute, fettige Leberdegeneration sowie Azetonurie; klinisch ähneln diese Fälle der Phosphorvergiftung: Unruhe, zunehmende Schläfrigkeit, Koma, CHEYNE-STOKESsche Respiration.

GRANT aus Denver bespricht an der Hand von 5 Fällen seine neue Operationsmethode für Karcinome der Lippe und Munddeformität, die er für besser hält als die gebräuchlichen Methoden: er macht beiderseits senkrechte Inzision, die er durch eine wagrechte Inzision an der Basis vereinigt; es resultiert ein rechteckiger Spalt; nun inzidiert er von den unteren Wundwinkeln aus (beiderseits) nach abwärts und hinten; die so gewonnenen triangularen Wangenlappen werden vom Unterkiefer lospräpariert und in der Medianlinie vereinigt. Die Mundwinkel werden inzidiert und mit der unterliegenden Schleimhaut gedeckt; es wird keine Wundfläche zurückgelassen, mithin ist keine Thierschung notwendig. Die Kinngewebe werden nicht attackiert, außer wenn sie durch die Krankheit ergriffen waren. Von den obliquen Lateralschnitten aus werden die Submaxillardrüsen entfernt und das vordere Halsdreieck exploriert.

SHERRILL aus Louisville, Ky., bespricht die Tuberkulosis der Niere, ohne etwas Neues zu erwähnen.

WILLIS aus Seattle berichtet über seine Behandlungsweise der kongenitalen Hüftgelenkluxation; er stellt 3 Kinder vor, bei welchen die Reduktion „unblutig" vorgenommen worden war — durch oft wiederholte, nicht brutale Handgriffe; diese Methode befürwortet er in jenen Fällen, in denen man ein Resultat erwarten könnte, und nimmt Zuflucht zum Messer nur dann, wenn die Manipulationsmethode nicht zum Ziele führte. Er berichtet über die verschiedenen Erfolge in seinen Fällen, die Patienten im Alter von 3 Jahren (3), 4 Jahren (1), 17 Jahren (2), 24 Jahren (1) betrafen.

Dr. SHERMANN aus San Francisco perhorresziert den Namen „unblutige Methode", mit dem die Lorenz-Methode getauft wurde, indem er auf die oft bedeutenden Knochen- und Weichteilverletzungen der letzteren hinweist. Er verwirft diese Methode ganz und gar, zieht die „blutige" — Inzision — vor und warnt vor Manipulationsexperimenten.

OCHSNER aus Chicago besteht in der Diskussion darauf, daß man das Kind nicht mit dem Bade ausschütten solle: Die „unblutige" Methode sollte nur bei Kindern bis zum 6. Lebensjahre ausgeführt werden; dann werde auch die Methode nicht in solchen Verruf gelangen, wie es durch das Vorgehen LORENZ' geschah, der für diese Methode nicht passende Fälle erwählt hat.

THIENHAUS aus Milwaukee berichtet über Frakturen „des Beines" und veranschaulicht seine sehr lehrreichen Bemerkungen durch Röntgenphotogramme. Viele Frakturen, die als selten galten, sind seit der Anwendung der Röntgenstrahlen viel öfter beschrieben worden: 1. Epiphyseale Trennung des großen Trochanter; JOHN POLLAND (London) sammelte aus der Literatur bis 1898 12 Fälle, von denen nur zwei geheilt wurden. Des Autors Fall wurde geheilt. 2. Subastragalusdislokation des Fußes nach vorn ist selten; des Autors Fall ist der fünfte in der Literatur und war durch eine Fraktur des Malleolus externus kompliziert. Da der Fall schon 4 Monate alt war, mußte der Autor den ganzen Astragalus entfernen, erhielt jedoch ein so glänzendes Resultat, daß der Patient, ein Minenarbeiter, wieder arbeitsfähig wurde. 3. Patellafraktur von zweijähriger Dauer: der Rectus femoris wurde durch eine Z-förmige Sehnenplastik verlängert das untere Patellaligament durch Abmeißelung der Tuberositas tibiae verlängert und nun die beiden Patellafragmente, deren Vereinigung so oft Schwierigkeiten macht, zusammengedrahtet. Funktionell und anatomisch war das Resultat ausgezeichnet, da der Patient seine Arbeit als Minenarbeiter wieder aufnehmen konnte.

Interessant war auch eine historische Ausstellung des Lebens und der Werke JOHN BOBBS, des ersten Arztes, der eine Gallenoperation durch Inzision vornahm: die Patientin, jetzt 68 Jahre alt, war anwesend!

In ähnlicher Weise wurden Vorträge in der Sektion der Ophthalmologie, von Hygiene und Sanitätswesen, der Pädiatrik, Stomatologie, Nerven- und Geisteskrankheiten, Laryngologie und Otologie, Pharmakologie, Pathologie, Physiologie und Dermatologie gehalten.

Aus den gleichzeitig tagenden Sitzungen der Gesellschaft für Urologie wären zu erwähnen: Der Vortrag KROTOSZYNERS aus San Francisco über seine Erfahrungen in der funktionellen Nierendiagnostik; RAVOGLIs Vortrag, der die Hauptursachen der verzögerten Heilung der gonorrhoischen Urethritis in der Infektion der LITTRÉschen Drüsen, der Prostata oder Samenblasen sieht. WISHARD aus Indianopolis berichtete über seine Erfahrung bei Prostatektomie; die Größe des Residualharnes sei sehr beeinflußt durch die Füllung des Rektums; er behauptet, daß man über die Wahl der einzuschlagenden Operationsmethode vor der Operation nicht entscheiden könnte: er habe des öfteren perineal operiert und dann erst eingesehen, daß ein Lobus tertius in die Blase vorspringe, den er suprapubisch entfernen mußte; er besteht auf ausgiebiger Reinigung der Blase vor der Operation durch konstante Katheterisierung und Waschung; schon vor 15 (!!) Jahren habe er auf perinealem Wege „mit freier Hand" die Prostata mittelst gewöhnlichen „Schlingenkauterisators" behandelt.

WHITSIDE aus Portland findet nur 50% Heilung bei Prostatektomie, 33% werden sogar schlechter, indem Incontinentia urinae an Stelle der Retentio urinae eintritt.

ROBBINS aus Detroid berichtet über einen merkwürdigen Fall „anästhetischer Impotenz", betreffend einen Mann, der vor der Heirat keinen Koitus übte, keiner Masturbation ergeben war, keine Gonorrhöe hatte, verheiratet ist und nur alle 3—4 Wochen Ejakulation ohne Sensation hat, aber bei normaler Erektion, keinen „genesic impuls" (= Neigung zum Beischlaf) besitzt und mit allen Mitteln behandelt worden war (außer Hypnose); das einzige neurotische Symptom sei eine Schmerzhaftigkeit des IV. Nerven gewesen; keine erbliche Belastung. Der Autor faßte diesen Fall als kongenitalen Defekt des Sexualzentrums auf.

GALLANT aus New-York sprach über die Stumpfversorgung des Ureters nach Nephrektomie; nach Entfernung der Niere werde der Rand des übrig gebliebenen Nierenbeckens an die Fascia subcutanea angenäht und in das Pelvis renale ein Drainagerohr eingelegt, um eventuell gegen die Blase hindurchzuspülen; bei Ureterenstriktur wird auf dieselbe Weise ein feiner Katheter eingeführt und retrograd durchgespült.

Zu erwähnen wäre noch des gleichzeitig tagenden Jahreskongresses der Ärzte-Journalisten: Amerika besitzt etwa 200 Ärzte-Journale; die Herausgeber von 125 derselben organisierten sich und entsenden etwa 50% der Mitglieder zu einem alljährlichen Kongresse, der gewöhnlich am selben Orte tagt wie die National-Ärztegesellschaft Amerikas. — Wenn diese Zeilen imstande sein werden, meinen europäischen Kollegen auch nur eine leise Idee von dem ungeheuren moralischen Werte solcher jährlichen Kongresse der organisierten Ärzteschaft Amerikas zu geben, habe ich meinen Zweck erreicht.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus Deutschen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse.")

Rheinisch-westfälische Gesellschaft für innere Medizin und Nervenheilkunde.

LENZMANN (Duisburg): **Über Lues des Magens.**

Syphilis des Magens ist eine seltene Erkrankung. Nur selten ist der anatomische Zusammenhang zwischen einer syphilitischen Erkrankung und der spezifischen Magenerkrankung festgestellt worden. Nach Untersuchungen von CHIARI, BIRCH-HIRSCHFELD, CORNIL und RANVIER ist bei syphilitischen Magenerkrankungen zu unterscheiden zwischen einer entzündlichen diffusen Infiltration und einem mehr zirkumskripten gummösen Prozeß. Die erstere ist pathologisch-anatomisch nur bei hereditärer Lues beobachtet worden. Die gummösen Magenerkrankungen zeigen sich in Form von plattenförmigen, etwas hervorragenden Verdickungen von weißlicher Farbe und ziemlich fester Konsistenz, welche sogar die Größe eines Handtellers erreichen und bis 12 mm dick sind. Sie beginnen in der Submukosa und dringen einerseits bis zur Mukosa, andrerseits bis zur Serosa vor, so daß die ganze Dicke der Magenwand in ein großzelliges Granulationsgewebe umgewandelt ist, welches die für Gummata so charakteristische Anordnung um die Blutgefäße zeigt. Das Infiltrat kann natürlich ulzerös zerfallen, wozu

die peptische Kraft des Magensaftes beitragen mag. Klinische Beobachtungen von Magenlues sind nicht minder selten. Einen bestimmten pathognomonischen Symptomenkomplex bewirken die syphilitischen Erkrankungen des Magens nicht. Man sieht nicht selten unbestimmte Magenbeschwerden bei einer antisyphilitischen Kur, die wegen anderer syphilitischer Erscheinungen unternommen wurde, schwinden. Ob es sich in diesen Fällen um eine wirkliche pathologisch-anatomisch sich darstellende Magenlues handelt, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Auch in zwei Fällen, über welche Verf. berichtet, konnte der pathologisch-anatomische Nachweis einer Magenlues nicht erbracht werden, aber der ganze Krankheitsverlauf, vor allem die Beobachtung ex juvantibus, waren so charakteristisch, daß an der Diagnose kein Zweifel bestand. Der erste Patient war lange magenleidend und hatte in verschiedenen Krankenhäusern Ulkuskuren durchgemacht, ohne jeden Erfolg. Ein Vierteljahr vor Einlieferung in das Krankenhaus war er gastroenterostomiert worden, offenbar unter der Voraussetzung, daß durch die Operation die reizenden Ingesta vom Ulkus abgeleitet würden. Der Erfolg war gleich null. Der Patient hatte Gastralgien, Erbrechen. Es bestand Hyperazidität = 100, wovon 70 freie Salzsäure. Hochgradige Abmagerung. Die Untersuchung des Rachens ergab an der hinteren Wand eine strahlige Narbe, über deren Entstehung der indolente Patient keine Auskunft geben konnte. Venerische Infektion gab er zu, ob Lues, wußte er nicht. Auf Jodkali besserten sich die Erscheinungen auffallend. Nach energischer Schmierkur (5 *g*, später 6 *g* pro die) trat Genesung ein. Der zweite Fall war ebenso charakteristisch, soweit die Diagnose ex juvantibus in Frage kommt. Er betraf eine 32jährige Frau.

Verein der Ärzte Düsseldorfs.

THOM: Über die Furcht vor Tuberkulösen und die Tuberkuloseansteckung in der Ehe.

Unsere Anschauungen werden zumal in der Tuberkulose von der Bakteriologie beherrscht. Und doch muß die klinisch-ärztliche Erfahrung das letzte Wort reden, sonst wird die Furcht vor Tuberkulösen nur unterhalten resp. gefördert. Überhaupt sollten wir Ärzte uns vor dem Ausdrucke „Schwindsucht“ oder „Auszehrung“ losmachen. Wäre die Angst berechtigt, so müßten in der Ehe Übertragungen von Tuberkulose häufig sein. Der intime Konnex bedingt die Gelegenheit dazu. Beim Küssen unter Ehegatten könnte theoretisch durch Unreinlichkeit des Gesichtes, besonders des Bartes sowie durch Anhusten Gefahr entstehen. Die Mundhöhle jedoch enthält, selbst bei sehr virulentem Lungensputum, nur äußerst wenige Tuberkelbazillen. Die Hals- und Lungenärzte, welche täglich direkt angehustet werden, ertragen dies erfahrungsgemäß ohne Schaden (?). Den Koitus verdächtigt man wesentlich auf Grund von Tierexperimenten, deren Resultate durchaus verschieden sind. Wenn tatsächlich in seltenen Fällen Tuberkelbazillen in das Sperma übergehen, so wird die Frau trotzdem nicht infiziert. THOM weist auf die Eliminierung von Tuberkelbazillen durch den Nasenschleim hin und hält diese biologische Eigenschaft auch von der gesunden Vagina für sicher. Eine Übertragung der Tuberkulose unter Eheleuten darf nur als wahrscheinlich angenommen werden, wenn während offener Tuberkulose eines Gatten oder bald nach deren tödlichem Ablauf bei dem bis dahin gesunden, womöglich nicht belasteten Partner ebenfalls Tuberkulose konstatiert ist. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend fand Vortr. in der Lungenheilanstalt Hohen-Honnef a. Rh. unter 402 Ehen eine Infektion durch einander zwölfmal wahrscheinlich, d. h. in 3%. Auch aus den tiefen Massen des Volkes ergibt sich nach JAKOB und PANNWITZ keine wesentlich höhere Zahl (56 : 1550 = 3·6%). Dagegen sind frühere Statistiken von einfacher Doppelerkrankung beider Gatten (RIFFEL 10%, BREHMER und HAUPT 12%, CORNET 23%, ELSÄSSER 39%!) für die Frage der Infektion ohne positiven Wert. Die Tuberkuloseansteckung in der Ehe ist also trotz dauerndem Zusammensein der Gatten doch entfernt nicht so häufig, wie es die Infektionsexperimente an Tieren dartun.

Notizen.

Wien, 2. September 1905.

(Wiener Ärztekammer.) Zahlreiche Härten bei Bemessung der ärztlichen Personal-Einkommensteuer durch die Behörde haben die Wiener Ärztekammer über Antrag des Dr. H. GRÜN veranlaßt, an das Finanzministerium das Ersuchen zu richten, der Kammer die Möglichkeit des Vorschlages von ärztlichen Vertrauensmännern für die Steueradministrationen Wiens zu geben. Das Ministerium hat in Stattgebung dieses Ersuchens den genannten Unterbehörden die entsprechenden Weisungen erteilt.

(Frequenz der österreichischen medizinischen Fakultäten.) Nach dem Ausweise des Ministeriums für Kultus und Unterricht waren an der Wiener medizinischen Fakultät im Sommersemester 1905 812 ordentliche Hörer und 28 ordentliche Hörerinnen, 234 außerordentliche Hörer und eine Hospitantin inskribiert. Ferner frequentierten die medizinische Fakultät in Innsbruck 89 ordentliche, 13 außerordentliche Hörer und 9 Hospitanten, in Graz 176 ordentliche Hörer und 3 ordentliche Hörerinnen, 50 außerordentliche Hörer, in Prag (deutsche Universität) 159 ordentliche Hörer, 7 ordentliche Hörerinnen und 23 außerordentliche Hörer, in Prag (böhmische Universität) 291 ordentliche Hörer, 4 ordentliche Hörerinnen, 15 außerordentliche Hörer und 4 Hörerinnen, in Lemberg 87 ordentliche Hörer, 10 ordentliche Hörerinnen und ein außerordentlicher Hörer, in Krakau 130 ordentliche Hörer, 22 ordentliche Hörerinnen, 15 außerordentliche Hörer, eine außerordentliche Hörerin und 9 Hospitantinnen. Die Frequenz ist im wesentlichen die gleiche geblieben wie im Vorjahre.

(Universitätsnachrichten.) Der Professor der Pharmakologie an der Universität in Wien Dr. HANS HORST MEYER ist zum korrespondierenden Mitgliede der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien, der praktische Arzt Dr. BERNHARD MAYRHOFER in Linz zum außerordentlichen Professor der Zahnheilkunde an der Universität in Innsbruck, der a. o. Professor der Augenheilkunde in Budapest Dr. EMIL v. GRÓSZ zum Ordinarius seines Faches, der Privatdozent und ordinierende Arzt des St. Margareten-Spitales in Budapest Dr. LUDWIG MAKARA zum Professor der Chirurgie an der Franz Josefs-Universität in Koloszvár ernannt worden.

(Personalien.) Der Senior der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg i. E. Prof. Dr. FRIEDRICH v. RECKLINGHAUSEN hat am 28. August sein 50jähriges Doktorjubiläum, der Senior der Badeärzte von Neuenahr Sanitätsrat Dr. UNSCHULD seinen 70. Geburtstag gefeiert. — Das Royal College of Surgeons in Edinburgh hatte aus Anlaß der Feier seines 400jährigen Bestandes neben anderen namhaften Chirurgen auch weil. v. MIKULICZ-RADECKI zum Ehrenmitgliede ernannt. Das Diplom ist nun der Witwe MIKULICZ' als posthume Ehrung zugestellt worden.

(Ein Brief aus Rußland.) Die Schatten der moskowitischen Demagogenfurcht beginnen sich auch auf die medizinischen Fachorgane herabzusenken und hemmend auf den Fortschritt der Medizin in Rußland einzuwirken. Wir entnehmen einem „Briefe aus Moskau“ der „Münchener med. Wochenschrift“, daß kürzlich zwei Hefte des Organs der PIROGOFFschen Ärztegesellschaft, die u. a. die Resolutionen des in Moskau stattgehabten Cholerakongresses, Berichte über den Fortgang der Epidemie und die Arbeiten der PIROGOFF-Kommission über Desinfektion bei Cholera enthielten, beschlagnahmt worden sind und daß eine Preßkommission in nächtlicher Weile im Bureaulokal des Präsidiums der PIROGOFF-Gesellschaft zahlreiche Beschlagnahmungen vorgenommen hat (!). Der nämliche Brief enthält auch mehrfache Sympathiekundgebungen der PIROGOFF-Gesellschaft für den ohne Richterspruch und Angabe von Gründen seines Amtes als Prosektor beim Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie in Odessa und seiner Würde als Privatdozent entkleideten Dr. L. A. TARASSEWICZ. — Der Autor betitelt seinen Aufsatz „Kasuistische Beiträge zur Symptomatologie der Verwesungserscheinungen am russischen Staatskörper“. Der Titel hätte nicht zutreffender gewählt werden können. Wie sehr durch diese ungeheuerlichen Maßnahmen auch die sanitären Verhältnisse aller Nachbarstaaten gefährdet werden, lehren die beunruhigenden Nachrichten über das Auftreten der Cholera, die in Rußland allem Anscheine nach bereits seit vielen Monaten ungezählte Opfer gefordert hat.

(Militärärztliches.) Als Opfer im Kampfe mit den Hereros in Südwestafrika sind auch 3 Ärzte gefallen, und zwar Generaloberarzt Dr. SEDLMAYER, 50 Jahre alt, Oberarzt Dr. GUSTAV MAYER, 30 Jahre alt, und Assistenzarzt Dr. KARL HORN, 27 Jahre alt.

(Der I. Internationale Kongreß für Psychiatrie und Neurologie) findet vom 3.—8. September 1907 unter dem Präsidium von JELGERSMA in Leyden statt.

(Nachahmenswerte Tuberkuloseprophylaxe.) Die Gemeindeverwaltung von Friedrichsfelde bei Berlin hat, wie die „Allg. med. Zentral-Ztg.“ meldet, ganz außerordentliche sozialhygienische Anordnungen getroffen. Dieselben bestehen in Verbesserung der Wohnungsverhältnisse und Beistellung von Heizmaterial sowie von Wäsche und Desinfektionsmitteln auf Gemeindekosten. Tuberkulösen werden Spuckgefäße zur Verfügung gestellt, sehr schwache Kranke erhalten zur Bergung des Auswurfs Verbandwatte, die nachher verbrannt wird. Auch Milch, Fleisch, Fett, Lebertran und Nährpräparate werden verabfolgt. Zur Verhinderung des Zusammenschlafens Kranker mit Gesunden soll nötigenfalls sogar für Betten gesorgt werden.

(Italienische Universitätsverhältnisse.) Einem Artikel aus der Feder CARRARAs in der „Deutschen med. Wochenschr.“ entnehmen wir unter anderem folgendes über die italienischen Universitätsverhältnisse, die in mannigfacher Hinsicht von den unserigen verschieden sind: Die Autonomie der italienischen Universitäten ist ziemlich begrenzt; die Regierung kann direkt die Art des Unterrichts beeinflussen, doch macht sie zum Glück von diesem Rechte nicht allzu sehr Gebrauch. Die Rektorswahl erfolgt in der Weise, daß von den Professoren in geheimer Wahl drei Kandidaten aufgestellt werden, von denen der Unterrichtsminister dann einen ernennt. An der Spitze jeder Fakultät steht ein für zwei Jahre gewählter Praeside. Die Lehrfreiheit ist fast unbeschränkt. Konfessionelle Vorurteile gibt es in Italien nicht; daher tritt dem Studenten schon beim Beginn seiner Universitätszeit Aufklärung und Gedankenfreiheit in praktischer Gestalt entgegen. Die Dozentur erlangt man in Italien durch Einreichung von Fachaufsätzen oder durch ein Examen. Der Staat gewährt den Dozenten im Verhältnis zur Zahl der eingeschriebenen Studenten und der abgehaltenen Vorlesungen eine Entlohnung; da die Studenten keine pekuniäre Einbuße erleiden, so schreiben sie sich für diese Kurse ein, ohne den Vorlesungen öfter beizuwohnen. Infolgedessen bestreitet der Staat die Kosten für Kurse, die gar nicht oder in leeren Sälen abgehalten werden. Die beauftragten Professoren halten Vorlesungen in den Fächern ab, in denen eine Vakanz besteht. Die a. o. Professoren werden nach dem Vorschlage einer Prüfungskommission von ordentlichen Professoren vom Minister ernannt. Die ordentliche Professur bildet die natürliche Fortsetzung der Karriere der a. o. Professoren; damit ein a. o. Professor in eine ordentliche Professur vorrückt, ist eine mindestens dreijährige erfolgreiche Unterrichtszeit als Extraordinarius erforderlich. Nur gelegentlich ernennt der Minister direkt einen Ordinarius aus den in dem betreffenden Fache hervorragenden Persönlichkeiten, auch wenn sie dem Unterrichtspersonal der Universität nicht angehören.

(Die epidemische Zerebrospinalmeningitis) in Oberschlesien ist in entschiedener Abnahme begriffen; in Kattowitz hat sich während der letzten Woche kein neuer Fall mehr ereignet. Hingegen wird das Auftreten mehrerer Fälle in Westpreußen gemeldet.

(Statistik.) Vom 20. bis inklusive 26. August 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6655 Personen behandelt. Hiervon wurden 1441 entlassen, 160 sind gestorben (10% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 76, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 16, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 8, Scharlach 37, Masern 37, Keuchhusten 143, Rotlauf 17, Wochenbettfieber 4, Röteln 1, Mumps 3, Influenza —, Genickstarre 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 649 Personen gestorben (— 75 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Esseg Dr. CHRISTOPH NASTY; in Berlin der Senior der deutschen Irrenärzte Prof. Dr. BERNHARD HEINRICH LAEHR, im 86. Lebensjahre, ferner Dr. KARL SCHWIGGER, ehemals Professor der Augenheilkunde daselbst, im Alter von 75 Jahren; in Hanau der bekannte Chirurg und Direktor des dortigen Landeskrankenhauses Prof. Dr. V. BÜNGNER, 47 Jahre alt; in Nürnberg der Augenarzt Hofrat Dr. PAUL SCHUBERT, 56 Jahre alt; in London der pathologische Anatom am St. Georges-Hospital Dr. WILLIAM OGLE.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Oxaphor“, ein prompt und sicher wirkendes Antidyspnoikum und Sedativum.** Wir empfehlen denselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 10. September 1905. Nr. 37.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Redigiert von

Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über das Wesen des Choleraprozesses und dessen Behandlung.

Von **Dr. S. Federn**, Wien.*)

Wenn wir die Fortschritte registrieren, die uns die letzten Dezennien in der Erkenntnis der asiatischen Cholera gebracht haben, so scheinen diese fast nur in der Ätiologie zu liegen; die Bedeutung des Kommabazillus wird wohl heute von jedermann mehr weniger zugegeben; eben so sicher ist es aber, daß wir in der klinischen Beobachtung wie in der Therapie nur wenig weiter gekommen sind; die klassische Beschreibung Griesingers ist noch heute fast erschöpfend, in der Therapie wurden wohl, wie es schien, rationelle, das Wesen der Krankheit treffende Methoden erdacht, die Erfahrung jedoch rechtfertigte diese Erwartungen nicht, der Arzt steht noch immer der Cholera machtlos gegenüber wie vor drei Dezennien, zur Zeit, als ich die erste Choleraepidemie kennen lernte. Wir können aber Fortschritte verzeichnen in der pathologischen Anatomie. Rumpf hat in der Beschreibung des Darmbefundes neue Bilder gezeigt, Leyden hat in der Beschreibung der Choleraniere neue Wege zum Verständnis des Choleraprozesses eröffnet.

Ich erwähne diese Fortschritte, weil diese Befunde allein schon mir den Mut geben würden, meine Anschauungen über den Choleraprozeß, zu welchen ich auf anderem Wege gekommen bin und durch welche die neu gefundenen anatomischen Befunde verständlicher werden, zu veröffentlichen; dennoch gehe ich mit Widerstreben an die Veröffentlichung, weil sie die Feuerprobe einer ausgedehnten klinischen Beobachtung und des therapeutischen Erfolges nicht bestanden haben; mich leitet aber die Erwägung, daß es gerade bei der Cholera geboten ist, auch eine nur theoretisch begründete Anschauung mitzuteilen, denn welcher, zumal ältere Arzt hat die Aussicht oder auch nur den Wunsch, über ein ausgedehntes klinisches Material verfügen zu können? Er darf sich daher nicht durch die egoistische Furcht, vielleicht doch einen Fehlschluß zu tun, bestimmen lassen, weil der Nachteil in diesem Falle nur ihn, der Schade aber, wenn eine richtige Theorie verloren geht, die Sache trifft.

So gewaltig die Entdeckung des Cholerabazillus die Ätiologie beleuchtet hat, so wenig hat sie das Wesen des Prozesses aufgeklärt; wir können eigentlich zur Erklärung des Verlaufes noch immer nur die sicher konstatierte Tatsache der Eindickung des Blutes heranziehen; die in den letzten Jahren so vielfach diskutierte Frage der Vergiftung durch Toxine ist nicht nur nicht spruchreif, sondern noch ganz hypothetisch; wir haben gesehen, wie schnell die Nitritvergiftung sich als unhaltbar erwiesen hat. Wenn wir den akuten Choleraprozeß bis zum letalen Ausgange verfolgen, so ist das Aufhören des Kreislaufes die einzige sicher nachzuweisende Ursache des Todes; sobald der Kreislauf wieder in den regelmäßigen Gang kommt, kann der Kranke an den Folgekrankheiten der Cholera oder vielleicht nur der Kreislaufstörung sterben; an dem Choleramorbus stirbt er nicht.

Wir kennen kein anderes Krankheitsbild, bei dem die Stockung des Kreislaufes so sichtbar die Erscheinungen be-

*) Die Gründe, welche den Autor seinerzeit veranlaßten, seine Theorie und den anschließenden therapeutischen Vorschlag in diesen Blättern zu veröffentlichen, gelten heute, wo die Choleragefahr so drohend ist, in erhöhtem Maße. Wir reproduzieren sie mit Zustimmung des Autors. D. Red.

herrscht wie bei der Cholera; die Kleinheit des Pulses, die Kälte der Nase, der Extremitäten, die Cyanose, die Oppression auf der Brust gehen Hand in Hand; sie sind trotz der Unähnlichkeit der subjektiven Empfindungen so auffällig wie bei der Angina pectoris, nur ist der Kranke apathischer oder vielleicht nur unfähig sich auszusprechen; der Mangel einer auffälligen Dyspnoe erklärt sich leicht durch den Verfall des Kranken. Der sehr herabgekommene Kranke hat ein geringes Sauerstoffbedürfnis, wie wir dies selbst bei schweren Kreislaufstörungen, Lungenleiden sub finem vitae sehen können, aber der Verfall des Pat. ist bei der Cholera noch viel ausgesprochener als bei der Angina pectoris. Wir haben die Angina pectoris nur deshalb zum Vergleich herangezogen, weil bei dieser in der Regel eine Erkrankung der Kreislauforgane nachzuweisen ist, was bei der Cholera nicht der Fall ist, und wir finden dennoch eine gewisse Ähnlichkeit, die uns als Beweis dienen kann, daß der erschwerte Kreislauf die Ursache des letalen Ausganges des Choleraanfalles wie in seltenen Fällen bei der Angina pectoris ist.

Bevor ich meine Theorie des Choleraprozesses erörtere, erlaube ich mir, den Weg zu zeigen, auf dem ich zu ihr gelangt bin. Ich habe zuletzt die Choleraepidemie im Jahre 1866 auf der von Oser geleiteten Choleraabteilung als Gast beobachtet; es herrschte eine rege Tätigkeit auf der Abteilung und viele werden sich noch des instruktiven Choleraberichtes von Oser erinnern. Oser machte damals die ersten subkutanen Kochsalzinjektionen, Stricker seine schönen Beobachtungen an den weißen Blutkörperchen, und vor allem hatte ich sehr häufig Gelegenheit, die Anwendung der Herzanaleptika in jeder Art zu beobachten, besonders der subkutanen Kampfer-Ätherinjektionen. Die oft so prompte und ebenso rasch vorübergehende Wirkung beschäftigte mich vor allem; ich sagte mir, hier kann keine eigentliche Erkrankung oder Vergiftung des Herzens vorliegen, sonst würde das Reizmittel nicht so prompt wirken, hier muß etwas außerhalb des Herzens sein, welches die Wirkung wieder hemmt oder aufhebt. Im Laufe der Jahre, da ich keine Gelegenheit hatte, Cholerakranke zu beobachten, verlor sich dieser Gedankengang, er tauchte erst wieder auf, als ich die erste Publikation von Samuel über Kochsalzinfusionen las; ich suchte mir damals über sie klar zu werden, und da tauchten die alten Erfahrungen vom Jahre 1866 wieder auf; ich sagte mir: Schon die älteren Ärzte haben die Cholera mit einer Blutung verglichen und haben deshalb, und zwar mit schlechtem Erfolge, transfundiert; was kann auch bei einer Blutung die Transfusion nützen, solange die Blutung nicht steht? im Gegenteil ist die eintretende Ohnmacht oft eine Naturheilung; ebenso kann die Stockung des Kreislaufes vielleicht das Mittel sein, das der Organismus durchmachen muß, um die Transsudationen zum Stillstande zu bringen, wissen wir doch, daß im asphyktischen Stadium die Diarrhöen aufhören oder nachlassen und daß Asphyktische dieses Stadium mit und ohne ärztliche Hilfe überstehen und gesund werden.

Ich mußte aber auch einer andern Erwägung Raum geben; wir wissen, daß im asphyktischen Stadium die Diarrhöen aufhören oder wenigstens nachlassen; ob aber die Transsudation im Darme aufhört, wußte ich nicht, und es wäre möglich, daß eben jene Fälle das asphyktische Stadium überstehen können, bei denen die Transsudationen aufhören. Ich habe, um für mein Urteil Anhaltspunkte zu gewinnen, im Winter 1889 sämtliche Sektionsprotokolle von Choleraleichen im hiesigen allgemeinen Krankenhause seit dem ersten Auftreten der Cholera nachgelesen und gefunden, daß entsprechend den Angaben der Lehrbücher bei fast allen im algiden Stadium gestorbenen Kranken das Vorkommen größerer Mengen Flüssigkeit im Darme verzeichnet ist.

Ich kann nicht beurteilen, ob diese Flüssigkeitsmengen im algiden Stadium transsudiert oder von früher noch im Darme vorhanden sind, aber jedenfalls mahnt der Befund zur Vorsicht, ob die subkutanen oder intravenösen Injektionen nicht zuweilen statt zu nützen die Transsudation wieder anregen können.

Wenn ich, wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich, den Transsudationen einigen Wert für den Verlauf der Cholera zuschreiben mußte, so konnte ich doch nicht in der Eindickung des Blutes die alleinige Ursache der Kreislaufstockung sehen; dagegen sprachen erstens die Fälle von Cholera sicca, bei welchen wohl auch Transsudationen vorkommen können, aber doch nicht so hochgradige, um eine tödliche Eindickung des Blutes zu verursachen, dann andere Fälle, wo zwar keine Cholera sicca, aber auch nicht so starke Diarrhöe und Erbrechen vorkommen, um den tödlichen Ausgang zu erklären, und endlich drittens jene wohl konstatierten Fälle, wo Pat. im asphyktischen Stadium ohne jede menschliche Hilfe, daher auch ohne Getränke zu sich genommen zu haben, das asphyktische Stadium überstanden; wie kann der Organismus die Eindickung des Blutes selbständig überwinden?

Zur, wie ich glaube, richtigen Einsicht kam ich erst vor 5 Jahren gelegentlich des sogenannten Influenza-Darmkatarrhs, welcher hier und auch anderwärts herrschte. Dieser verlief bekanntlich mit Fieber, Kolikschmerzen, zuweilen auch Tenesmus, schleimigen, zuweilen auch leicht blutigen Stühlen, Üblichkeiten, wie sie so häufig bei Koliken vorkommen, seltener war Erbrechen vorhanden und die Pat. fühlten sich dabei gleich im Beginne so matt und abgeschlagen wie bei der Influenza, welches Symptom fast allein an diese Krankheit erinnert; der Blutdruck war bei diesen Kranken stets herabgesetzt; Kranke, bei welchen sonst der Blutdruck 100—120 betrug, hatten einen Blutdruck von 80 und darunter; ich schloß daraus auf Hyperämie, Erweiterung der Blutgefäße im Darme, während ich sonst bei Koliken, die von Verstopfung herrühren, gewöhnlich erhöhten Blutdruck gefunden hatte.

Als ich über diesen Gegensatz nachdachte und die verschiedenartige Blutfüllung der Gefäße bei ähnlichen subjektiven Empfindungen konstatierte, zog ich auch den Choleraprozeß in Betracht; er erschien mir in vielen Stücken ein Gegensatz zum Influenzakatarrh; bei der Cholera die Darmentleerungen ohne Koliken, ohne Fieber, im Beginne ohne auffällige Schwäche; ich fragte mich, wie ist wohl bei der Cholera der Blutdruck? Je mehr ich nachdachte, desto wichtiger erschien es mir, darüber ins Klare zu kommen. Ich wußte aus Erfahrung, daß sogar heftige Diarrhöen bei hohem Blutdrucke vorkommen können; daß trotz des kleinen Pulses bei der Cholera der Widerstand in den Gefäßen und daher auch der Blutdruck hoch sein könne, wußte ich von vielen Beobachtungen, z. B. an einer Herzkranken, wo ich in der Agonie einen sehr kleinen Puls mit einem Blutdrucke von 130 fand, die Pat. also wahrscheinlich an Herzinsuffizienz starb; es schien mir also von größter Wichtigkeit, an Cholerakranken sphygmomanometrische Messungen vorzunehmen.

Vor 3 Jahren hatte ich in Groß-Becskerek Gelegenheit, an zwei Cholerakranken sphygmomanometrische Messungen vorzunehmen. Einer im ersten Stadium mit Diarrhöe und Erbrechen hatte einen Blutdruck von 120 *mm* Hg, der zweite hatte bereits Muskelkrämpfe, einen kleinen Puls und sah sehr verfallen aus, Blutdruck 140 *mm*. Diese beiden Beobachtungen schienen wir schon sehr wichtig; ich reiste daher im September 1894 nach Krakau, um Cholerakranke sphygmomanometrisch zu untersuchen; es waren zwei Männer und zwei Frauen. Der eine, seit zwei Tagen krank, wurde fast pulslos ins Spital gebracht; als ich ihn sah (am 24. September), war der Puls zu fühlen, Pat. sah sehr verfallen aus, hatte noch Diarrhöe und Erbrechen, Blutdruck 140; am zweiten Tag, wo das Aussehen noch immer das eines sehr Verfallenen war, dauerten Diarrhöe und Erbrechen in geringerem Grade fort, Blutdruck 125.

Am 24. September untersuchte ich ein Mädchen, das seit dem vorhergehenden Tage Menses, seit heute Diarrhöe und Erbrechen hatte. Blutdruck 120; am 25. September wohl, Blutdruck 80.

Ein zweites Mädchen, seit gestern krank, Diarrhöe, Erbrechen, Muskelkrämpfe; am 24. September Blutdruck 120, am 25. September Befinden wohl, Blutdruck 80.

Der zweite männliche Patient hatte seit dem vorhergehenden Tag Diarrhöe und Erbrechen; Blutdruck 120, am folgenden Tage wohl, Blutdruck 80.

Ich habe diese Beobachtungen bereits in einer vorläufigen Mitteilung in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte am 2. Februar 1896 berichtet und halte mich für verpflichtet, jetzt meine darauf gegründete Theorie zu veröffentlichen, weil sie in der in Alexandrien ausgebrochenen Choleraepidemie vielleicht mit Vorteil verwertet, jedenfalls geprüft werden kann. Wir sehen gegen alle Erwartung, ja gegen den Ausspruch aller Autoren von Griesinger bis Leyden, daß der Blutdruck in der Cholera nicht sinkt, sondern erhöht ist, und wenn ich auch nicht Gelegenheit hatte, denselben im asphyktischen Stadium zu messen, so ist doch dieses Stadium in allen Symptomen nur eine Steigerung des vorhergehenden und anzunehmen, daß dieses beim Blutdruck nicht anders ist. Wenn wir uns fragen, woher das Steigen des Blutdruckes bei der Cholera rührt, so kann er nicht durch eine primäre erhöhte Aktion des Herzens bedingt sein, denn diese macht sich erst im Reaktionsstadium geltend, sondern wie ich des näheren in meiner ausführlichen Arbeit über den Blutdruck [1]) auseinandergesetzt habe, vom erhöhten Widerstande im Gefäßsystem, der im Splanchnikusgebiete beginnt und sich dann wahrscheinlich auf das gesamte Gefäßsystem ausbreitet.

Mit dieser durch meine Beobachtungen begründeten Auffassung wird uns das Wesen und der Verlauf des Choleraprozesses viel klarer. Zwei Faktoren schädigen die Zirkulation: die Eindickung des Blutes infolge der Transsudation und der erhöhte Widerstand im Gefäßsystem. Der verschiedene Verlauf der Cholera wird uns dadurch verständlich; wenn der Widerstand im Gefäßsystem sehr erhöht ist, so kann eine mäßige Transsudation genügen, um das Herz insuffizient zu machen und die Zirkulation aufzuheben, während andrerseits, wenn beide Faktoren in hohem Grade vorhanden sind, der Verlauf ein sehr rapider sein wird. Auch die von Griesinger angeführte Beobachtung Joh. Meyers, daß bei spontaner Reaktion der Puls wohl lange ausbleibt, aber, einmal entwickelt, nicht wieder verschwinde, während der durch Reizmittel hervorgerufene Puls, wie ich selbst beobachtet, wieder verschwindet, ist leicht erklärlich; die spontane Reaktion tritt eben auf, wenn der Widerstand in den Gefäßen aufgehört hat, während die durch Reizmittel hervorgerufene Herzaktion sich erschöpfen muß, weil die Kontraktion der Gefäße durch die Reizmittel nicht beeinflußt wird.

Wenn ich die aus meinen Beobachtungen gezogenen Schlüsse für die Therapie verwerten will, so möchte ich vor allem konstatieren, daß die alte Therapie an zwei Fehlern litt; der erste bestand darin, daß man mit Beginn des asphyktischen Stadiums, wo die Diarrhöen in der Regel nachlassen oder ganz aufhören, die Transsudationen in dem Darm gar nicht oder doch viel weniger beachtete als die Hebung der Herzaktion, während doch die Sektionsbefunde es wahrscheinlich machen, daß die Transsudation fortdauert; dieser Fehler hat meines Erachtens durch meine sphygmomanometrischen Untersuchungen an Bedeutung verloren und scheint mir durch die von Catani und anderen eingeführte Tannin-Enteroklyse behoben zu sein; es werden mit diesen soviel Adstringentia eingeführt, daß sie noch im asphyktischen Stadium fortwirken können.

[1]) Blutdruck und Darmatonie. Wien 1894.

Der zweite sich von selbst ergebende Fehler war, daß man ganz einseitig nur die Herzaktion verstärken wollte, weil man gar nicht ahnte, daß der Blutdruck durch erhöhten Widerstand im Gefäßsystem vermehrt sei; nach meinen Beobachtungen muß die Hauptaufgabe der Therapie sein, während des ganzen Verlaufes der Cholera den Widerstand im Gefäßsysteme herabzusetzen; vielleicht wird es dann gelingen, das Eintreten des asphyktischen Stadiums zu verhüten.

So klar die zuletzt aufgestellte Indikation ist, so schwierig wird es mir, bestimmte Ratschläge zu geben, denn ich befinde mich, wenn ich von meinen Beobachtungen absehe, auf einem bisher von den Pathologen ganz unbebauten Boden; der Widerstand im Gefäßsystem ist außer bei Angina pectoris in der praktischen Medizin nicht wirklich berücksichtigt worden, selbst die im Verhältnis zur Wichtigkeit des Gegenstandes spärlichen sphygmomanometrischen Messungen sind nicht in dieser Richtung gewürdigt worden.

Es ist fast selbstverständlich, daß ich therapeutische Vorschläge, die nur theoretisch konstruiert sind, nicht im Detail ausarbeiten werde; es würde mir genügen, die Indikation aufzustellen und es dem Arzte am Krankenbette zu überlassen, vorsichtig, gleichsam tastend dieser Indikation zu genügen, wenn überhaupt in der Pathologie Erfahrungen vorliegen würden, wie und auf welche Weise der abnorm erhöhte Blutdruck herabgesetzt wird; wohl habe ich in meiner vorläufigen Mitteilung [2]) und in meiner Monographie „Blutdruck und Darmatonie" [3]) erörtert, wie wichtig es in einem **jeden** Krankheitsfalle sei, den Blutdruck zu bestimmen und eventuell zu behandeln. Mir ist aber keine Publikation bekannt, welche meiner Aufforderung gefolgt und meine Angaben bestätigen oder bestreiten würde; ich bin also ganz auf meine Erfahrungen angewiesen, denn die Angaben der Autoren widersprechen sich zum größten Teile und sind auch deshalb für den Praktiker nicht verwendbar, weil in vielen Fällen die sphygmomanometrische Messung des Blutdruckes nicht nach der richtigen Methode geschah und weil sie in den meisten Fällen nicht wissen konnten, ob sie es mit einem normalen oder erhöhten Blutdrucke zu tun hatten, wie ich dieses schon in meiner oben erwähnten Schrift ausgeführt habe.

Nach meinen Beobachtungen, welche nach vielen Zehntausenden zählen, ist ein Blutdruck, mit einem gut geeichten v. Basch'schen Sphygmomanometer richtig bestimmt, an der Art. rad. oder temporalis, wenn er bei Männern 80—90, bei Frauen 80—100, je nach der Nähe der Menstruation, übersteigt, schon abnorm hoch und muß bei der Behandlung berücksichtigt werden, wenn der günstige Verlauf der Krankheit nicht dadurch gestört werden soll.

In der weitaus größten Anzahl der Fälle geht die Steigerung des Blutdrucks vom Darme aus, wie vorauszusetzen, durch Reizung des Splanchnikus, und zwar durch vollständige Obstipation oder ungenügende Stuhlentleerung; in solchen Fällen sind Abführmittel das souveränste Mittel, den Blutdruck herabzusetzen; vielleicht beruht darauf die vielfache Anerkennung, welche die Anwendung von Kalomel im Beginne der Cholera gefunden hat; wenn es wahrscheinlich auch nicht den Choleraprozeß selbst trifft, so kann es doch eine Komplikation beseitigen, welche den Blutdruck erhöht. Wir dürfen keineswegs annehmen, wie ich in meinem Vortrage [4]) über Darmatonie auseinandergesetzt habe, daß bei vorhandener Diarrhöe die alten Fäkalmassen immer entfernt werden; diese können trotz der Diarrhöe zurückbleiben, die Darmwand reizen und den Blutdruck erhöhen. Ich habe in einer beschränkten Dysenterieepidemie im Wiener allgemeinen Krankenhause, die ich unter Türk beobachtete und welche wir weder mit Adstringentien noch Opium behandelten, öfter gesehen, daß trotz mehrtägiger heftiger Diarrhöen, auch bis

[2]) „Wiener klin. Wochenschr.", 1894, Nr. 2.

[3]) l. c.

[4]) „Wiener Med. Presse", 1895, Nr. 25—28.

zu 15 Stühlen im Tage, noch nachträglich alte Kotmassen abgingen, nach deren Abgang erst die Rekonvaleszenz eintrat; ich glaube daher, daß es in der Regel besser sein wird, den Gebrauch von Kalomel im Beginne zu verallgemeinern, als gleich mit Adstringentien und Opium zu beginnen, denn die exakte Darmperkussion, über die ich wiederholt geschrieben, wird leider bis heute noch nicht gelehrt, und nur diese kann vor dem Übersehen dieser Komplikation schützen.

Wenn ich von der sicheren, den Blutdruck herabsetzenden Wirkung der Abführmittel absehe, die doch nur im Beginn des Choleraprozesses indiziert sein können, so habe ich noch von folgenden Mitteln bei erhöhtem Blutdrucke eine depressorische Wirkung gesehen: vom Natrium salicylicum in großen Dosen 4—6 *g*, vom Antipyrin, Phenacetin und Salipyrin schon in Dosen bis zu 2 *g*, und beruht eben auf dieser Wirkung ihre Wirksamkeit gegen Migräne, welche fast immer bei erhöhtem Blutdrucke vorkommt; ebenso sicher setzt Morphium, intern oder subkutan angewendet, den Blutdruck herab, auch Codein, aber weniger stark; vom Chloralhydrat ist es schon lange bekannt, und am mächtigsten vielleicht setzt die Chloroformnarkose den erhöhten Blutdruck herab; ich habe in einem Falle, wo viel Chloroform bei der Narkose verbraucht wurde und die sehr gut beobachtende nicht hysterische Patientin noch Tage lang den Chloroformgeruch und -geschmack verspürte, den Blutdruck herabgesetzt gefunden, was gewiß nicht von dem nicht so bedeutenden Blutverlust herrührte, wogegen auch das sonstige Befinden und Aussehen der Patientin sprach; es dürfte also auch der innere Gebrauch von Chloroform, wie vorauszusetzen, den Blutdruck herabsetzen.

Ich habe die Erfahrungen, die ich am Krankenbette gemacht und die daher am ehesten geeignet sind, wieder am Krankenbette verwertet zu werden, mitgeteilt und muß es dem behandelnden Arzte überlassen, wie er diese tastend und prüfend bei der Behandlung der Cholera benutzen will. Nur über die Anwendung der Chloroformnarkose will ich meine Ansicht entwickeln.

Nach meinen Beobachtungen muß ich schließen, daß ein wichtiger Faktor für den ungünstigen Ausgang der Cholera in der Kontraktion der kapillaren Blutgefäße liegt, die ich wohl nach klinischen Anschauungen als einen Krampf derselben ansprechen darf; mit dieser Anschauung allein wäre schon die Anwendung der Chloroformnarkose gerechtfertigt, in der wir wohl das stärkste Mittel gegen Krampfformen jeder Art besitzen, ich will aber dieselbe noch durch einige Analogien aus der Medizin erläutern, weil die Anwendung der Chloroformnarkose so ganz unserer bisherigen Therapie in den späteren Stadien der Cholera widerspricht. — Wir sehen die Chloroformnarkose bei jenen Krampfformen günstig wirken, wo die Gefahr für den Kranken in den Krämpfen liegt; wenn dieses Symptom behoben wird, so ist ein günstiger Verlauf zu erwarten, weil die Ursache der Krämpfe entweder nicht fortdauert oder nicht so gefährliche Folgen hat; so kann die Chloroformnarkose manches Mal bei Angina pectoris lebensrettend wirken, wenn die Ursache derselben keine fortdauernde oder stets wiederkehrende ist; so wirkt sie häufig lebenserhaltend und dadurch lebensrettend bei Eclampsia gravidarum, weil sie das Leben der Gebärenden oft bis nach der Geburt erhält und dann die ursächliche Krankheit nicht mehr dieselbe Gefahr bedingt wie vor der Entbindung; ebenso kann die Chloroformnarkose bei Strychninvergiftung das Leben erhalten, bis das Gift aus dem Körper ausgeschieden wird; hingegen hat bei Tetanus, noch bevor man in demselben eine Infektionskrankheit erkannte, schon der klinische Verlauf gegen eine günstige Wirkung der Narkose gesprochen, weil der Verlauf im Vergleich zu den früher genannten Krankheiten eine bleibende, nicht zu beseitigende Ursache erkennen ließ.

Wenn wir den Verlauf der Cholera von diesem Gesichtspunkte aus betrachten, so sind wir eher berechtigt anzunehmen, daß die Ursache des Gefäßkrampfes mit der Zeit wirkungslos wird; wenn der Kranke nur über diesen Zeitpunkt hinaus erhalten wird, wird die Kreislaufstörung leichter nachlassen; ähnlich wie bei der Eclampsia gravidarum über die Geburt des Kindes, wo dann die momentane Gefahr für das Leben in der Regel vorüber ist. Sollte sich meine Anschauung am Krankenbette als richtig bewähren, so wird es freilich die Aufgabe sein, zur rechten Zeit das richtige, wirksamste Mittel anzuwenden, um womöglich das asphyktische Stadium zu verhüten, denn es ist sehr fraglich, ob man z. B. in diesem Stadium, wo die Atmung so darniederliegt, noch den Kranken chloroformieren könnte.

Über Amylnitrit, welches nach der sichtbaren Wirkung auf der äußeren Haut die Gefäße erweitert, habe ich keine eigene Erfahrung und die Angaben der Autoren widersprechen sich; jedenfalls ist es nicht erlaubt, aus der Wirkung auf die äußere Haut eine Herabsetzung des mittleren Blutdruckes anzunehmen, da wir die Wirkung auf das Splanchnikusgebiet nicht kennen.

Ich erlaube mir mit aller Reserve, die in diesem Falle nötig ist, gewissermaßen ein Schema anzugeben, wie ich mir eventuell die Behandlung vorstelle. Ich würde, wenn keine bestimmte Gegenindikation vorliegt, im Beginne stets Kalomel geben und daneben Salipyrin oder ein ähnlich wirkendes Mittel, und letzteres fortsetzen, solange keine Krämpfe in den Muskeln auftreten; in diesem Falle würde ich eine schlafmachende Dosis Chloralhydrat geben; die Chloroformnarkose wäre nur dann zu versuchen, wenn die Beobachtung zeigt, daß meine Methode zweckentsprechend ist. Bei der Pulsbeobachtung muß der Arzt sich hüten, Kleinheit und Schwäche des Pulses zu verwechseln; die Anwendung der verschiedenen Blutdruckmesser wird in einer Epidemie kaum möglich sein.

Zum Schlusse will ich noch die Faradisation des Darmes, welche bei partieller Darmatonie mit erhöhtem Blutdrucke so sicher den Blutdruck herabsetzt, erwähnen; es scheint mir aber zweifelhaft, ob sie bei der Cholera, ausgenommen ganz im Beginne, angewendet werden kann, weil ohnedies die Neigung zu Muskelkrämpfen auch in den Bauchmuskeln besteht, welche durch die Faradisation befördert werden könnte.

Ob neben den den Blutdruck herabsetzenden Mitteln auch Herzanaleptika anzuwenden sind, kann a priori nicht beurteilt werden, doch scheint nichts dagegen zu sprechen.

Aus dem k. klinischen Institut der Großfürstin Helena Pawlowna zu St. Petersburg.

Zur Frage der spezifischen medikamentösen Behandlung der Infektionskrankheiten.

Von **Prof. M. I. Afanasjeff.**

(Fortsetzung.)

Zunächst möchte ich in kurzen Worten die Krankengeschichte dieses zweiten Falles, namentlich die Diagnose und die ursprüngliche Behandlung, mitteilen und dann die von mir angewendete spezifische Behandlung erörtern.

Die Patientin ist 39 Jahre alt, verheiratet. Sie ist in Odessa geboren und hat die letzten 6 Jahre vor der Erkrankung in Baku gewohnt. In St. Petersburg befindet sie sich seit dem 22. August. Am 21. September ließ sie sich in die therapeutische Abteilung des klinischen Instituts aufnehmen. Sie klagte über permanentes Erbrechen, Übelkeit und heftige Kopfschmerzen. Sie erkrankte am 10. September, indem sie plötzlich abends Schüttelfrost, Hitze (Temperatur 38·5), Reißen im Körper verspürte. Es bestand Schnupfen. Bald stellten sich Kopfschmerzen und Erbrechen ein. Die Patientin hat 2 Oblaten Salizylnatron zu sich genommen, hat sich die Magengegend einreiben lassen und fühlte sich am nächsten Morgen besser. Hierauf war sie 2—3 Tage relativ gesund; dann aber stellte sich

am 14. September ununterbrochenes Erbrechen ein. Die Patientin war absolut nicht imstande, irgend eine Nahrung zu behalten. Selbst nach einem Schluck Wasser stellte sich unmittelbar Erbrechen ein. Außerdem litt die Patientin an außerordentlich heftigen Kopfschmerzen und ununterbrochener Übelkeit. Kein Mittel vermochte der Patientin Linderung zu verschaffen (es wurden Blutegel hinter die Ohren gesetzt, subkutane Morphiuminjektionen gemacht). Dr. SCH., der die Patientin bei der Konsultation sah, sprach die Vermutung aus, daß sie an larvierter Malaria leide, trotzdem die Patientin behauptete, auch in Baku niemals an Malaria gelitten zu haben. Da das Erbrechen, die Übelkeit und die quälenden Kopfschmerzen anhielten, beschloß die Patientin, sich in das Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Um dem Erbrechen Einhalt zu tun, gab der wachthabende Assistent der Patientin 5 Tropfen Jodtinktur innerlich, worauf sich das Erbrechen und die Übelkeit vollständig gelegt haben sollen. Die Patientin schlief ein wenig ein, morgens erneuerte sich das Erbrechen jedoch wieder. Anfälle von Leberkolik nicht vorhanden; jedoch erklärte die Patientin, daß in der Lebergegend ab und zu leichte Stiche auftreten. Die Patientin will bis zur gegenwärtigen Erkrankung niemals ernstlich krank gewesen sein, speziell niemals an Syphilis und Malaria gelitten haben. Nur nach Diätfehlern stellte sich bisweilen Erbrechen ein. Die Patientin ist verheiratet und hat zweimal geboren, einmal abortiert. Menstruation regelmäßig.

Status praesens: Ernährung gut, Hautfarbe etwas gelblich. Es besteht unbedeutende Gelbfärbung der Skleren. Auf den Lippen Herpes labialis. Puls 92, regelmäßig, geringer Füllung; Atmung 15—16 in der Minute. Wegen der Kopfschmerzen ist eine Untersuchung der Patientin unmöglich. Von seiten der Lungen nichts Abnormes. Herztöne rein; Pupillenreaktion normal, Zunge etwas trocken, Milz nicht vergrößert, nicht palpabel; Leber gleichfalls nicht vergrößert. In der Bauchhöhle nichts Abnormes. Menstrua regelmäßig; letzte Periode am 10. September. Die von einem Spezialarzt ausgeführte gynäkologische Untersuchung ergab: Ruptura perinei, Reclinatio uteri, Res. parametrit. sin. et sin. poster. Eine frische Erkrankung besteht nicht.

22. September. Harn alkalisch, spezifisches Gewicht 1018, enthält unbedeutende Eiweißspuren, keinen Zucker und spärliche Gallenpigmente. Im Niederschlag Tripelphosphatkristalle, flaches Epithel, einzelne Leukozyten, spärliche Zylindroide. Behandlung: Cocaini 0·1, Antipyrini 1·0, Aq. Menth. 100·0. Teelöffelweise beim Erbrechen. Papain 3·0, Natrii bicarbon. 5·0, Extr. fab. Calab. 0·02, Aq. Menth. 150·0. 3 Eßlöffel voll täglich. Ölklysma. Wasserklysma. Medikamentöses Klysma mit Salophen, 1·0 pro Klysma.

23. September. Gestern abends und heute früh Erbrechen. Seit früh heftigster Kopfschmerz. Puls 88, Atmung 10—20. Pupillenreaktion normal. Es besteht leichte Rigidität des Hinterhauptes. Außer Erbrechen und Kopfschmerz hat die Patientin keine weiteren Beschwerden. Stuhl nach Klysma. Behandlung: Alles wird ausgesetzt. Statt dessen Migränin 1·0, 2—3mal in Oblaten; schwarzen Kaffee.

24. September. Die Patientin fiebert, Zunge trocken, rot. Die heftigen Kopfschmerzen halten an. Das Erbrechen scheint etwas nachzulassen. Milz von der 8. Rippe nicht palpabel. Puls 94, Atmung 18—20. Von seiten der Lungen und des Herzens nichts Abnormes. Roseolen nicht vorhanden. Status typhosus. Behandlung: Zweimal täglich kleine Klysmen aus Chininum muriaticum und Aspirin aa. 0·6. Innerlich keine Medikamente.

25. September. Puls 88, Zunge trocken, heftigster Kopfschmerz. Die Rigidität des Hinterhauptes scheint beim Beugen des Kopfes stärker ausgesprochen zu sein. Milzdämpfung von oben von der 8. Rippe nicht wahrnehmbar. Erbrechen geringer, jedoch vorhanden. Behandlung: Phenacetin 0·7, Chinin. bromat. 0·2, Coffein. natr.-salicyl. 0·1. Dreimal täglich je eine Oblate. Für die Nacht 0·6 Trional.

26. September. Puls 80. Kopfschmerzen lassen zeitweise nach. Patientin schwitzt. Milz perkutorisch vergrößert, Zunge trocken. Die Patientin schläft nicht.

27. September. Puls 90. Heftigster Kopfschmerz, bisweilen Erbrechen. Status typhosus, wenn auch Sensorium frei. Zunge trocken, rot. Milz perkutorisch vergrößert, aber nicht palpatorisch. Singultus. Abdomen mäßig aufgetrieben, aber nicht schmerzhaft. Lebergegend nicht besonders empfindlich. Leber nicht vergrößert; leichte ikterische Verfärbung. Herztöne rein; erster Ton etwas dumpf. In den Lungen hinten rechts ganz unten geringe Dämpfung des Tones über einem beschränkten Gebiet, jedoch vesikuläres Atmen und keine Rasselgeräusche. Leichte Rigidität des Hinterhauptes. Die Patientin hat eine Empfindung, als ob sich in ihrem Kopfe ein Abszeß bilde, und ist nicht imstande, den Kopf nach der Seite zu wenden. Sowohl die einfache wie die Akkommodationsreaktion der Pupillen gut. Linke Pupille weiter als die rechte. Die Patientin hat besser geschlafen.

28. September. Puls 84, guter Füllung, Herztöne dumpf, aber rein. In den Lungen nichts Abnormes. Milzdämpfung perkutorisch vergrößert, Milz nicht palpabel. Kopfschmerz geringer, Erbrechen seltener. Behandlung ohne Antipyretika. Wannenbad von 27° und 8—10 Minuten Dauer.

29. September. Puls 92—94 in der Minute, regelmäßig, nicht besonders stark. Untersuchungsergebnisse wie früher. Leichter Ikterus. Kopfschmerz, Übelkeit nach wie vor. Nackenschmerz. Zeitweise Singultus. In den Fäzes nichts Abnormes. Behandlung: Inf. Valer. 4·0 : 180 cum Acid. mur. dil. 2·0. MDS. Alle 2 Stunden je einen Eßlöffel voll.

30. September. Die Patientin fühlt sich subjektiv besser, hat geschlafen; Übelkeit und Kopfschmerz geringer. Puls 96 in der Minute, guter Füllung. Sodbrennen, schlechter Geschmack im Munde.

1. Oktober. Schwäche. Kopfschmerz geringer, Beweglichkeit des Hinterhauptes größer, aber immer noch etwas beschränkt. Übelkeit und Erbrechen haben nachgelassen; Zunge trocken. Puls von guter Füllung. Die Untersuchung ergibt von seiten des Herzens und der Lungen nichts Abnormes. Milz nicht palpabel. Am Körper nichts Abnormes. In der Nacht hat die Patientin schlecht geschlafen. Behandlung: Salipyrin 0·6, Coffein 0·1, dreimal täglich je eine Oblate. Frühere Mixtur.

2. Oktober. Außerordentlich heftige Kopfschmerzen, mehr in der linken Hälfte oberhalb des linken Auges. Puls 90 in der Minute. Starke Übelkeit. Behandlung: Phenacetin 1·0, Coffein 0·1, dreimal täglich eine Oblate. Auf den Kopf warmes Wasser.

3. Oktober. Puls 92. Die Patientin hat die Nacht außerordentlich schlecht verbracht, sich im Bette herumgeworfen und nicht geschlafen. Gegen Morgen Kopfschmerz, zweimal Erbrechen. Leichter Schüttelfrost. Die Perkussion ergibt von seiten der Lungen keine Veränderungen, bei der Auskultation sind Rasselgeräusche nirgends zu hören. Milz nicht palpabel, etwas perkutorisch vergrößert. Von seiten der Leber nichts Abnormes. Abdomen nicht schmerzhaft und scheint auch nichts Abnormes zu enhalten. Ikterische Verfärbung hat nachgelassen. Herztöne rein, aber dumpf. Behandlung: Salipyrin 0·7, Chinin. brom. 0·3, Coffein. natr.-salic. 0·12, dreimal täglich je eine Oblate. T. Valer. aeth., Liq. anod. Hoffm. aa. dreimal täglich zu 20 Tropfen. Für die Nacht 1·0 Trional.

4. Oktober. Kopfschmerz etwas geringer. Hochgradige Übelkeit, starke Salivation. Die Patientin hat gut geschlafen ohne Trional. Puls 94, geringer Füllung. Die übrigen Erscheinungen befinden sich in statu quo ante.

5. Oktober. Puls 84, Herztöne dumpf, aber rein. Perkutorische Veränderungen in den Lungen nicht vorhanden. Rechts hinten unterhalb des Schulterblattes Atmung von unbestimmtem Typus. Milz nicht palpapel. Abdomen nicht schmerzhaft, palpatorisch läßt sich in demselben nichts nachweisen. Zunge trocken. Am Körper nichts Besonderes. Linke Pupille etwas weiter als die rechte. Pupillenreaktion normal. Kopfschmerz geringer, starke Salivation. Abends hat die Patientin etwas geschwitzt und ist hierauf eingeschlafen. Gegen 1 Uhr nachts Schüttelfrost von 15 Minuten Dauer, worauf die Patientin wieder bis zum Morgen geschlafen hat.

6. Oktober. Puls 94, Atmung 18. Die Patientin hat sich bis 3 Uhr nachts wohl gefühlt und geschlafen. Dann erwachte sie, stark schwitzend. Gegen 4 Uhr nachts starker Schüttelfrost von 10 Minuten Dauer, worauf die Patientin wieder einschlief. Die Kopfschmerzen haben ihren akuten Charakter etwas eingebüßt. Übelkeit geringer, kein Erbrechen, Salivation. Die morgens ausgeführte mikroskopische Untersuchung auf Mikroben ergab ein negatives Resultat, während die bakteriologische Untersuchung des Blutes (der Fingerkuppe ent-

nommen) nach einigen Tagen das Vorhandensein von zwei Staphylokokkenkolonien und von einigen Luftbakterienkolonien ergab. Da bei der Aufnahme des Blutes in ein steriles Glasröhrchen in dasselbe etwas Luft hineingelangt war, so wurde dem Resultat der Untersuchung keine besondere Bedeutung beigemessen. Behandlung: Salipyrin und Chinin aussetzen. Abends 4·0 Unguentum arg. colloid. Credé einreiben.

Als der Assistent die Patientin zum ersten Male sah, glaubte er auf Grund des häufig auftretenden gleichsam ursachlosen Erbrechens sowie auf Grund der Empfindlichkeit bei Palpation der Lebergegend und der ziemlich hohen Temperatur, daß die Patientin an Leberkolik leide, die mit der sogenannten Febris hepatica einhergeht. Der weitere Verlauf der Krankheit, namentlich das Resultat der objektiven physikalischen Untersuchung der Patientin, die das Fehlen irgend welcher ernster Veränderungen in sämtlichen inneren Organen ergab, haben die Vermutung entstehen lassen, ob hier nicht eine Entzündung der Hirnhäute, speziell eine Meningitis, vorliege. Die Rigidität der Nackenmuskeln, die heftigen Kopfschmerzen, die gewisse Differenz in der Pupillenweite und das Erbrechen anscheinend zerebralen Ursprungs, alles schien für diese Diagnose zu sprechen. Andrerseits war die oben erwähnte Rigidität nicht deutlich ausgesprochen; häufig fehlte sie überhaupt, und auch dann, wenn sie einigermaßen ausgesprochen war, konnte man sie auf andere Weise erklären, und zwar durch die Weigerung der Kranken, den Kopf zu bewegen, da bei dieser Bewegung die an und für sich heftigen Kopfschmerzen sich noch mehr steigerten. Andere irgendwie deutliche Meningitissymptome, Paresen, Paralysen, Konvulsionen, Erscheinungen von Exzitation oder Depression des Nervensystems waren nicht vorhanden. Außerdem fehlte es auch an jeglicher ätiologischer Handhabe zur Annahme einer Meningitis. In der ersten Zeit hat die Patientin über Ohrenschmerzen auch nicht geklagt.

Man mußte infolgedessen nach einer anderen Diagnose fahnden.

Eins war klar, nämlich, daß man es mit irgend einer allgemeinen, nicht lokalisierten, fieberhaften und augenscheinlich infektiösen Erkrankung zu tun hat. Man dachte an Abdominaltyphus, an die typhöse Form der Influenza, an septische Endokarditis, an irgend eine exanthematöse Infektionskrankheit und schließlich an Pyämie oder sogar an kryptogene Septikopyämie. Da in den ersten Tagen des Aufenthaltes der Patientin im Krankenhause an deren Körper kein Exanthem und selbst keine Roseolen auftraten, die Milz sich einigermaßen deutlich nicht vergrößerte, da man ferner von seiten des Darmes, namentlich in der Regio iliaca, nichts Bestimmtes wahrnahm, so mußte man die Diagnose auf Abdominaltyphus bzw. auf irgend eine akute Infektionskrankheit fallen lassen. In demselben Sinne sprach das negative Ergebnis der nachträglich ausgeführten WIDALschen Probe. Das Fehlen irgendwelcher Klagen über Herzbeschwerden und irgendwelcher objektiver Veränderungen der Herztöne und des Herzrhythmus wiesen darauf hin, daß man es auch nicht mit ulzeröser Endokarditis zu tun habe. Einen pyämischen oder septiko-pyämischen Prozeß konnte man auch schwer annehmen, erstens wegen seiner relativen Seltenheit und zweitens weil es schwer war, die Ätiologie dieser Erkrankung zu erklären, abgesehen davon, daß die Temperaturkurve auch nicht einigermaßen charakteristisch war. Unter diesen Umständen fand ich in bezug auf das Wesen der Erkrankung der Patientin Sch. am wahrscheinlichsten, daß wir es mit einer typhösen Influenzaform, d. h. mit einer solchen Erkrankung zu tun haben, bei der die Influenzamikroben und deren Toxine im Blute der Kranken zirkulieren und einen allgemein fieberhaften Zustand mit gewissen relativ unbedeutenden Veränderungen in den Organen, beispielsweise mit unbedeutender Vergrößerung der Milz, Muskelschmerzen in verschiedenen Körperteilen, allgemeiner Schwäche, Kopfschmerzen etc., hervorrufen. Manchmal entwickelt sich bei solchen Patienten sogar ein Status typhosus. Unsere Patientin hat nicht nur an Kopfschmerzen, sondern sogar an heftigen Kopfschmerzen gelitten, die augenscheinlich auch Erbrechen zerebralen Ursprungs bewirkten. Andrerseits ist es allbekannt, daß bei Influenza, selbst bei den gewöhnlichen Formen derselben, bei der respiratorischen und gastrischen Influenza, heftige Kopfschmerzen bestehen, die bei manchen Influenzaformen den höchsten Grad erreichen. Solche Patienten sind bisweilen nicht imstande, selbst das leiseste Geräusch, die geringste Luftbewegung, ja nicht einmal einen Lichtstrahl zu ertragen und fühlen sich infolgedessen am besten, wenn sie sich in irgend ein entferntes Zimmer ihrer Wohnung verkriechen, dort stundenlang im Dunkeln verweilen und verschiedene Antineuralgika, bisweilen in sehr großen Dosen, zu sich nehmen. Solche Kranke habe ich mehrfach beobachtet und infolgedessen habe ich in diesem Falle gleich von vornherein mit gewisser Bestimmtheit von typhöser Influenzaform zu sprechen begonnen.

Wenn man die Anamnese der Kranken in Betracht zieht, so geht aus dieser klar hervor, daß sie am 10. September plötzlich unter heftigem Fieber, Schnupfen, Kopfschmerzen etc. erkrankte, d. h. so, wie es gewöhnlich bei akuter Influenza der Fall ist. Allerdings hat sich bei der Patientin bald Erbrechen hinzugesellt, welches durch Influenza allein, selbst durch die gastrische Form derselben, schwer zu erklären wäre. Andrerseits ist aus der Anamnese der Kranken auch zu ersehen, daß sie überhaupt leicht zu Erbrechen neigte, so daß bei ihr Erbrechen selbst durch unbedeutende Ursachen, wie z. B. durch Reflex von seiten des Rachens, ausgelöst werden konnte.

Nachdem wir diese Diagnose, nämlich typhöse Influenzaform, gestellt hatten, suchten wir zunächst das Erbrechen der Patientin nach Möglichkeit zu bekämpfen, dann, soweit es anging, die Kopfschmerzen zu beseitigen oder wenigstens zu lindern. Die von uns angewandten Medikamente (Kokain, Antipyrin, Papain, Salophen, Migränin) wirkten relativ schwach, was natürlich teilweise auch dadurch bedingt war, daß die Medikamente wegen des hochgradigen Erbrechens nicht selten per anum verabreicht werden mußten.

(Schluß folgt.)

Referate.

ROBERT GAUPP (München): Die Depressionszustände des höheren Lebensalters.

Die einfache und die periodische Manie ist bei Männern erheblich häufiger, das manisch-depressive Irresein mit gleicher Entwicklung beider Phasen findet sich bei beiden Geschlechtern gleich oft, die vorwiegend oder ausschließlich depressiven Formen befallen mit Vorliebe die Frauen. Dieses statistische Ergebnis bestätigt eine schon öfter erwähnte Tatsache: das manisch-depressive Irresein ist bei Frauen häufiger als bei Männern, die periodische Manie jedoch bei Männern etwas häufiger. Die depressiven Erkrankungen treten bei Frauen namentlich im Klimakterium und beginnenden Senium oft auf („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 32). Die stärkere Neigung des weiblichen Geschlechtes zu depressiven Erkrankungen drückt sich auch im psychotischen Verlaufsbild der Paralyse im höheren Alter aus. In bezug auf das manisch-depressive Irresein ergab sich, daß eine strenge Periodizität der Anfälle extrem selten ist, daß manische und depressive Phasen nach Dauer, Intervall, Reihenfolge alle nur denkbaren Variationen zeigen. Die Individuen mit einfacher und periodischer Manie hatten in weitaus der Mehrzahl der Fälle den ersten Anfall schon lange vor dem 45. Lebensjahre gehabt. Die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins, in der die Depressionszustände nach Dauer, Häufigkeit und Stärke über die manischen überwiegen, wies einige Fälle auf, in denen der Depression das Symptom der subjektiven Insuffizienz und Erschwerung sowie die objektiv nachweisbare Hemmung oder erhebliche Verlangsamung

der geistigen Vorgänge fehlte; vereinzelt trug das depressive Stadium den Charakter ängstlicher Erregung. Bei konstitutionell hysterisch-degenerativer Grundlage zeigten die manischen Anfälle manchmal einen querulierend-paranoiden Anstrich, während die depressiven Phasen ein hypochondrisch-persekutorisches Bild aufwiesen. In einer kleinen Gruppe von 5 Fällen trat bei Personen von über 45 Jahren nur einmal ein Depressionszustand vom Charakter der zirkulären Depression (traurige Verstimmung, psychische Hemmung, subjektives Gefühl der inneren Leere und Insuffizienz) auf. Unter periodischer Depression fanden sich zahlreiche Fälle, in denen die erste Erkrankung lange vor 45 Jahren aufgetreten war. Sie heilte nach kurzer Zeit. Dann stellten sich später mehrere schwere und länger dauernde Anfälle ein, die sich symptomatisch von den Bildern bei zweifellos manisch-depressivem Irresein nicht unterschieden. Die Prognose der Anfälle ist gut. Sie gehören als Analogon der periodischen Manie zum manisch-depressiven Irresein. Bei einer anderen Gruppe, meist auf dem Boden konstitutioneller Verstimmung oder ängstlicher Verzagtheit, fehlt den einzelnen Depressionszuständen, die erstmals nach 45 Jahren auftreten, das Kennzeichen der zirkulären Depression; die Kranken sind hypochondrisch-ängstlich, äußern wortreiche Klagen, geraten nach unangenehmen Erlebnissen in schwere Verstimmung. Hypochondrische Wahnbildungen überwiegen über melancholische. Psychogene Züge als individuelle Beimischungen sind häufig. Niemals akuter Beginn. Heilung, manchmal dauernd depressive Stimmung, vereinzelt schon nach der zweiten Depression apathische Geistesschwäche im höheren Alter. Die Melancholie fand sich etwas häufiger bei Frauen als bei Männern. Eine große Gruppe von Depressionszuständen stand mit arteriosklerotischer Hirnerkrankung in Zusammenhang. Es scheint, daß dieser Rindenprozeß, ähnlich wie die Paralyse, sehr verschiedenartige klinische Bilder erzeugen kann, von der einfachen progressiven Demenz mit stabilen Lähmungserscheinungen bis zu komplizierten Symptomenkomplexen, in denen sich affektive Störungen mit psychischen und somatischen Ausfallserscheinungen verbinden. Am häufigsten sind wohl, wie bei der Paralyse, die Formen einfacher arteriosklerotischer Verblödung. Seltener sind die Vorkommnisse, daß manische oder zirkuläre Symptombilder im Anschluß an arteriosklerotisch bedingte Apoplexien sich erstmals einstellten. Häufiger sehen wir das gleichzeitige Auftreten von apoplektiform entstehenden Lähmungssymptomen (aphasische, hemiplegische, monoplegische Störungen) und depressiven Zustandsbildern mit Ausgang in stumpfe oder euphorische Demenz. Einen schubweisen Verlauf, bei dem die arteriosklerotisch bedingten Lähmungssymptome den psychischen Symptomen lange vorausgingen, zeigten einige Fälle. In einer Gruppe anderer Fälle beherrschen die depressiv-psychotischen Zustände längere Zeit ganz das Krankheitsbild und erst allmählich treten Symptome hinzu, die auf Hirnarteriosklerose mit Bestimmtheit hinweisen. Auch ist zu erwähnen, daß bei Arteriosklerose der Koronararterien des Herzens mit asthmatischen Anfällen ängstliche Zustände bei dauernd hypochondrischer Stimmungslage auftreten können, bei denen die Angst stets in die Herzgegend lokalisiert wird. Die senilen Depressionszustände boten nach Symptomen und Verlauf sehr verschiedene Bilder. Im allgemeinen läßt sich folgendes sagen: Den senilen Psychosen ist mit Vorliebe ein hypochondrisch-ängstlicher Affekt eigen, der sich zeitweise, namentlich nachts, zu stärkeren Angsterregungen mit deliranten Zügen steigert. Häufig geben einfache hypochondrische Verstimmung oder hypochondrisch-ängstliche Erregungen der senilen Demenz, bisweilen auch der euphorisch gefärbten Presbyophrenie voraus. Auch senile unheilbare Verwirrtheit bildet sich aus chronisch-depressiven Zuständen allmählich heraus. Das Kennzeichnende des Verlaufs der Mehrzahl der senilen Depressionen lag in ihrem Ausgang in ziemlich affektlose Demenz, bisweilen auch in demente Euphorie. In der depressiven Periode herrschen hypochondrische Ideen vor; sie sind weit häufiger als melancholische Vorstellungen; die Angstvorstellungen, die in den ängstlichen Erregungen auftreten, haben bei Senilen meistens, wenn auch keineswegs immer, die Sorge um das Wohl der eigenen Ichs zum Inhalt. Atypische Depressionszustände betreffen zumeist Frauen mit dauernder hysterisch-degenerativer Konstitution, bei denen die defekte Charakterentwicklung im höheren Lebensalter eine Steigerung der pathologischen Züge erfährt: Der hypochondrische Egoismus, Launenhaftigkeit, Übelnehmerei, Hyperästhesie gegen bestimmte Reize, die Sucht, als schwer krank und bemitleidenswert zu erscheinen, treten hervor. Die Frage, inwieweit die Katatonie noch im höheren Alter vorkommt, ist noch nicht zu entscheiden. Als depressive klimakterielle Erregung mit Ausgang in geistige Schwäche sind Fälle zu bezeichnen, deren klinische Beurteilung auf Grund des vorhandenen Materials eine fragliche bleiben mußte. Sie charakterisieren sich durch folgenden Verlauf: Bei erhaltener Besonnenheit und Orientierung erkranken Frauen zwischen 45 und 60 Jahren nach kurzer einleitender Verstimmung (mit nervösen Beschwerden) an depressiv gefärbter, anfänglich affektvoller Erregung mit lebhaftem Weinen, Jammern, Selbstanklagen, Zukunftsbefürchtungen, massenhaften ängstlichen Halluzinationen, aber ohne Verworrenheit, ohne jede Bewußtseinstrübung. In der depressiven Erregung besteht Rededrang, gesteigerte Ablenkbarkeit, Ideenflucht. Die Stärke der Symptome wechselt, der Verlauf ist ein ausgesprochen remittierender. Bei Erkrankungen der Thyreoidea (Kretinismus, Myxödem, strumöse Entartung der Schilddrüse) traten bei einigen Frauen ängstlich hypochondrische Depressionszustände auf, kombiniert mit objektiv nachweisbarer Gedächtnis- und Urteilsschwäche; einmal bestand gleichzeitig Tetanie. G.

Bäumler (Freiburg i. B.): **Über ein eigentümliches Auftreten tympanitischer Schallbezirke im Gebiete der Flüssigkeitsansammlung bei Sero- und Pyopneumothorax.**

Eine einheitliche Erklärung kann für diese höchst eigentümliche Erscheinung nicht gegeben werden. Verschiedene Möglichkeiten müssen, je nach der Lage des Einzelfalles, in Betracht gezogen werden. So kann teilweise komprimierte, der Brustwand noch adhärente Lunge besonders vorn und seitlich unten bei Sero- oder Pyopneumothorax vorkommenden tympanitischen Schall bedingen. Derselbe wird verschwinden, wenn der betreffende Lungenteil, völlig abgedrängt oder luftleer geworden, nur mehr eine zapfenartige Brücke zwischen Lunge und Brustwand bildet; ferner kann dem Pneumothorax angehörende Luft, wenn die Lunge infolge früherer Verwachsung nur ungleichmäßig abgedrängt werden kann, den tympanitischen Schall geben, indem durch die Verwachsungen bedingte Buchten des Luftraums durch dünne Schichten Flüssigkeit oder luftleeren Lungengewebes hindurch perkutiert werden. Bei unregelmäßiger Gestaltung des pneumothorazischen Luftraums kann die Spannung in solchen, nur durch einen engeren Zwischenraum mit der Hauptmasse der angesammelten Luft in Verbindung stehenden Buchten, je nach der Lage des Kranken, vorübergehend eine verschiedene sein. Immerhin werden sich solche Unterschiede in der Spannung durch die Verbindungsstellen rasch ausgleichen. Von Einfluß auf die Spannungsverhältnisse ist auch bei offenem Pneumothorax die Größe und Lage der Lungenfistel. Schließlich können fibrinöse Membranbildungen und netzartig verstrickte Fibrinmassen auf die Entstehung tympanitischen Schalles an ungewöhnlichen Stellen von Einfluß sein, indem vorübergehend Luftblasen unter solchen sich ansammeln oder sich in ihnen verfangen können; auch scheint bei gewissen Spannungsverhältnissen und vielleicht auch, ähnlich wie bei der Erzeugung des Metallklanges, bei einer bestimmten Richtung des Perkussionsstoßes durch Flüssigkeit hindurch in einem größeren, oberhalb derselben befindlichen Luftraum tympanitischer Schall hervorgerufen werden zu können. Besonders der hinten tief unten am Thorax auftretende tympanitische Schall legt diesen Gedanken nahe (Festschrift für G. Merkel — „Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 84). Die besprochene Erscheinung hat nicht bloß ein theoretisches, physikalisch-diagnostisches, sondern auch großes praktisches Interesse. Gerade an den Stellen vorn und unten seitlich am Thorax, an welchen in allen unseren Fällen neben einem tympanitischen Bezirk hinten unten sich ein solcher oder sogar mehrere solche befanden, wird am häufigsten die Punktion pleuritischer Exsudate und auch die Thorakotomie vorgenommen. Wir sind zwar heutzutage hinsichtlich der verschiedensten Eingriffe bei Pleuritis und Pyopneumothorax in einer ganz anderen Lage als früher. Aber man wird doch, auch mit peinlichster Asepsis, nicht gern an einer Stelle in den Thorax einstechen, an welcher man, bei Nach-

weis eines tympanitischen Schalles, der Brustwand anliegendes, teilweise noch lufthaltiges Lungengewebe vermuten könnte. Br.

Schilling (Erlangen): **Beiträge zur Frage der Ammoniakausscheidung.**

Es besteht eine Tagesschwankung für die absoluten Ammoniakmengen; das Maximum fällt auf die Nacht. Es besteht eine Tageskurve für die relative NH_3-Ausscheidung (NH_3 bezogen auf N), die sich als von der Speiseaufnahme (bzw. der Salzsäureproduktion des Magens) unabhängig erweist (Festschrift für G. Merkel — „Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 84). Dabei zeigt die prozentuale Ammoniakausscheidung, nach Stunden untersucht, trotzdem insofern ein deutliches Parallelgehen mit der prozentualen Gesamt-N-Ausfuhr, als sie mit jener zusammen steigt und fällt, so daß der Gedanke, es stelle der Ammoniak im Harn nicht nur einen Säureindikator dar, sondern sei in gewissem Grade vom Eiweißzerfall abhängig, nicht ganz von der Hand zu weisen ist, wenn auch die Annahme näher liegt, daß dem Eiweißzerfall immer eine entsprechende Säuerung des Organismus folge, die sekundär zur Bindung des Ammoniak führt. Besonders deutlich zeigt sich der Parallelismus von N und $(NH_3)N$ nach dem heißen Bade. Nach Körperarbeit tritt in vielen Fällen Steigerung der absoluten und relativen Ammoniakwerte auf; diese ist offenbar ebenfalls als Ausdruck der Entstehung saurer Produkte im intermediären Stoffwechsel aufzufassen. Wird zu einer den Kalorien nach gleichmäßigen Kost reichlich Fett zugelegt, so tritt Ammoniakvermehrung im Harn auf. Selbst bei einmaligen Dosen zeigt sich dieselbe. Die NH_3-Vermehrung nach Fettzufuhr tritt meist nicht sofort, sondern erst am 1. oder 2. Tage danach auf, was für die Auffassung W. Schlesingers spricht, daß die Verseifung im Darm den Organismus alkaliarm mache, was dann erst sekundär die Heranziehung von Ammoniak zur Bindung der Säuren benötige. Analoges Nachschleppen der Ammoniakausfuhr findet sich nach Kohlehydrattagen und kann sich nach Durchfällen einstellen. Das Verhältnis $\frac{N}{N\,(NH_3)}$ erweist sich als brauchbarer Ausdruck für die Azidose, solange als nicht Alkalien eingenommen werden und wenn die Nahrungsaufnahme eine normale ist. B.

Alessandri (Rom): **Entfernung eines Solitärtuberkels der Regio Rolandica. Kraniektomie. Heilung.**

Ein 31jähriger Pat. kam wegen chronischer Tuberkulose des linken Kniegelenks zur Aufnahme. Hier stellten sich typische Jacksonsche Konvulsionsanfälle ein und Sensibilitätsstörungen in den ersten 3 Fingern der rechten Hand, welche bald auf einen Teil, bald auf die ganze rechte obere Extremität übergingen, und zwar ohne Verlust des Bewußtseins, oft aber auch den rechten Fazialis und die rechte untere Extremität mitergriffen und zum Verlust des Bewußtseins führten. Es kam zu einer dauernden Lähmung der rechten oberen Extremität, welche besonders an der Hand ausgesprochen war und an den ersten 3 Fingern; ferner war eine dauernde leichte Parese des rechten Fazialis vorhanden. Entsprechend diesen Erscheinungen war eine Zone gedämpften Schalles und schmerzhafter Perkussion in der linken Regio parieto-temporalis nachweisbar. Man mußte also als den Sitz der Läsion den mittleren Teil der linken Zona Rolandica bestimmen entsprechend dem Zentrum für die Bewegung der oberen Extremität. Schwieriger war die Bestimmung der Natur der Krankheit. Für Lues ergab die Anamnese keine Spur, trotzdem wurde eine spezifische Behandlung versucht, aber vergeblich. Nun wurde an eine tuberkulöse Affektion gedacht, und zwar wegen der Schmerzen bei der Perkussion an einen meningealen Sitz derselben. Die Operation wurde vorgeschlagen, aber verweigert. Der Kranke verließ am 10. April 1904 das Hospital. Indessen wurden die Anfälle frequenter und heftiger. Im Juli stellte sich der Kranke wieder vor und am 7. Juli konnte die Operation vollzogen werden. Die Eröffnung des Schädels ergab, daß der gesuchte Tumor nicht dem mittleren Teil der präzentralen Windung entsprach, wo das Zentrum für die obere Extremität liegt. Die Läsion war vielmehr höher, es mußte ein neues Knochenstück abgehoben werden und dann fand sich der haselnußgroße Tumor mehr nach dem Sinus longitudinalis hin, wo das Zentrum für die untere Extremität eigentlich hätte gesucht werden müssen. Der Tumor erwies sich im Innern käsig zerfallen, nach der Peripherie hin zeigte er die Tendenz zur Einkapselung durch Bildung fibrösen Bindegewebes. Der Erfolg war ein vollständiger und andauernder; die Konvulsionen verloren sich vollständig, die Lähmung der oberen Extremität und die Störungen der Sprache bis auf geringe Spuren. B.

Lücke (Berlin): **Typhusverbreitung durch Wasserleitung.**

Verf. stellt unter Berücksichtigung der Erfahrungen der letzten Jahrzehnte für die Verbreitung des Typhus durch zentrale Wasserversorgungsanlagen und die geeigneten Abwehrmaßregeln dagegen folgende Leitsätze auf („Deutsche Med.-Ztg.", 1905, Nr. 43 und 44): Am häufigsten findet eine Infektion eines Wasserwerkes an der Entnahmestelle statt. Bedingt ist dieselbe hier durch fahrlässige oder wissentliche Einleitung ungeeigneten Rohwassers, besonders bei gesteigertem Absatze, durch Entnahme des Wassers aus einem infizierten Flußlaufe bei mangelhafter Filtration, durch mangelhafte Konstruktion oder schlechte Lage der Brunnen, Drainrohre, Quellen etc. In bezug auf die Lage sind besonders wichtig nahegelegene Aborte, Kanalisationsanlagen, gedüngtes Land sowie die Gefahr der Überflutung durch starke Regengüsse oder überfließende Wasserläufe. Eine Infektion der Rohrleitung selbst findet am häufigsten durch Vermittlung von Defekten derselben statt. Um tadellose Funktion eines Wasserwerkes und damit möglichst hohe Sicherheit vor einer Infektion desselben zu garantieren, muß jede Neuanlage und jede Erweiterung oder bauliche Veränderung eines solchen staatlich genehmigt werden. Diese Genehmigung ist unter anderem abhängig zu machen von dem Nachweise, daß eine technisch ausgebildete zuverlässige Persönlichkeit die verantwortliche Leitung übernimmt, sodann von dem rechnerischen Nachweis, daß die Menge des geförderten einwandfreien Wassers dem voraussichtlichen Absatze in reichlichem Maße entspricht. Für das Personal ist ein Regulativ mit besonderer Berücksichtigung der prophylaktischen Gesichtspunkte aufzustellen. Ein den Verhältnissen entsprechendes Gebiet um die Entnahmestellen des Rohwassers herum ist unter besondere Aufsicht und Kontrolle zu stellen; am geeignetsten ist es, den Besitz dieses Gebietes für den Unternehmer des Wasserwerkes obligatorisch zu machen. G.

M. O. Hubermann (St. Petersburg): **Tuberkulose des Harnapparats.**

Der 28jährige Patient („Chirurgija", 1904, Bd. 15, H. 87) erkrankte im Jahre 1900 an Blasenbeschwerden. Im Jahre 1902 überstand er Malaria; im Mai 1903 kam er hochgradig erschöpft und schwach mit schweren Kopfschmerzen, Hyperästhesie der Haut, Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme und hochgradigen Blasenbeschwerden, aber normaler Temperatur in das Krankenhaus. Nach 8 Tagen starb er. Bei der Sektion fand man alte Veränderungen in der rechten Lunge, und zwar rechtseitige adhäsive Pleuritis, chronische fibröse Peribronchitis sowie Narben der Lungenspitze, kaseöse Degeneration und Kalzination der rechten Bronchialdrüsen, die auf einen vor langer Zeit verlaufenen spezifischen Prozeß der rechten Lunge hinwiesen. In der rechten Niere Phthisis tuberculosa caseosa et Pyelitis tuberculosa; Ureter in seiner ganzen Ausdehnung erweitert; in unmittelbarer Nähe der Stelle, an der der Ureter nach dem kleinen Becken abschwenkt, war die Schleimhaut desselben mit käsigen Knötchen durchsetzt. Der linke Ureter in seiner ganzen Ausdehnung verödet. Im unteren Drittel fanden sich in der Wand Knötchen sowie Granulationen tuberkulöser Natur, die das Lumen des Ureters ausfüllten. In der linken Niere Hydronephrose und zystische Atrophie. Das Nierengewebe ist mit käsigen Knoten durchsetzt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man nur unbedeutende Überreste von Nierengewebe in beiden Nieren. Harnblase durchweg ulzeriert, die Ulzera dringen stellenweise bis zur Serosa; am Boden der Geschwüre sind kaseöse Herde zu sehen. Die Prostata war in eine mit kaseösem

Detritus ausgefüllte und in die Harnblase sich eröffnende Höhle verwandelt. Die Hoden, Nebenhoden und Samenblasen waren gleichfalls tuberkulös affiziert. Von besonderem Interesse war somit die Verstopfung des linken Ureters zweifellos tuberkulösen Ursprungs, weil doch sonst die Produkte tuberkulöser Entzündung Neigung zum Zerfall zeigen. Das diffuse tuberkulöse Geschwür der Blasenschleimhaut bot der Infektion eine weite Eingangspforte nach dem Blutkreislauf, und so kam es zu Generalisation der Tuberkulose. Bemerkenswert war vor allem der fieberlose Verlauf. L—y.

KOPFSTEIN (Jungbunzlau): **Drei Fälle von Hemiplegie.**

Verf. stellte im Gau der böhmischen Ärzte Nordböhmens im Bezirkskrankenhause in Jungbunzlau drei interessante Fälle von Hemiplegie vor: 1. Einen 40jährigen Mann, behaftet mit einer rechtsseitigen Hemiplegie, kombiniert mit einer Gangrän der unteren Extremitäten. Bei der Differentialdiagnostik (einfache Hämorrhagie in der linken Hemisphäre, oder kombiniert mit dem Diabetes, Urämie, Embolie, Endarteriitis atheromatosa, Syphilis) spricht sich Verf. zugunsten einer Endarteriitis obliterans luetischen Ursprungs aus („Revue v neurol., psych., fys. a diaet. therap.", 1905, Nr. 2, 3). Der therapeutische Erfolg sowie die mikroskopische Untersuchung der Art. tibialis haben diese Diagnose bestätigt. 2. Einen seltenen Fall einer Läsion der Capsula interna, verursacht durch einen Revolverschuß kleinen Kalibers bei einem 16jährigen Knaben, der seiner Verwundung nicht erlag. Rechtsseitige Hemiplegie und faziale Paralysis derselben Seite. Die rechte Hälfte der Zunge auch gelähmt. Motorische Aphasie. Sensibilität erhalten. Nach einem Monate eine leichte Besserung der unteren Extremität. Im oberen Gliede sowie in Fazialis und der Zunge keine Besserung. Verf. bespricht die Lokalisation der zentralen Läsion, soweit sie durch klinische Analyse bestimmt werden kann, und erläutert die Therapie der Kopftraumen durch Geschosse. 3. Einen 30jährigen Mann mit einer rechtsseitigen Hemiplegie ohne Partizipation des Fazialis und Hypoglossus. In der Differentialdiagnostik schreibt Verf. die konstatierte Hemiplegie einer zirkumskripten Erweichung in den zentralen Windungen, die infolge eines vor 13 Jahren geschehenen Kopftraumas entstand, zu.

STOCK.

CISLER (Prag): **Kehlkopfstörungen im Verlaufe der Paralysis agitans.**

Bei der Paralysis agitans treten öfters besondere Stellungen der Stimmbänder auf, die weder Lähmungen im Sinne des SEMON-ROSENBACHschen Gesetzes, noch primäre Kontrakturen im KRAUSEschen Sinne, noch eine Folge eines intra- oder extraartikulären Fixationsprozesses sind, sondern diese Stellungen sind die Folge einer Rigidität der Kehlkopfmuskeln, besonders jener, die der Lokomotion der Stimmbänder dienen. Die Rigidität erstreckt sich nicht nur auf die Dilatatoren, sondern auch auf die Konstriktoren, auf diese mehr als auf jene, wodurch die charakteristische Position der Stimmbänder verursacht wird. Die Stimmbänder sind infolge der Rigidität der Muskeln, die ihre Lokomotion beherrschen, entweder ruhig und zeigen nur eine Verspätung in den Intentionsfunktionen, was mit einer unverhältnismäßig bald auftretenden Ermüdung verbunden ist; oder sie sind mit einem Intentionstremor behaftet, wodurch ebenfalls der Charakter der Grundkrankheit beibehalten bleibt („Sbornik klinický", Bd. 6, H. 2). Die Stimmbänder sind dann nicht gänzlich unbeweglich, sondern behalten wenigstens teilweise, so wie andere Muskeln, ihre Funktion, ja es kommen auch Remissionen vor. Auch die galvanische Reaktion ist erhalten. Diese klinische Haltung dieser Kehlkopfgebilde paßt ganz gut in die bekannte Gruppe von Störungen des Artikulationsapparates und erweitert nur ihre Kenntnis. Diese Gebilde verursachen nicht nur die Artikulations-, sondern auch durch die Veränderung des Muskels die Phonationsstörungen. Sie sind keineswegs eine rare Erscheinung und aus diesem Grund, sowie auch deshalb, weil sie die Kenntnisse von der Grundkrankheit, besonders von ihren laryngealen Äußerungen erweitern, besitzen sie diagnostische sowie auch klinische Bedeutung. STOCK.

Kleine Mitteilungen.

— Ein neues myoplastisches Verfahren zur **Radikaloperation großer Schenkelbrüche** empfiehlt PÓLYA („Zentralbl. f. Chir.", 1905, Nr. 18). Er verwendet den Musc. sartorius in seiner ganzen Dicke als Pelotte. Die Operation gestaltet sich folgendermaßen: 1. **T**- oder **Γ**-förmiger Hautschnitt. Zurückpräparieren des Hautlappens. 2. Abbindung und Durchschneidung der Vena saphena; womöglich hohe Abbindung und Versenkung des Bruchsackes. 3. Schlitzung der Sartoriusscheide von der Spina ant. sup. bis zur Mitte des Oberschenkels, Durchschneidung des Muskels. 4. Mit einer stumpfen Kornzange wird die Sartoriusscheide von der Fossa ovalis aus durchstoßen und nach genügender Erweiterung der Öffnung der proximale Muskelstumpf über die großen Gefäße in den Canalis cruralis gezogen, womöglich tief in den Kanal eingelagert und daselbst mittelst Catgutnähten an die Fascia pectinea, Ligg. Cowperi, Gimbernati, Pouparti fixiert. 5. Mit 2—3 dicken Catgutfäden wird das Lig. Pouparti, der implantierte Sartorius und die Fascia pectinea durchstochen; durch Knüpfung derselben wird der Muskel in die Tiefe des Schenkelkanals versenkt. 6. In einem nach oben offenen, etwas stumpfen Winkel wird an den ersten Einschnitt (der die Sartoriusscheide öffnet) ein zweiter in die Fascia lata geführt; der so gebildete Lappen wird zurückgeschlagen und an das POUPARTsche Band, an die Fascia pectinea und mit einigen Nähten auch an den unter ihm eintretenden Sartorius fixiert. 7. Hautnaht.

— Die **Behandlung des Kryptorchismus** bespricht ARTUR SCHAEFER („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 26). Er empfiehlt die WITZELsche Orchidopexie, die den Anforderungen (Vermeiden von Operieren am Darm, möglichste Einschränkung des Operationsgebietes am Skrotum, gute Fixation des Hodens) genügt. Bei einseitigem Kryptorchismus Schnitt, über dem Leistenkanal beginnend, das Skrotum soweit spaltend, als nötig ist, um ohne Schwierigkeiten das Septum scroti operativen Eingiffen zugänglich zu machen. Bedeckung der Hautränder mit feuchten Kompressen zur Vorbeugung von Keimverschleppung; Freilegung von Hoden und Bruchsack; Abbindung und Abtragung des letzteren nach Isolierung möglichst hoch oben; Verschluß der Bruchpforte durch Silberdrahtnähte; Dehnung des Samenstrangs; Hinüberluxierung des anderseitigen Hodens durch Inzision im Septum scroti in die leere Skrotalhälfte; Vernähung des heruntergeholten Hodens durch feinste Seidennähte; Verlagerung der vernähten Hoden in die Skrotalhälfte der gesunden Seite; Verengerung der Inzisionswunde im Septum durch Knopfnähte, bis Schnürung des Funiculus nicht stattfindet. Das vereinigte Gewicht beider Hoden, die starke Dehnung des Samenstrangs, die als Knopfloch wirkende Öffnung im Septum scroti vereinigen sich nun in ihrer dem Zurückschlüpfen des Hodens entgegenarbeitenden Wirkung. Bei beiderseitigem Kryptorchismus: Beiderseitige Freipräparierung von Hoden und Vas deferens, Radikaloperation des Bruchs, starke Dehnung des Vas deferens. Beide Hoden werden nach vorheriger Schlitzung des Septum scroti durch Seidenknopfnähte aneinander fixiert und so gelagert, daß der rechte Hoden in der linken, der linke Hoden in der rechten Skrotalhälfte liegt. Zwischen beiden schiebt sich das Septum scroti, dessen Inzisionsöffnung durch Knopfnähte verengert wird. Schließung der Hautwunde durch Silberdrahtnähte. Wundverband.

— Über die **therapeutische Verwendung hämolytischer Sera** berichtet COURMONT („Folia haemat.", 1904, Nr. 7). METSCHNIKOFF hat zuerst vermutet, daß man durch Injektion sehr kleiner Mengen hämolytischer Sera vielleicht eine Vermehrung der roten Blutkörperchen hervorrufen kann. Die ersten Versuche nach dieser Richtung wurden von CANTACUZENE an Kaninchen ausgeführt. Nach großen Dosen sah er starke Anämie, nach mittleren Dosen eine geringere, bald heilende Anämie, nach kleinsten Dosen (1·5 cm^3) eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins auftreten. BIELONOWSKY hat an künstlich anämisch gemachten Kaninchen die gleichen Versuche ausgeführt und festgestellt, daß anämische Kaninchen, welche hämolytisches Serum in kleinsten Dosen injiziert bekamen, ihr Blut schneller regenerierten als Kontrolltiere. Verf. hat nun gemeinsam mit seinem Schüler ANDRÉ an einer Reihe von Kranken diese Angaben nachgeprüft. Auch er fand

eine Steigerung der Blutkörperchenzahl nach Injektionen mit hämolytischem Serum, doch war dieselbe immer nur eine vorübergehende; konstant wurde dabei eine Eosinophilie beobachtet. Die Injektionen sind oft sehr schmerzhaft, weshalb die intravenöse Anwendung vorzuziehen ist. In leichten Fällen von Anämie kommt man ohne diese Therapie aus. In schweren Fällen wird man sie immerhin anwenden können, besonders wenn andere Mittel versagen. Der Erfolg wird stets ein vorübergehender sein. Je häufiger die Injektionen wiederholt werden, desto geringer ist die Steigerung der Blutkörperchenzahl, weil das betreffende Individuum Antikörper gegen das hämolytische Serum bildet.

— Aus Versuchen über **Gehirnreplantation** von SALTYKOW geht folgendes hervor („Arch. f. Psych.", Bd. 40, H. 2): Gehirngewebe läßt sich leicht replantieren und das replantierte Stück fällt nicht einer Erweichung anheim, sondern heilt wie jedes andere Gewebe ein. Die zelligen Elemente desselben bleiben eine gewisse Zeit zum Teil erhalten, zeigen zunächst progressive Veränderungen und gehen dann allmählich zugrunde. Bis zum 8. Tage findet man noch gut erhaltene Ganglienzellen. Einmal wurde eine sichere Mitose in einer solchen Zelle gesehen. Die Gliazellen zeigen am 7. Tage zahlreiche Mitosen und sind bis zum 20. Tage zu finden. Die Gefäße des replantierten Gewebes treten später mit den neugebildeten Gefäßen der Umgebung in Verbindung. Die Nervenfasern degenerieren und verschwinden bald. Das in der Umgebung entstehende Bindegewebe ersetzt allmählich das replantierte Stück. Nach außen von demselben bildet sich eine sklerotische Gliazone. Die vielumstrittene und von den meisten Autoren im negativen Sinne beantwortete Frage, ob die Ganglienzellen der Warmblüter auf einen Reiz hin proliferationsfähig sind, bejaht Verf. auf Grund seiner Untersuchungen. Er sah in der Umgebung der Wunde vom 2. bis zum 6. Tage nach der Operation zahlreiche Ganglienzellenmitosen mit Teilung des Protoplasmas. Neugebildete Nervenfasern wurden in der Umgebung der Wunde vom 25. Tage an gesehen und wucherten von hier aus in die gliöse Narbe hinein.

— Die Wirkung des Gonosan in der **Gonorrhöetherapie** sieht TOFF („Repert. d. prakt. Med.", 1905, Nr. 6) in dem Einflusse der Harzsäuren, die sich im Urin lösen. Ein solcher Harn reagiert scharf sauer und tötet Gonokokkenkulturen in 5 Minuten ab. Im Brutschrank aufbewahrt, zeigt Urin von Patienten, die Gonosan genommen haben, noch nach 3 Tagen keine Zersetzungserscheinungen, während gewöhnlicher Kontrollharn schon nach 24 Stunden in Fäulnis übergeht. Man geht wohl nicht fehl, wenn man annimmt, daß die Harzsäuren gewissermaßen von spezifischer Wirkung auf die Gonokokken sind. Das geht schon daraus hervor, daß die sogenannten Harndesinfizientien, wie Urotropin, Hetralin, Arrhovin u. a., auf den Tripperprozeß nicht von geringster Wirkung sind, dagegen andere Bakterien und Kokken in ihrer Entwicklung zu hemmen vermögen.

— Die chirurgische **Behandlung der rezidivierenden skapulohumeralen Luxationen** bespricht BARDESCU („Rev. d. chir.", 1905, Nr. 2). Diese Verrenkungen bedingen Schwäche des Gliedes, indem oft unbedeutende Ursachen, geringfügige Muskelkontraktionen den Gelenkkontakt aufheben. In den meisten Fällen handelt es sich um eine übermäßige Dehnung der Kapsel, um eine teilweise Ablösung derselben oder um eine Ruptur, wodurch die Fixierungsmittel des Gelenkes eine bedeutende Schwächung erfahren. Eine rationelle Operation muß also direkt auf die Kapsel einwirken, während Arthrodese und Gelenkresektion nur mittelmäßige Resultate geben können. Die übliche Operationsmethode ist die Kapsulorrhaphie, darin bestehend, daß durch einen Schnitt zwischen Deltoideus und Pektoralis einerseits, Klavikularrand bis zum Akromion andrerseits ein Lappen gebildet wird, welcher den Deltoideus enthält und nach außen gezogen wird. Das Gelenk wird freigelegt, durch mehrere durchgezogene Fäden die Kapsel gefaltet und verkürzt. Die Operationsmethode ist von RICARD angegeben. BARDESCU hat ein sehr gutes funktionelles Resultat erzielt. Zur Verstärkung der Kapsel wird in zweckmäßiger Weise ein benachbarter Muskel, am besten der Coraco-brachialis, herangezogen. Nach Beendigung der Operation und Naht der Tegumente wird der Arm durch 4—5 Wochen immobilisiert.

— In der **Behandlung der epidemischen Genickstarre** nennt LENHARTZ („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 84) die Lumbalpunktion ein souveränes Mittel, das seiner Meinung nach viel häufiger angewendet werden sollte, als dies bisher geschieht. Betreffs der Lumbalpunktionen empfiehlt er in einer Einzelsitzung nur zwischen 25—40 *cm*³ Flüssigkeit zu entnehmen unter stetiger Kontrolle der Druckmessung. Sinkt der Druck unter 100 *mm* Wasser, so ist stets aufzuhören, es sei denn, daß der Anfangsdruck nur etwa 200 *mm* betragen hat, der Abfluß aber lebhaft gewesen ist. Verf. hat in einem Falle 15mal punktiert, bei den übrigen Fällen wurden bei 7 Kranken zwischen 124—162 *cm*³ und bei 2 anderen 214—220 *cm*³ bei 5—9 Punktionen genommen.

— Das als Ersatz des Urotropins empfohlene **Helmitol** (anhydromethylenzitronensaures Urotropin) sowie das damit identische **Neu-Urotropin** unterzieht NICOLAIER einer eingehenden kritischen Besprechung („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 81). Die wässerigen Lösungen des Helmitol und Neu-Urotropin spalten beim Destillieren 34mal soviel Formaldehyd ab als wässerige Urotropinlösung. Es geht aber aus dem Helmitol nicht mehr Formaldehyd in den Harn in freier Form über als aus dem Urotropin, was durch vergleichende Untersuchung über den Eintritt der ammoniakalischen Harngärung bewiesen wird. Die bakteriologische Prüfung ergibt daher, daß das methylenzitronensaure Urotropin dem Urotropin nicht überlegen ist. Das gleiche gilt von der klinischen Prüfung. Beide Mittel wirken in gleicher Weise bei bakteriellen Erkrankungen der Harnwege, der harnsauren Diathese sowie der Phosphaturie. Diese dem Urotropin identische Wirkung kommt dem methylenzitronensauren Urotropin nur wegen seines Gehaltes an Urotropin zu; die Methylenzitronensäure ist in keiner Weise an der Wirkung beteiligt.

— Über die **Behandlung der diffusen eitrigen Bauchfellentzündung** berichtet DAHLGREEN u. a. folgendes („Nord. Tids. for Terap.", 1905, H. 6, 7 u. 8). Er macht zunächst einen Probeschnitt über den Teil des Bauches, wo die Peritonitis zweifelhaft ist, z. B. bei Appendizitis-Peritonitis mit unsicherer Verbreitung in der mittleren Linie oder über der linken Fossa iliaca. Wird hier Eiter gefunden, so benutzt er diese Öffnung, dieselbe eventuell vergrößernd, nachdem er Appendix und Exsudat durch einen rechten Flankenschnitt entfernt hat. Bei positivem Resultat kommt die erste Inzision für das Reinmachen des Bauches zur Anwendung, bei negativem Resultat soll sie dem Patienten keinen Schaden verursachen; in beiden Fällen erhält der Chirurg eine wertvolle Aufklärung, ehe er den eigentlichen Herd angreift. Die Quelle der Peritonitis muß womöglich gefunden und entfernt werden. Ist der Patient zu weit heruntergekommen, so muß absperrende Tamponade angewandt werden. Große Schnitte, Eventration der Dünndarmschlingen und Spülungen sind zu empfehlen. Verf. pflegt bei Darmparalyse oder in schwereren Fällen von Darmparese eine Zökalfistel anzulegen und seine Melkmethode anzuwenden, d. h. er sucht durch Streichen der eventrierten Därme den putriden Inhalt derselben durch die Zökalöffnung zu entleeren. Zum Streichen werden Gummihandschuhe angewandt. Bei gespanntem Magen, der die Reposition der Därme verhindert, punktiert DAHLGREEN, bei isolierter Spannung des Dickdarms legt er eine Zökalfistel an. Während oder nach der Operation wird eine Salzwasserinfusion appliziert. Wenn Darmparalyse nach der Operation besteht, soll man große und wiederholte Dosen von Atropin versuchen (5mal 1 *mg* Atropin subkutan). Die Drainage muß vorsichtig gemacht werden.

— Seine **Experimente mit thyrotoxischem Serum** publiziert SLATINEANU („Rev. stiint. med.", 1905, Nr. 5). Er fand Folgendes: Das thyrotoxische Serum übt eine spezifische Wirkung auf die Epithelzellen der betreffenden Drüse aus; diese Wirkung variiert je nach der Menge des eingespritzten Serums. Kleine Dosen haben eine stimulierende Wirkung auf die Epithelzellen und bewirken vermehrte Absonderung der kolloidalen Substanz. Nach großen Dosen beobachtet man fast vollständigen Schwund der Kolloidalsubstanz in Verbindung mit einer enormen Hypertrophie der Epithelzellen. Mit massiven Dosen bewirkt man eine plötzliche Zerstörung des Epithels, akute Degeneration des Protoplasma und der Zellkerne. Unter dem Einflusse dieser diastatischen Wirkung verlieren die letzteren die Anziehung für basische Substanzen und werden eosinophil. Alle epithelialen Läsionen kommen ohne aktives Eingreifen der mesodermatischen Elemente zustande.

Literarische Anzeigen.

Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Komplikationen. Nach dem neuesten wissenschaftlichen Standpunkte und zahlreichen eigenen Studien und Untersuchungen dargestellt von **Prof. Dr. Ernest Finger.** Sechste, wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. 1905, Franz Deuticke.

Ein Buch wie das vorliegende, das nunmehr in sechster Auflage erscheint, kann der „Empfehlung" füglich entraten. Gehört es doch längst zum eisernen Bestande jeder ärztlichen Bibliothek, und daß sich in der Diagnostik und Therapie der Gonorrhöe manches zum Bessern gewendet, ist zum Teile sicherlich ein Verdienst dieses Werkes. Die Neuauflage enthält zahlreiche Ergänzungen, die durch die fortschreitende Vertiefung unserer anatomischen und therapeutischen Kenntnisse als notwendig sich ergaben. So wird das uns wohlvertraute Buch auch im neuen Gewande die alten Freunde finden und neue erwerben. GROSZ.

Handbuch der Physiologie der Menschen in vier Bänden. Herausgegeben von **W. Nagel** in Berlin. I. Band: Physiologie der Atmung, des Kreislaufs und des Stoffwechsels. Erste Hälfte. Braunschweig 1905, Friedrich Vieweg & Sohn.

In dem vorliegenden Teile des Werkes hat H. BORUTTAU „Die Atembewegungen und ihre Innervation", CHRISTIAN BOHR „Blutgase und respiratorischer Gaswechsel", F. B. HOFMANN die „Allgemeine Physiologie des Herzens" sowie „Die Innervation des Herzens und der Blutgefäße" bearbeitet. Es ist ein Meisterwerk, das hier entstand. In trefflicher Weise hat es jeder Autor verstanden, die Literatur seines Gegenstandes zusammenzufassen und eine durchwegs auf modernen Standpunkten stehende Abhandlung auszuarbeiten. Der Löwenanteil an Arbeit ist auf F. B. HOFMANN gefallen, den jugendlichen, bedeutenden Forscher, der, ein würdiger Nachfolger TIGERSTEDTS, eine geradezu bewunderungswürdige Leistung vollbrachte, indem er ein kaum übersehbares Gebiet der Kreislaufsliteratur übersichtlich gruppiert, kritisch gesichtet und künstlerisch dargestellt hat. Dadurch, daß er in den Haupttext nur spärliche Quellenangaben aufnahm und die Mehrzahl der Autorennamen in den Fußnoten unterbrachte, konnte er seinen spröden Stoff durchsichtiger, das Studium der schwierigen Materie wahrhaft genußvoll gestalten. Der gebildete Arzt wird sich in diesem bedeutsamen Werke jedenfalls besser als in den zumeist unzureichenden, weil einseitigen Lehrbüchern über den derzeitigen Stand der Physiologie informieren; er sollte es wohl nicht verabsäumen, sich von so erfahrenen Forschern und Lehrern auf diesem Wege geleiten zu lassen. BR.

Hat das Menschenleben einen Zweck? Naturwissenschaftliche Betrachtung von **Dr. med. N. Lev.** Berlin, Loewenthal.

„Schwere und tiefe Leiden lasten auf einem übergroßen Teil der Menschheit und verlangsamen den sittlichen Fortschritt der Individuen; Leiden, an deren Vorhandensein Menschen die Schuld tragen, nicht Naturzwang." Das ist der Grundton des Buches. Sein Problem, die Frage nach einem Zwecke des Menschenlebens, erhält für die wissenschaftliche Betrachtung die Formel: „Welches naturgesetzliche Resultat kann oder muß als notwendige Folge derjenigen Erscheinungen erschlossen werden, deren Summe wir das geistige Leben eines Menschen nennen?" Und die Antwort lautet: „Das Menschenleben besitzt, wie die Natur uns lehrt, einen vernünftigen Zweck für das Individuum, den zu erstreben es naturgesetzlich gezwungen wird. Das Gesetz vom Individualfortschritt, auf den Menschen angewendet, ist der Ausdruck für die im Wesen der Seele ruhende Naturnotwendigkeit, ihr Wissen zu vermehren und zu vertiefen und ihre angebornen und erworbenen Neigungen nach der bestimmten Richtung wirken zu lassen, daß die bewußten Handlungen des Menschen immer die von ihm beabsichtigte Tendenz besitzen, die intellektuelle und moralische Entwicklung anderer, und damit die eigene, nach besten Kräften zu fördern." „Eltern und Erzieher sollten der Jugend frühzeitig die ursächliche Begründung der Moralgesetze durch historischen und naturwissenschaftlichen Unterricht einprägen, mit gutem Beispiel vorangehend. Wenn dies nur wenige Generationen hindurch allgemein und mit dem gleichen Eifer geschähe, mit dem heute der konfessionelle und nationale Haß in fast allen Staaten, welche in schönen Worten die christliche Liebe predigen, den Kindern in Haus und Schule und im öffentlichen Leben eingeimpft wird, dann stiege die Morgenröte des allgemeinen Völkerfriedens und Menschenglückes herauf." Heilige Ungeduld! Es wäre vorläufig genügend, wenn alle Erwägungen des Verfassers so überzeugend wären, wie seine Gefühle sympathisch sind. y.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Korr. der „Wiener Med. Presse".)

III.

— August 1905.

Ein liebenswürdiger alter Herr, der gelehrte Leiter des hauptstädtischen statistischen Amtes, Herr Dr. JOSEF KÖRÖSY, veröffentlichte jetzt eine umfangreiche Studie über den Tod. Sie umfaßt in Rubriken gereihte Tote, Ziffern ohne Kommentar. Wer aber die Zahlenreihen der Statistik zu lesen versteht, findet eine Menge von interessanten Tatsachen. Dieses Buch ist ein Mahnruf für jeden Lebenden, und die düsteren Zahlenreihen scheinen uns in allen Tonarten das Memento mori zu wiederholen. In erster Reihe sagen uns die vielen Zahlen, daß in Budapest jährlich 15.000 Menschen zu Grabe getragen und 22.000 Kinder geboren werden. Mit Recht wirft man die Frage auf, was die Ursache dieser verhältnismäßig großen Sterblichkeit ist. Verschwindend klein ist die Zahl derer, die an Altersschwäche sterben. Das größte Kontingent stellen die, die an Nerven-, Magen- und Lungenleiden laborieren. Auch die nicht eines natürlichen Todes sterben, bilden einen nicht unbedeutenden Prozentsatz der Verstorbenen. Die meisten Menschen sterben im März und April. Die schwächste Ernte hat der Sensenmann im September und Oktober. Auch in diesen düstern Herbsttagen fordert er 26—32 Opfer pro Tag. Das traurige Buch KÖRÖSYS gibt uns auch darüber Aufklärung, ob der Sensenmann größere Vorliebe für Reiche als für Arme hat. Die traurigen Zahlenreihen, die oft einem die Haare zu Berge treiben, sagen manchmal Erfreuliches. Diesmal verkünden sie auch, daß Budapest heute eine der gesündesten Städte des Kontinents ist. Heute entfallen auf 10.000 Einwohner nur 18·7 Sterbefälle. Vor 30 Jahren belief sich die Sterblichkeit auf 43·5. Dieser Rückgang der Sterblichkeit ist das erfreulichste Moment, das uns das Buch des gelehrten Statistikers bietet, und die schönste Anerkennung, die einer Verwaltung gezollt werden kann. Dieser Sieg ist der Lohn für den dreißigjährigen Krieg gegen den Tod. Er darf durchaus nicht unterschätzt werden. Wahre Helden haben an diesem Kriege teilgenommen, und wenn sie auch den Tod nicht ganz — das ist ja unmöglich — überwunden haben, schwächten sie doch seine Kraft. Um diesen Sieg genau bewerten zu können, müssen wir wissen, daß Budapest vor 30 Jahren ein Seuchenherd, eine Brutstätte aller Infektionskrankheiten war. Einige beherzte Männer, die an der Spitze der hauptstädtischen Verwaltung gestanden, nahmen den Kampf gegen den Tod auf. Sie führten den modernsten und idealsten Krieg, der je geführt worden ist. Seine Waffen sind die Errungenschaften der Technik; er führt nicht zu Metzeleien, sondern zur Verlängerung des Lebens. Der Schlachtruf war kaum verklungen und schon waren die wichtigsten Punkte gegen den Angriff gesichert. Es wurde ein großes Kanalnetz und Wasserwerke angelegt; der Boden wurde durch gute Pflasterung gegen Verunreinigung geschützt; es wurden moderne Spitäler errichtet, die wir in den Spalten dieser Zeitschrift schon oft rühmend hervorgehoben haben; es wurde der ärztliche Dienst in modernem Sinne organisiert; die Lebensmittel wurden einer strengen Kontrolle unterzogen; Markthallen, Desinfektionsanstalten und Schlachtbrücken wurden errichtet usw. Mit diesen und ähnlichen Waffen wurde eine Schlacht nach der andern gewonnen. Selbstredend mußte man für diesen Krieg viel Geld opfern und gute

Heerführer an die Spitze der streitenden Mächte hinstellen. Zum Glücke war beides da, und das Sanitätswesen besserte sich von Tag zu Tag. Aber der Krieg ist noch nicht zu Ende. Er hält noch immer an und die Sieger verfolgen noch den flüchtenden Feind, den Tod. In der zwölften Stunde kam der Hauptstadt auch der Staat zu Hilfe. Er konnte wegen der politischen Wirren noch nicht tätig eingreifen, aber der Kriegsplan ist fertig. Er will ein aus Staatsmitteln zu erhaltendes allgemeines Krankenhaus errichten, das den Bedürfnissen der Hauptstadt voll und ganz Rechnung tragen wird. Ein Pavillon für Lungenkranke, eine Abteilung für kranke Kinder und eine Klinik für Geisteskranke wird außer den Hauptabteilungen die schwere Aufgabe der Stadt erleichtern.

Über die Tätigkeit der staatlichen Kinderasyle ist der erste Jahresbericht erschienen, dem wir folgende bemerkenswerte Daten entnehmen: Im Jahre 1903 waren von 466 Gemeinden 16.600 Kinder der staatlichen Fürsorge überantwortet. Im Laufe des Jahres wurden 14.721 Kinder aufgenommen und 7976 entlassen. 6·7% wurden von den Waisenstühlen an die Asyle gewiesen. Die meisten Kinder kamen infolge der Intervention der administrativen Behörden zur Aufnahme, 35% waren eheliche und 65% uneheliche Kinder. Die Kinder wurden nur dann bei den Müttern gelassen, wenn es ihr Lebensinteresse so erforderte. 89% waren bei fremden Frauen in Pflege. 1513 Kinder mußten den Müttern weggenommen werden, weil sie sich als Rabenmütter erwiesen haben; die Sterblichkeit in den Asylen war viel günstiger als die Kindersterblichkeit des Landes. Die Versorgung eines Kindes kostete jährlich durchschnittlich 92 Kronen.

Die Ärzteschaft Ungarns und die Hauptstadt rüstet sich, das Andenken ihres großen Kompatrioten SEMMELWEISS durch Errichtung eines Denkmals zu ehren. Der Kultus- und Unterrichtsminister stellte dem Denkmalkomitee die noch fehlende Summe von 3000 Kronen zur Verfügung. BLUMGRUND.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus französischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Académie de médecine.

CHARRIN und PLAY: Intrauterine Rachitis.

CHARRIN und PLAY sind der Ansicht, daß die Achondroplasie nichts anderes als eine intrauterine Rachitis sei. Bei einem Achtmonatkind suchen sie diese Behauptung durch radio- und photographische Aufnahmen, durch mikroskopische und chemische Untersuchungen zu beweisen. Das Kind wog 1600 *g* und hatte 2 Tage gelebt. Die fötale Rachitis trat besonders am Kopf und Brustkorb hervor. Die Gliedmaßen zeigten keine charakteristischen Veränderungen mit Ausnahme einer leichten Krümmung des unteren Endes von Radius und Ulna des linken Vorderarmes.

DOPTER: Chlorarme Diät bei Skarlatina.

DOPTER berichtet, daß er bei einer Scharlachepidemie im fieberfreien Stadium salzarme Kost den kranken Kindern mit bestem Erfolg verabreichen ließ. Denn während die Epidemie vielfach Fälle von Albuminurie und sekundärer Nephritis aufwies, blieben seine Fälle von diesen Komplikationen verschont.

Dufour hält bei Scharlachkranken ohne Albuminurie die gewöhnliche Fleischkost für unschädlich. Bei Albuminurie aber ist die salzarme Fleischkost vorzuziehen.

Widal bezeichnet es als Irrtum, daß die Milchdiät vor Komplikationen des Scharlachs schütze. Die Albumine der Milch seien nicht gänzlich unschädlich. Schwarzes Fleisch sei deshalb dem weißen vorzuziehen, weil letzteres leichter verderbe.

JANET: Erinnerungsstörungen bei einer Hysterika.

JANET beobachtete ein 23jähriges Mädchen, das im Anschluß an eine heftige Erregung Anfälle bekam, in deren Verlauf sie sich mit der größten Präzision an die Krankheit und die letzten Momente ihrer verstorbenen Mutter erinnerte. Im anfallsfreien Intervall hingegen hatte das Mädchen jegliche Erinnerung an diese Ereignisse, welche 3—4 Monate den Anfällen vorausgegangen waren, verloren. Die Besonderheit des interessanten Falles, die JANET hervorheben möchte, besteht in dem Zusammentreffen einer Hypermnesie und Amnesie in bezug auf dieselbe Gedankenreihe.

BORDAS: Die Gegenwart des Arsens in einigen Nahrungsmittel

BORDAS hat Versuche gemacht, durch welche ihm die Fes stellung gelang, daß verschiedene Nahrungsmittel Arsen enthalte Verschiedene Endivienarten enthalten mehr als $1^1/_2$ *mg* Arsen a 100 *g*, gewisse Glyzerine fast 1 *mg* usw. BORDAS glaubt in einer große Reihe anderer Nahrungsmittel dieses Metalloid nachweisen zu könne

M. CASTEN: Untersuchungen über die Taubstummheit.

CASTEN verfügt über 800 Beobachtungen. Die kongenitale Taubstummheit ist nach denselben viel häufiger als die erworbene. 68% der Gesamtheit fallen auf erstere. In 10% der Fälle sind dabei ätiologisch Verwandtschaftsehen im Spiele, außerdem kommen Tuberkulose, Rachitis, Bleivergiftung, Alkoholismus und Lues der Vorfahren in Betracht. Bei den erworbenen Fällen spielen Infektionen der Gehirnhäute und die verschiedenen Infektionskrankheiten (Typhus, Scharlach etc.) eine Rolle. In einem Falle war die Taubstummheit die Folge einer Osteomyelitis.

Die Nekroskopien zeigen, daß die Erkrankungen des Labyrinths, des Gehirns und der Medulla oblongata ätiologisch mehr in Betracht kommen, als Mittelohraffektionen.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE: Über Ursache und Prophylaxe der Appendizitis.

Vortr. hat eine ausgedehnte Untersuchung über die Pathogenese der Blinddarmentzündung angestellt. Seine Forschungen erstreckten sich nicht nur über Frankreich, sondern auch über Rumänien, Neu-Kaledonien, Belgien, Tonking usw. Er kommt zu dem Schlusse, daß die Appendizitis eine neue Erkrankung sei, die zum Teil auf die Influenza, zum Teil auf starken Fleischgenuß zurückgeführt werden kann. Unter 22.000 Kranken vom Lande, die sich vorwiegend von Pflanzenkost nähren, findet man eine Appendizitis. Bei den Fleischkost liebenden Städten sei das Verhältnis 221 : 1. Hier trete die Erkrankung auch schwerer auf. Die einzig richtige Therapie sei die Operation. Die Prophylaxe liege in halbvegetarischer Kost und regelmäßiger Stuhlentleerung.

Société de chirurgie.

TEMOIN: Die Aufbewahrung des Chloroforms mit Zusatz von Schwefel.

TEMOIN setzte dem Kilo Chloroform 4 *g* Schwefel zu, wodurch es ihm gelang, jeglicher Zersetzung Einhalt zu tun und das Chloroform in unveränderter Qualität zu erhalten. Der Schwefelzusatz vermag durch Monate hindurch jede Veränderung hintanzuhalten. Dieses Verfahren ist zuerst von ALLAIN angegeben und erprobt worden. Die Erfolge bei der Narkose waren stets ausgezeichnet.

BAZY: Epitheliom der Vagina nach Hysterectomia totalis.

BAZY macht im Anschluß an die Mitteilung eines Falles von karzinomatöser Degeneration des uterinen Stumpfes nach Hysterectomia totalis Mitteilung von folgendem Fall: Eine Frau, bei welcher 1898 wegen großer Myome eine Hysterectomia totalis durchgeführt worden war, stellte sich vor kurzem dem Operateur wieder vor; da fand BAZY ein Epitheliom in der Vagina. Man sieht also, daß die Radikaloperation die Kranke nicht sicher vor malignen Degenerationen zu schützen vermag.

BEURNIER hat einen ganz analogen Fall beobachtet, bei welchem das Epitheliom seinen Ursprung in der Narbe hatte.

RICARD fand bei einer Patientin, die zu ihm wegen eines Fibroms geschickt worden war, ein beginnendes Zervixkarzinom, das unbemerkt geblieben sein mußte. Es kann also schon vor jeglicher Hysterektomie eine Koexistenz maligner und benigner Tumoren bestehen.

TUFFIER berichtet über einen Fall, der mit dem RICARDS völlig analog ist.

LAGRANGE: Die Behandlung der starken Myopie mit Extraktion der Linse.

LAGRANGE teilt die Dauerresultate von 20 Linsenextraktionen, die er bei hochgradig kurzsichtigen Individuen ausgeführt, mit; sie beziehen sich auf einen Zeitraum von 2—18 Jahren. Infolge dieses Eingriffes wurde nie eine Verschlechterung des Befundes im Augenhintergrund bemerkt. Niemals trat Netzhautablösung auf. Dagegen erhöhte sich die Sehschärfe bei den Operierten auf das Doppelte bis Dreifache. Diese Zunahme erklärt sich hauptsächlich durch die optisch verschiedenen Bedingungen, in denen sich ein Auge befindet, welches von einer hochgradigen Myopie zur Emmetropie oder Hypermetropie übergeht. Trotz dieser günstigen Resultate, die Vortr. erzielte, ist er der Ansicht, daß die Linsenextraktion in den Fällen, wo die Myopie unter 17 Dioptrien





ist, besser unterbleibt. Wird diese Grenze erreicht oder überschritten, dann tritt die Operation in ihr Recht und sie vermag wesentliche Dienste zu leisten.

DOYEN: Serumtherapie des Krebses.

DOYEN macht einige Ergänzungen zu seinem am Chirurgenkongreß gehaltenen Vortrag. Er weist darauf hin, daß CALMETTE in Lille schon im Jahre 1902 den Mikrococcus neoformans, den er als Abart des Staphylokokkus auffaßte, genauer studiert und beschrieben habe. METSCHNIKOFF habe dieselben Eigenschaften dieses Mikrokokkus festgestellt wie Vortr. selbst, nur wolle er die Frage der pathologischen Wirkung erst nach längerer Beobachtungszeit definitiv entscheiden. Auch BORRET und BURNET haben ebenso wie METSCHNIKOFF in 121 Nährböden, deren Material von 9 Brustdrüsenkarzinomen und einem Karzinom des Ovariums stammte, 41mal reine und 5mal unreine Kulturen des Mikrococcus neoformans konstatiert. DOYEN stellt zugleich fünf serotherapeutisch behandelte Patienten vor, die an Karzinomen leiden und sich auf dem Wege der Besserung befinden.

SOUPAULT: Appendizitis und Diarrhöe.

SOUPAULT hat zusammen mit MÉNARD sechs hierher gehörige Fälle beobachtet. Bekanntlich ist die Obstipation so regelmäßig bei der Appendizitis zu finden, daß viele Kliniker bei der Gegenwart von Diarrhöe niemals die Diagnose einer Blinddarmentzündung stellen. In den Fällen von SOUPAULT und MÉNARD war mehr oder weniger starke Diarrhöe zu Beginn der Erkrankung zu verzeichnen. Erst später kam es zur Obstipation. Die mit Diarrhöe einsetzenden Fälle sind nach der Meinung des Vortr. prognostisch ungünstiger als die gewöhnlichen, von Anfang an mit Verstopfung einhergehenden. 5 von den 6 beobachteten Fällen waren ausgesprochen schwer. 3 verliefen letal, bei dem 4. kam es trotz Gangrän und allgemeiner Peritonitis noch zur Heilung, beim 5. Fall entstand ein beträchtlicher Beckenabszeß. Nur der 6. Fall war leicht. Bei derartigen Fällen ist jedenfalls frühzeitige chirurgische Intervention wünschenswert.

Siredey betont auf Grund seiner Erfahrung ebenfalls die Häufigkeit schwerer Komplikationen bei den mit Diarrhöe beginnenden Appendizitisfällen.

Le Gendre erwähnt die Schwere jener Fälle, wo die Diarrhöe fötiden Charakter annimmt. Besonders häufig sind derartige Fälle bei Kindern.

Comby erwähnt einen Fall, wo der Pat. — ein Knabe — an diarrhoischer Appendizitis mit sekundärer Gangrän des Wurmfortsatzes erkrankte.

Notizen.

Wien, 9. September 1905.

(Cholera.) Ein Dezennium fast ist abgelaufen, seit zum letzten Male allarmierende Nachrichten über das Auftreten der Cholera an der russisch-österreichischen Grenze und im Nordosten unseres Vaterlandes erfolgten. In der Zeit vom 16.—24. August d. J. sind in Westpreußen drei russische Flößer erkrankt und wurde in zwei Fällen Cholera bakteriologisch festgestellt. Am 30. August wurde amtlich gemeldet, daß acht auf Flößen russischer Provenienz beschäftigt gewesene Individuen im Weichselgebiete suspekt erkrankt, drei gestorben sind und daß in 7 Fällen Cholera bakteriologisch nachgewiesen worden ist. Bis 5. September belief sich die Zahl der Erkrankungen auf 77 mit 24 Todesfällen. In der Zeit vom 22. August bis 5. September erkrankten in Galizien, und zwar in den Gemeinden Padew und Grodzisko sieben Personen an Cholera; hiervon sind 3 gestorben, 3 genesen und 1 Fall verblieb in Behandlung. Die erste Erkrankung betraf einen am 15. August aus Westpreußen abgereisten, am 19. August über Nadbrzezie in seine Heimat zurückgekehrten Flößer. — Wie das „Österr. San.-W.“ in einer Separatbeilage mitteilt, wurden seitens der politischen Bezirks- und Landesbehörden sowie durch das Ministerium des Innern unverweilt die entsprechenden Maßregeln gegen das Umsichgreifen der Seuche ergriffen und speziell angeordnet, daß längs der von der Weichsel gebildeten Reichsgrenze unter Berücksichtigung der lokalen Verhältnisse und der Verkehrsbedürfnisse Anladungs- bzw. Schiffsrevisionsstationen errichtet, alle mit Flußfahrzeugen nach Galizien kommenden Personen und Waren der sanitären Revision unterzogen, in diesen Stationen für Krankenunterkünfte und Desinfektionsvorkehrungen Vorsorge getroffen, der Gesundheitszustand aus dem benachbarten Auslande, insbesondere aus dem Flußgebiete der Weichsel zureisender Personen, der Auswanderer usw. sorgfältigst überwacht, im Falle des Auftretens verdächtiger Krankheitssymptome sofort die Anzeige erstattet, die vorgeschriebenen Vorkehrungen getroffen und die Cholerabereitschaft in gleichem Umfange, wie dieselbe anläßlich der letzten Choleraepidemie in den Jahren 1892—1896 bestanden hat, wieder aktiviert werde. Es wurde auf die Notwendigkeit, rechtzeitig eine genügende Zahl von Epidemieärzten, Wartepersonen sicherzustellen, auf Beschaffung von Desinfektionsmitteln und -Einrichtungen, Instandsetzung und Bereithaltung von Isolierspitälern für Kranke hinzuwirken und die genaueste Feststellung der Natur verdächtiger Erkrankungen zu veranlassen, endlich auf die Verpflichtung, den Gesundheitszustand im benachbarten Auslande im Auge zu behalten, aufmerksam gemacht. Ferner wurde die Mithilfe des Eisenbahnministeriums bezüglich Absonderung und Überwachung von Reisenden aus seuchenverdächtigen Gegenden in Anspruch genommen und die Choleraprophylaxe seitens der nicht unmittelbar bedrohten Verwaltungsgebiete Österreichs gesichert.

(Als Koexaminatoren bei den medizinischen Rigorosen) werden im Studienjahre 1905/06 fungieren: An der Universität in Wien beim II. medizinischen Rigorosum die Proff. THEODOR ESCHERICH und HEINRICH OBERSTEINER, als deren Stellvertreter die Proff. ALOIS MONTI und WAGNER V. JAUREGG, beim III. medizinischen Rigorosum die Proff. GUSTAV RIEHL und Hofrat ADAM POLITZER, als deren Stellvertreter die Proff. ERNST FINGER und VIKTOR URBANTSCHITSCH; an der deutschen Universität in Prag beim II. Rigorosum die Professoren ARNOLD PICK und FERDINAND HUEPPE, beim III. Rigorosum die Proff. Hofrat PHILIPP JOSEF PICK und EMANUEL ZAUFAL; an der böhmischen Universität in Prag beim II. Rigorosum die Proff. GUSTAV KATSHEL und KARL KUFFNER, beim III. Rigorosum die Proff. VIKTOR JANOVSKY und EMILIAN KAUFFMANN; an der Universität in Graz beim II. Rigorosum der Prof. MEINHARD PFAUNDLER, beim III. Rigorosum die Proff. WILHELM PRAUSNITZ, JOHANN HABERMANN und KARL KREIBICH; an der Universität in Innsbruck beim II. Rigorosum die Proff. KARL MAYER und JOHANN LOOS, beim III. Rigorosum die Proff. GEORG JUFFINGER, ALOIS LODE und LUDWIG MERK; an der Universität in Krakau beim II. Rigorosum die Proff. ODO BUJWID, VALERIAN JAWORSKI, STANISLAUS PACENSKI und JOHANN PILTZ sowie der Sanitätskonsulent der Staatsbahnen Dr. JOSEF ZOLE, beim III. Rigorosum die Proff. LADISLAUS REISS, PRZEMYSLAW PIENIAZEK und ALEXANDER ROSNER sowie der Privatdozent MAXIMILIAN RULKOWSKI; an der Universität in Lemberg beim II. Rigorosum die Proff. JOHANN RACZYNSKI und HEINRICH V. HALBAN sowie der Privatdozent JOSEF WICZKOWSKI, beim III. Rigorosum die Proff. WLADIMIR LUKASIEWICZ, GREGOR ZIEMBICKI und HILARIUS SCHRAMM sowie der Privatdozent LADISLAUS BYLICKI.

(Gemeinde-Sanitätsdienst in Niederösterreich.) Am Ende des Jahres 1898 hat, wie wir dem „Österr. Sanitätswesen“ entnehmen, die Zahl der subventionierten Sanitätsgemeinden 255 betragen; davon waren besetzt mit Ärzten 135, mit Wundärzten 97, unbesetzt 28. Die Summe der Landessubvention belief sich auf 182.500 K. Ende Juni 1904 betrug die Zahl der subventionierten Sanitätsgemeinden 271, wovon 186 mit Ärzten und 71 mit Wundärzten besetzt, 16 unbesetzt waren. Die Summe der Landessubvention betrug in diesem Zeitpunkte 198.320 K, die der Gemeindebeiträge 136.094 K, die Gesamtausgabe 334.414 K. Die Zahl der subventionierten Sanitätsgemeinden (-Gruppen) steigt allmählich, die präliminierte Landessubvention von 200.000 K wurde aber in keinem der angeführten Jahre vollständig in Anspruch genommen. Die Nachweisungen der Landesausschußberichte lassen entnehmen, daß der Wechsel unter den Gemeindeärzten zusehends geringer wird, die Posten in neuerer Zeit länger besetzt bleiben und daß eine gewisse Stabilität des gemeindeärztlichen Personals erwartet werden darf. Im Jahre 1902 bewilligte der Landtag zur Versorgung von Witwen nach Gemeindeärzten einen Kredit von 5000 K und erhöhte denselben in der Folge auf 10.000 K, mit der Bestimmung, daß Witwen sowohl von subventionierten wie von nichtsubventionierten Gemeindeärzten Unterstützungen gewährt werden. Es erhielten 19 Witwen dauernde Unterstützungen im Gesamtbetrage von 9600 K, 10 Witwen einmalige Unterstützungen von zusammen 2100 K, außerdem wurde in einem Falle für die Waisen eines Gemeindearztes ein Erziehungsbeitrag von 200 K bewilligt.

(Ärzte und Zahntechniker.) In einer ihrer letzten Sitzungen hat nunmehr auch die Ärztekammer im Herzogtume Salzburg zu dem von der Regierung dem Reichsrate vorgelegten Gesetzentwurfe, betreffend die Ausübung der Zahnersatzkunde und den Betrieb der Zahntechnik, Stellung genommen und die Einbringung einer Protesteingabe als gegenstandslos betrachtet, da nicht zu erwarten sei, daß sich die Regierung zur Zurückziehung ihrer Vorlage bestimmen lasse und über das weitere Schicksal des Gesetzentwurfes nur mehr das Parlament zu entscheiden haben werde. Dagegen wurde beschlossen, bei der geschäftsführenden Kammer zu beantragen, daß durch dieselbe eine gemeinsame Petition an das Abgeordnetenhaus um Einberufung einer parlamentarischen Enquete unter Beiziehung von Vertretern der Ärztekammern gerichtet werde. Desgleichen wurde der Ansicht Ausdruck gegeben, daß von seiten der Kammern auf die betreffenden Abgeordneten Einfluß genommen werde. Bezüglich der den Delegierten zu erteilenden Direktiven wurde die Einholung der Meinungsäußerungen der Kammern sowie die Besprechung dieses Gegenstandes auf dem bevorstehenden Ärztekammertage als wünschenswert in Vorschlag gebracht.

(Medizinstudium in Italien.) Wir haben in der vorigen Nummer unseres Blattes ein kurzes Referat über einen Artikel CARRARAs in der „Deutschen med. Wochenschr." erstattet, der von den Universitätsverhältnissen Italiens gehandelt hat. Der nämliche Autor berichtet nun über das Medizinstudium in Italien unter anderm folgendes: Die Studienzeit beträgt 6 Jahre; das Studienjahr beginnt höchst feierlich in Gegenwart der Gemeindebehörden mit einer Festrede und der Verteilung von Preisen. Geradezu übermäßig ist die Anzahl von Ferialtagen, die bisweilen sogar von den Studenten in terroristischer Weise erzwungen werden. Alle Feste, wie Weihnachten, Ostern, Karneval, Fastenzeit, werden mit 15—20 und mehr Ferialtagen begangen. Die praktischen Übungen der ersten Semester beziehen sich auf Chemie experimentelle Physik und Botanik. Anatomie, Physiologie und pathologische Anatomie werden etwas stiefmütterlich behandelt. An den chirurgischen Kliniken läßt man die Praktikanten einige der häufigsten und praktisch wichtigsten Operationen ausführen. Auch in den anderen Kliniken ist zur Betätigung reichlich Gelegenheit gegeben. Die forensische Medizin ist ein Stiefkind des Unterrichts. Am Schlusse eines jeden Studienjahres findet ein Spezialexamen über den Lehrstoff des jeweiligen Unterrichtsjahres statt. Die vorsitzende Kommission entscheidet in geheimer Abstimmung, ob der Kandidat bestanden hat. Am Ende der ersten zweijährigen Periode erhält der Student ein Zeugnis über Physik, Botanik, Chemie, Zoologie, Anatomie und Physiologie, nach der zweiten zweijährigen Periode über pathologische Anatomie, allgemeine Pathologie, medizinische und chirurgische Pathologie und Pharmokologie, nach der dritten zweijährigen Periode über Hygiene, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Geburtshilfe, medizinische und chirurgische Klinik, psychiatrische und gerichtliche Medizin. Dazu kommen als Nebenfächer die anderen Disziplinen. Am Schlusse des Studiums kommt das Esame di Laurea, entsprechend dem deutschen Staatsexamen, hauptsächlich bestehend in der schriftlichen und mündlichen Verteidigung von selbstgewählten Thesen. Im Falle des Bestehens proklamiert der Präsident den Kandidaten als „Doktor der Medizin und Chirurgie".

(Internationaler Tuberkulosekongreß in Paris 1905.) Die französischen Bahnen gewähren den Kongreßteilnehmern für die Fahrt von der Grenze bis Paris und zurück eine Ermäßigung von 50%, wenn die Rückfahrt über dieselbe Route erfolgt und die Reise zwischen dem 30. September und 10. Oktober ausgeführt wird. Die Teilnahme ist möglichst bald unter Einzahlung des Mitgliedsbeitrages von 25 Francs anzumelden. Alle näheren Auskünfte erteilt das vorbereitende Komitee, Wien, IX., Alserstraße Nr. 4, Klinik SCHRÖTTER.

(Statistik.) Vom 27. August bis inkl. 2. September 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6605 Personen behandelt. Hiervon wurden 1434 entlassen, 142 sind gestorben (9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 67, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 19, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 10, Scharlach 36, Masern 30, Keuchhusten 112, Rotlauf 20, Wochenbettfieber 2, Röteln 1, Mumps —, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 698 Personen gestorben (+ 49 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Olmütz der Direktor der dortigen Landeskrankenanstalt Dr. EMILIAN MICK; in Dobrzan Dr. JOSEF THURNWALD, im 39. Lebensjahre; in Ungar.-Hradisch der Bezirksarzt Dr. ALBERT PALLANS; in Čista der Distriktsarzt Dr. ADALBERT LEIPERT; in Basel der Professor der Chemie an der dortigen Universität Dr. KAHLBAUM.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Em. Left, Mikroskopische Untersuchung des Wassers etc. Mit 180 Figuren in 86 Abbildungen im Texte und 220 Figuren auf 10 lithographierten Tafeln. Wien 1905, Josef Šafář. — K 11·50.

H. Goldman, Bewahre dein Kind vor Erkrankung. Halle a. d. S. 1904, C. Marhold. — M. 2·—.

E. Lexer, Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 2. Bd. Stuttgart 1905, F. Enke.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der chemischen Fabrik **F. Hoffmann-La Roche & Cie** in **Basel** über **„Digalen"** und einen Prospekt der **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Pegnin"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 17. September 1905. Nr. 38.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849. Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Neue Forderungen unserer Geburts- und Wochenbettshygiene.

Von **Dr. Emil Ekstein**, Teplitz.

Der Gedanke von der Pflicht der Universitäten, sich an der Ausbreitung der Volksbildung zu beteiligen, hat ganz bedeutende soziale Gesichtspunkte gezeitigt, deren praktische Verwertung und Realisierung bereits bestimmte Formen angenommen hat.

Die Fortbildung des Allgemeinwissens sowohl als auch die Berufsfortbildung sind heute bereits ausgesprochene Aufgaben geworden, ja der Zug der Zeit, das allgemeine Bildungsbedürfnis der Völker im letzten Jahrhundert fordern geradezu eine demokratische Ausbreitung der Wissenschaft zur Hebung des allgemeinen Bildungsniveaus derselben.

Daß gerade und ganz besonders die rasche Entwicklung der Naturwissenschaften mit ihren positiven Erfolgen und deren praktische Verwertung auf allen Gebieten der Industrie es war, die diese ganze Richtung zeitigte, möge hier rühmend Erwähnung finden.

Die praktische Verwertung der Errungenschaften unserer Wissenschaften auf allen Gebieten bildet die Brücke, welche die Hochburg des Gesamtwissens, die Universität, ihrer etwas mittelalterlichen Unnahbarkeit beraubte und dieselbe zu einem hehren Tempel umgestaltete, in welchem Licht und freier Geist herrscht und den zu betreten heute jedermann frei steht.

England und Amerika mit ihrem demokratischen Regierungssystem bahnten diese wissenschaftlich freiheitlichen Bestrebungen mit großem Erfolge an, und insbesonders Österreich und Deutschland förderten diese Bewegung durch die „University Extension".

Die Erkenntnis brach sich immer mehr Bahn, daß die Errungenschaften unseres wissenschaftlichen Strebens einen vollständigen Erfolg füglich entbehren müßten, wenn das ganze Volk der Wohltat dieser wissenschaftlichen Errungenschaften nicht ungeschmälert teilhaftig werden kann.

„Knowledge is power" bewahrheitete sich hier auf das deutlichste und der ewige Circulus zwischen Allgemeinbildung und Berufsbildung — die eine erheischt eben strikte die andere — gewann eherne Formen.

Dieser Umschwung, der sich im allgemeinen auf wissenschaftlichem Gebiete vollzogen hat und auch kontinuierlich sich noch vollzieht, hatte zur Folge, daß alle Fakultäten bzw. Hochschulen der Wissenschaft und Kunst mit den breiten Schichten des Volkes mehr minder in Fühlung traten.

Die wohltätige Wirkung dieses „Infühlungtreten" hat sich in verschiedentlicher Weise geltend gemacht, und so manche Frage, die das Allgemeinwohl des Volkes tangierte, konnte in einer verhältnismäßig leichten Weise bereits ihrer Realisierung zugeführt werden.

Wenn auch noch so mancher Kontrast auf sozialem Gebiete es verhinderte, Realisierungen allgemein wichtiger Fragen in ideal wissenschaftlichem Sinne durchzuführen, so muß vor allem das Bestreben rühmend anerkannt werden, daß wenigstens ein Verständnis für viele dieser notwendigen Realisierungen in die breiten Massen gebracht wurde.

Gehen auch infolge der oft schlechten sozialen Lage der körperliche Hunger mit dem Bildungshunger leider nur zu häufig noch Arm in Arm einher, so hat letzterer doch ersteren oft und oft schon dadurch zum Schweigen gebracht, daß Mittel und Wege durch die aufklärende Wissenschaft

gezeigt und gezeitigt wurden, die soziale Lage der breiten Massen in gewisser Beziehung zu heben. Es ist diese Tatsache vom Standpunkte der Humanität schon mit einer gewissen Befriedigung zu konstatieren, und es bleibt nur zu wünschen, daß auf diesem eingeschlagenen Wege stramm weiter gearbeitet wird.

Die Wirkung des „Infühlungtretens“ der Wissenschaft mit den breiten Schichten der Bevölkerung hat sich, auf die medizinische Wissenschaft angewandt, in erster Linie bei der Bekämpfung der Volkskrankheiten in elementarer Weise Geltung verschafft, und Forderungen der Wissenschaft erfahren ihre dringendste Realisierung durch regste Anteilnahme der Bevölkerung und des Staates. Die Steigerung der Intelligenz der Bevölkerung hat bei derselben das Machtgefühl gezeitigt, und die Folge davon war die Selbsthilfe. Die großen Erfolge, die wir bei der Bekämpfung der Variola, des Typhus, der Diphtherie u. a. m. heute zu verzeichnen haben, finden ihre Begründung im wesentlichen in der intelligenten Mitarbeit der Bevölkerung, und gegenwärtig ist es die Tuberkulosenbekämpfung, deren Erfolg lediglich durch die wissenschaftliche Aufklärung und durch das eben im Volke gesteigerte Bedürfnis nach dieser Aufklärung, verbunden mit einem regen Interesse für die ganze Sache, von vorherein als ein positiver bezeichnet werden muß.

Die wissenschaftliche Aufklärung des Volkes bei Bekämpfung seiner Massenerkrankungen muß heute als das wesentlichste Förderungsmittel dieser Bekämpfung angesehen werden, und es braucht wohl nicht erst betont zu werden, daß die diesbezügliche Vorbereitung der breiten Volksschichten in logisch harmonischer Weise betrieben werden muß.

Was nun das Puerperalfieber, auch eine der vielen Volkskrankheiten, und dessen Bekämpfung anbelangt, so sind wohl kaum 25 Jahre verflossen, daß die verschiedenen Puerperalfieberstatistiken zur Genüge dokumentierten, daß unsere Geburts- und Wochenbettshygiene, deren einziger Zweck und alleiniges Ziel die Bekämpfung des Puerperalfiebers bildet, noch nicht jenen Höhepunkt erreicht hat, den zu erreichen wohl der klinischen, bei weitem aber nicht der außerklinischen Geburtshilfe gelungen ist.

Die wissenschaftliche Tätigkeit auf diesem Gebiete beschäftigte sich zur Genüge mit allen einschlägigen Reformen und ist auch mit dieser Reformarbeit noch lange nicht fertig.

Wer sich mit dem Studium dieses Gebietes konsequent befaßt hat, der muß an der Hand der praktischen Erfahrung zur Überzeugung gelangen, daß entsprechend der relativ kurzen Zeit, in welcher man überhaupt eine Geburts- und Wochenbettshygiene kennt, wohl Reformvorschläge der verschiedensten Art und in ganz erschöpfender Weise gemacht wurden, aber nur verhältnismäßig wenige dieser Vorschläge zur Realisierung gelangten. Im Verlaufe der Zeit haben die Beobachtung und Erfahrung auch noch ergeben, daß viele dieser Reformvorschläge als nicht mehr zeit- und sachgemäß überhaupt einer Realisierung unwert bezeichnet werden müssen.

Es ist hier nicht der Ort, eine Razzia unter diesen Reformvorschlägen vorzunehmen, und ich will nur als Beispiel erwähnen, daß ein großer Teil der bislang angestrebten Hebammenreform heute nach den bisher gemachten Erfahrungen als nicht rationell, also als unpraktisch sich erwiesen hat, und überhaupt alle Verbesserungen an dem in seiner gegenwärtigen Verfassung bestehenden Hebammenstand eine Sisyphusarbeit bedeuten, also ein vergebliches Bemühen sind und bleiben werden. Die praktische Erfahrung weist heute strikte darauf hin, den jetzigen Hebammenstand und dessen Ausbildungsverfahren auf den Aussterbeetat zu setzen und einem neuen modernen Hebammenstand auf Basis einer höheren Bildung die Bahnen zu eröffnen. In einer Monographie, die demnächst in der Graefeschen Sammlung erscheinen wird, habe ich mich über diese Behauptung in verbreiterter Weise ausgesprochen.

Um die Bekämpfung des Puerperalfiebers in erforderlicher Weise populär zu machen, muß die neue Richtung der University Extension auf dem von ihr noch wenig bebauten Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene mit ihrer Tätigkeit eben einsetzen, die dahin hinausläuft, die breiten Schichten der weiblichen Bevölkerung selbst, also in allererster Linie die zunächst Beteiligten, für dieses Gebiet zu interessieren.

Die modernen Organisationsbestrebungen der gesamten Frauenwelt deuten ja selbst darauf hin und kommen dieser Aktion wesentlich zustatten.

Fragen wir uns, was in dieser Beziehung überhaupt schon geschehen ist, so müssen wir zu unserem wohl gerechten Erstaunen zugestehen, daß in bezug auf direkte Aufklärung der breiten Volksschichten in betreff der Bekämpfung des Puerperalfiebers eigentlich noch recht wenig geschehen ist. Wohl wirkte Brennecke-Magdeburg bereits zu Anfang der achtziger Jahre segensreich auf diesem Gebiete, indem er ein freies Wort an die Frauenwelt richtete und sie zur Mithilfe bei der Bekämpfung des Puerperalfiebers aufrief; Klein-Wien tat dasselbe und nach Brennecke in Deutschland noch viele andere. Die Entstehung und Begründung der zahlreichen Wöchnerinnenheime in Deutschland und des einzigen „Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheimes“ in Wien resp. in Österreich waren die segensreichen Folgen dieses Bestrebens. Mehr ist in dieser Beziehung aber nicht geschehen, außer daß noch hie und da in Zeitschriften und Monographien einige volkstümlich gehaltene Artikel über Geburts- und Wochenbettshygiene erschienen.

Wenn auch unsere Antisepsis den breiten Schichten der Bevölkerung zur Kenntnis gelangte und zum geflügelten Worte wurde, so geschah dies doch immer nur in Form von Schlagworten, worunter Karbol, Sublimat, Lysol etc. die Hauptrolle spielen. Der wahre Geist unserer Antisepsis sowie unserer ganzen, heute wissenschaftlich wohlfundierten Geburts- und Wochenbettshygiene blieb den breiten Massen zum weitaus größten Teile unbekannt, und unsere geburtshilflichen Statistiker sprechen für die Folgen dieser Tatsache eine deutliche Sprache.

Wohl predigte man den Hebammen über alle Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene, schrieb sich für dieselben die Finger wund, schuf auf dem Lande eigene Hebammenvereine, wo denselben Vorträge von Professoren und Ärzten gehalten werden, um ihr Wissen zu festigen und zu erweitern u. a. m.! Nach 13jähriger eigener Tätigkeit auf diesem Gebiete muß ich leider bekennen, daß man tauben Ohren predigte! Es war eigentlich von vornherein schon einzusehen, daß da alle Mühe umsonst sein muß, da den Hebammen eben das grundlegende Verständnis fehlt, das Gehörte oder Gelesene auch praktisch zu verwerten

Man verlangt von den Hebammen, ihre Klientel über Geburts- und Wochenbettshygiene aufzuklären und vergaß, daß dies zu tun den Hebammen infolge ihres tiefliegenden Bildungsniveaus ja überhaupt gar nicht möglich sein kann; man vergaß, daß das von den Hebammen zu bebauende Feld in gar keiner Weise für einen derartigen wissenschaftlichen Zweck vorbereitet ist, mit einem Wort, daß der Frauenwelt selbst die allernötigsten Grundbegriffe für ein Verständnis der ganzen Frage fehlen.

Unter diesen Umständen kann und darf es uns gar nicht wundern, wenn unsere Geburts- und Wochenbettshygiene noch sehr viel zu wünschen übrig läßt und im Gegensatze zu unseren wissenschaftlichen geburtshilflichen Hochburgen, den Kliniken und Gebäranstalten, in der geburtshilflichen Praxis die Wochenstube das Schlachtfeld der Frauen nach wie vor geblieben ist, wo das Puerperalfieber täglich seine Opfer in ungeschmälerter Weise fordert. Auf diesem Gebiete sind unter den obwaltenden Verhältnissen unser so vollendetes geburtshilfliches Wissen trotzdem Stückwerk und unsere Fortschritte Unzulänglichkeiten geblieben.

Weibes sind, trotzdem aber doch einer ganz bestimmten Fürsorge bedürfen, alle Schädigungen und Noxen fern zu halten, die den Körper als solchen treffen können, ferner aber, und dies in erster Linie, den Würgengel Kindbettfieber aus dem Feld zu schlagen. Die Organisation der Frauenwelt, von der hier vornehmlich die Rede sein soll, wird sich in gleicher Weise durchführen lassen, wie dies bei der Organisation zur Bekämpfung der Tuberkulose geschah und die immer noch im Wachsen begriffen ist. Der Werdegang gerade dieser Organisation muß die Möglichkeit der Erreichung unseres Zieles zur Gewißheit machen und uns bestärken, dieselbe Kampfweise zur Bekämpfung des Puerperalfiebers anzuwenden.

Zu diesem Zwecke ist es unerläßlich, daß die gesamten Vorstände unserer geburtshilflichen Kliniken und Hebammenlehranstalten in erster Reihe sich an die Spitze dieser Bewegung stellen und in allen Kronländern der Monarchie geradezu gleichzeitig diese Bewegung einleiten. Jedes Kronland besitzt in dem Vorstand seiner geburtshilflichen Klinik resp. Hebammenlehranstalt den Leiter und in den betreffenden Anstalten die Zentrale seiner Organisation. Die Ausbreitung dieser Organisation wird sich nach Städten und Bezirken richten und schließlich in Distrikte weiter verzweigen.

Die gesamte staatlich und städtisch angestellte Ärzteschaft, Spezialärzte und praktische Ärzte werden mit Bestimmtheit die Propagierung dieser Organisation fördern und ausgestalten, deren Fäden immer wieder zur Zentrale und deren Leitung zurücklaufen. So nur kann und soll zwischen der klinischen Geburtshilfe mit der außerklinischen ein geistiger Rapport hergestellt werden, der bislang leider gänzlich vermißt wird, der aber für diese Organisation unumgänglich erforderlich ist und für die weitere Erforschung des Puerperalfiebers von höchstem Werte sein muß.

Was in diesem organisierten, sich über die ganze Monarchie erstreckenden Vereine zur Bekämpfung des Kindbettfiebers zu leisten wäre, bedarf wohl keiner eingehenderen Erörterung.

Um das nötige Verständnis für die Popularisierung unserer Geburts- und Wochenbettshygiene in der Frauenwelt zu erzielen, müssen unsere Frauen in einheitlicher Weise die Grundbegriffe aus der Anatomie, Physiologie, Embryologie und Hygiene kennen lernen, wobei der Anschauungsunterricht (Skioptikon) sozusagen in erster Linie Berücksichtigung finden muß. Des weiteren muß zwecks logischer Aufeinanderfolge die geschichtliche Darstellung unserer Geburtshilfe behandelt werden, worauf erst die Ätiologie, Symptomatologie und Prophylaxis des Puerperalfiebers zur Besprechung zu gelangen hat. Die betreffenden Vorträge haben im Rahmen eines Kurses abgehalten zu werden, der je nach Bedürfnis alljährlich zu gelegenen Zeitpunkten abgehalten wird.

Nebst dem Zwecke der methodischen Aufklärung über das ganze Wesen des Puerperalfiebers soll in diesen Kursen die werktätige Milde unserer Frauen geweckt und der Anschluß derselben an den Verein erreicht werden. Auf diese Weise wird es gelingen, eine langgehegte Forderung der Reform der Geburts- und Wochenbettshygiene zu realisieren, id est, die Gründung von Wöchnerinnenheimen für die einzelnen Bezirke zu erreichen.

Soll durch das „Infühlungtreten" der Wissenschaft mit der Frauenwelt das gesprochene Wort die Propaganda der Tat erwecken, so wird es doch unerläßlich bleiben, diesen gesamten Bestrebungen auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene zusammenfassend Ausdruck zu verleihen, und dazu erscheint einzig und allein die Gründung einer „Österreichischen Monatsschrift für Geburts- und Wochenbettshygiene" als Organ des „Vereines zur Bekämpfung des Kindbettfiebers" geeignet.

Wenn auch in letzter Zeit gerade der „Polygraphie" auf medizinischem Gebiete Einhalt zu gebieten von berufener Seite eindringlich die Mahnung erging, so betrifft dieselbe in keiner Weise speziell unsere österreichischen Verhältnisse.

Wir besitzen in Österreich für Geburtshilfe und Gynäkologie überhaupt keine Spezialzeitschrift; die maßgebenden Arbeiten österreichischer Autoren müssen in Deutschland zur Publikation gelangen. Dieses Verhältnis ist absolut ungerechtfertigt und erheischt wohl dringend Abhilfe.

Die wissenschaftlichen Arbeiten der Vorstände unserer acht geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken und fünfzehn Hebammenlehranstalten wären allein schon geschaffen, das Programm einer Monatsschrift auszufüllen. Hierzu kommen noch die Arbeiten unserer Leiter öffentlicher und privater Frauenspitäler und Polikliniken, ferner die der großen Zahl von Dozenten und Spezialärzten.

Aus diesem Grunde erscheint es in jeder Beziehung wünschenswert, daß die Vorstände der Kliniken und Hebammenlehranstalten sich zur Herausgabe dieser „Österreichischen Monatsschrift für Geburts- und Wochenbettshygiene" entschließen.

Diese Monatsschrift soll weiters den Erfahrungen, Wünschen und Bedürfnissen aller österreichischen Lehrer der Geburtshilfe in bezug auf Geburts- und Wochenbettshygiene sowie Pflege der Neugebornen Ausdruck verleihen und gleichzeitig auch den Geburtshilfe treibenden Praktikern eine Zufluchtsstätte ihrer diesbezüglichen Wünsche und Erfahrungen bieten; kurzum, diese Monatsschrift soll ein neuer Sammelpunkt für die geburtshilfliche Forschung und ihrer Hilfswissenschaften in Österreich sein, wissenschaftlichen und praktischen Bedürfnissen Rechnung tragen und unsere österreichischen Bestrebungen in zusammenfassender Weise mit denen anderer Staaten in engste Fühlung bringen und erhalten. Das Programm für diese Monatsschrift ist damit vollständig gegeben.

Durch die Begründung dieser Monatsschrift wird es auch leicht möglich sein, eine Massenpublikation speziell die Bekämpfung des Kindbettfiebers betreffender, allgemein verständlich gehaltener Flugblätter oder Flugschriften zur Belehrung der Frauenwelt zu schaffen, wodurch den diesbezüglichen Bestrebungen wirksam Nachdruck und Nachhaltigkeit verliehen werden wird.

Wird es möglich sein, diese zwei Forderungen unserer Geburts- und Wochenbettshygiene zu realisieren?

Es wird möglich sein, wenn getreu dem Wahlspruche „Viribus unitis" alle maßgebenden Faktoren zusammenwirken, und ein Werk wird geschaffen werden, das zu Nutz und Frommen unserer Gebärenden, Wöchnerinnen sowie Neugebornen zu schaffen der bislang unerfüllte Wunsch wohl aller Geburtshelfer geblieben ist.

Ich möchte zum Schluß resümierend die beiden neuen Forderungen für die Sanierung unserer Geburts- und Wochenbettshygiene in folgendem kurz zusammenfassen:

1. Die gesamte Frauenwelt ist für die Bekämpfung des Puerperalfiebers zu interessieren und dementsprechend mit den wissenschaftlichen Prinzipien dieser Frage vertraut zu machen.

2. Die hierzu nötige Organisation hat durch die Gründung von „Landesvereinen zur Bekämpfung des Puerperalfiebers" zu geschehen und hat dies unter der Ägide der Vorstände der geburtshilflichen Kliniken und Hebammenlehranstalten zu erfolgen.

Als Organ dieser Landesvereine hat eine zu gründende „Österreichische Monatsschrift für Geburts- und Wochenbettshygiene" zu dienen, deren weitere Aufgabe es ist, die Propagierung volkstümlich gehaltener Belehrungen etc. über die Bekämpfung des Puerperalfiebers zu pflegen und die endliche Neuorganisation unserer gesamten Geburts- und Wochenbettshygiene ins Werk zu setzen.

Salbe in die Erscheinung (Temperatur abends 38·2); schließlich sank die Temperatur nach der dritten Einreibung unter die Norm (36·0—36·4) und die Patientin zeigte den Beginn der Rekonvaleszenz. Die Herztätigkeit wurde normal. Die früheren geringfügigen Veränderungen des Harns verschwanden, desgleichen die Kopfschmerzen usw. Die Haut an den unteren Extremitäten und an der Brust blieb noch infolge der Einreibungen schmutzig-grau. Am 14. Oktober wurde ein Wannenbad aus hygienischen Rücksichten, hauptsächlich zur Abwaschung der Salbenreste verordnet. Bald nach diesem Wannenbad stellten sich wieder Fieber (38·5), Kopfschmerzen etc. ein. In den folgenden zwei Tagen erreichte die Krankheit ihren höchsten Grad (Temperatur 40·1), mit einem Worte, die Patientin begann an derselben Krankheit zu laborieren wie zuvor.

Es muß dabei hervorgehoben werden, daß die am 6. Oktober ausgeführte bakteriologische Untersuchung uns erst recht an eine pyämische Infektion hat denken lassen, da man in den Kulturen immerhin zwei Staphylokokkenkolonien gefunden hat und schwer anzunehmen war, daß diese Mikroben aus der Luft stammten. Durfte man also annehmen, daß diese Mikroben aus dem Blute stammen, so mußte man schließen, daß wir es in diesem Falle mit einer Komplikation der typhösen Influenza mit pyämischem Prozeß oder sogar mit einer nur kryptogenen Septikopyämie zu tun hatten. Die glänzende Wirkung des Unguentum colloid. Credé, welche als spezifisches Mittel gerade gegen pyämische und septikopyämische Prozesse gilt, wäre dann vollkommen erklärlich. Die Wiederholung der Erkrankung könnte man sich dadurch erklären, daß die Behandlung noch keine genügend intensive und keine genügend andauernde gewesen ist und daß die Mikroben der Pyämie bzw. der Influenza noch nicht sämtlich abgetötet waren, so daß sie wieder im Körper zu wuchern begonnen und ein Rezidiv entweder der Pyämie oder der Influenza allein bzw. der einen und der anderen zugleich, d. h. eine gemischte Erkrankung verursacht haben.

Von diesen Erwägungen ausgehend, habe ich, als sich die Krankheit wieder eingestellt hatte, auf deren Höhepunkt am 16. Oktober eine sorgfältige zunächst mikroskopische, dann bakteriologische Untersuchung des Blutes vorgenommen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein negatives Resultat, während man das Resultat der bakteriologischen Untersuchung abwarten mußte. Nichtsdestoweniger habe ich in Anbetracht der früheren mit dem Ung. colloid. Credé erzielten Erfolge noch an demselben Tage abends die Einreibung von 4·0 dieser Salbe verordnet und dann diese Einreibung innerhalb der folgenden 8 Tage täglich wiederholen lassen, um sozusagen den Körper der Kranken mit Silber zu sättigen und einem neuen Rezidiv der Krankheit vorzubeugen. Das Resultat dieser Behandlung ist aus der folgenden Darstellung der Krankengeschichte zu ersehen.

17. Oktober. Kein Schüttelfrost, Übelkeit, heftiges Erbrechen. Die Kopfschmerzen waren diesmal nicht so heftig. Wieder Herpes labialis. Behandlung: Fortsetzung der Einreibungen an diesem und an den folgenden Tagen.

18. Oktober. Übelkeit, Speichelfluß, Ziehen in der Magengrube. In der Nacht hat die Patientin nicht geschlafen. Schüttelfrost, Kopfschmerzen nicht vorhanden. Behandlung gegen die Schlaflosigkeit gerichtet: Trional 0·7, Natr. brom. 0·3, Heroin 0·01.

19. Oktober. In der Nacht hat die Patientin etwas geschlafen, nachdem sie eine Oblate Trional zu sich genommen hatte. Lanzinierende Schmerzen in den verschiedenen Teilen der linken Kopfhälfte. Morgens einmal Erbrechen. Sonst alles in statu quo ante. WIDALsche Reaktion negativ, keine Malariaparasiten. Im Blute ergab die mikroskopische Untersuchung keine Parasiten.

20. Oktober. Die Patientin klagt nur über Übelkeit und Speichelfluß. Sonst fühlt sie sich wohl.

21. Oktober. Speichelfluß und Übelkeit. Sonst fühlt sich die Patientin vortrefflich. In den Fäzes keine Eier von Parasiten.

22. Oktober. Leichter Schmerz im Darm, leichte Diarrhöe. Salivation nach wie vor. Schwerhörigkeit im rechten Ohre. Behandlung: T. opii simpl., zweimal täglich 5 Tropfen.

23. Oktober. Idem. Im Mittelohr ergibt die von einem Spezialarzt vorgenommene Untersuchung eine geringe Quantität chronischen Exsudats, sowie das Fehlen irgendwelcher akuter Erscheinungen. Die Laryngoscopia posterior konnte nicht ausgeführt werden, selbst nicht nach Kokainisierung des Rachens, da die Patientin jedesmal bei der Einführung des Instrumentes erbrach. Infolge derselben Ursache konnte das Ostium tubae Eustachii nicht besichtigt und Schleim zur Herstellung von Präparaten behufs Untersuchung auf Influenza- oder andere Mikroben nicht gewonnen werden.

25. Oktober. 10 Einreibungen von Ung. Credé. Salivation nach wie vor, Übelkeit geringer.

26. Oktober. Die Einreibungen werden abgebrochen. Behandlung: T. Nuc. vomic. 5·0, Ext. H. Condur. 20·0, 20 Tropfen zweimal täglich. Brom. Natr. 6·0, Aq. destill. 120·0, Aq. foenicul. 60·0, Aq. amygd. amar. 3·0. MDS. Täglich 3 Löffel.

27. Oktober. Leichte Diarrhöe mit Schmerzen und Erbrechen. In 24 Stunden vier Stühle. Behandlung: Bism. salic. 0·3; Opii pur. pulv. 0·015, täglich 2—3 Oblaten.

28. Oktober. Körpergewicht 69·8 *kg*. Durchfall geringer.

29. Oktober. Status quo ante. Keine Diarrhöe. Salivation geringer. Behandlung: Bromnatrium-Mixtur.

30. Oktober. Wannenbad von 29°. Die Patientin äußert keine Beschwerden.

1. November. Die Patientin wird entlassen. Sie fühlt sich wohl. Salivation besteht fort. Schlaf, Appetit vorzüglich. Das Gehör bessert sich. Zweite Untersuchung von seiten eines Spezialarztes für Ohrenkrankheiten, bei der eine gewisse Besserung von seiten des Mittelohres im Vergleich zu dem Ergebnis der früheren Untersuchung festgestellt wird.

Das Reagenzgläschen mit Fleisch-Pepton-Agar-Agar, am 16. Oktober mit dem Blute der Patientin beschickt, hat, nachdem es bei einer Temperatur des menschlichen Körpers in den Brutschrank gebracht wurde, nach einigen Tagen deutlich das Vorhandensein von drei Kolonien erkennen lassen. Zwei waren ziemlich charakteristisch, bestanden aus Kokken; sie mußten nach ihrem weiteren Wachstum als Staphylokokken gedeutet werden, ähnlich denjenigen, die wir am 6. Oktober erhalten haben. Was die dritte Kolonie betrifft, so war sie von ganz besonderer Art und vollständig denjenigen Influenzabakterienkolonien ähnlich, die in den Arbeiten von Prof. PFEIFFER und in der Dissertation von Dr. M. NASTJOKOW beschrieben werden. Das mikroskopische, aus dieser Kolonie angefertigte Präparat ergab das Vorhandensein von außerordentlich kleinen Stäbchen, die den Influenzabakterien vollständig ähnlich waren und bisweilen fast in Reinkultur im Sputum in gewissen frischen akuten Fällen von respiratorischer Influenza oder bei Bronchopneumonie grippösen Ursprungs angetroffen werden.

Auf Grund dieser Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung mußte man annehmen, daß unsere Patientin an zwei Infektionen gelitten hat: an einer Influenzainfektion und an einer komplikatorischen Staphylokokkeninfektion. Daß es sich hier tatsächlich um Influenza gehandelt hat, ist, von den vorstehenden Ausführungen abgesehen, daraus zu ersehen, daß sowohl zu Beginn der Erkrankung bei der Aufnahme der Patientin in das Krankenhaus wie auch während des Rezidivs bei der Patientin Herpes labialis aufgetreten ist, der dann in üblicher Weise verlief. Für die Influenza ist dieses Symptom mehr oder minder charakteristisch, während es für kryptogenetische Septikopyämie fast gar nicht charakteristisch ist.

Das Resultat der zweiten Behandlung mit der CREDÉschen Salbe war ein ebenso rasches und ebenso charakteristisches wie dasjenige der ersten. Die Temperatur ist am zweiten Tage zwar noch wenig gesunken (von 40·1 auf 38·9 morgens und 39·3 auf 36·6 abends), aber am dritten Tage war der Effekt schon ein ganz auffallender: die Temperatur stieg nicht über 38·0—38·1. Vom fünften Behandlungstage hatte die Patientin schon einen normalen Temperaturverlauf und fühlte sich ziemlich wohl. Das am 29. Oktober genommene Wannenbad hat ein Rezidiv nicht mehr verursacht und die

wollen, so müssen wir auf Grund der bereits vorhandenen Angaben in der Literatur annehmen, daß diese Salbe auf die Staphylokokkeninfektion spezifisch und höchstwahrscheinlich auch auf die Influenzainfektion in derselben Weise eingewirkt habe. Gerade in der letzten Zeit sind Mitteilungen erschienen, die bekunden, daß die Silberpräparate augenscheinlich auch auf die grippösen Erkrankungen günstig einwirken. So berichtet beispielsweise RÜMMEL, daß er durch 3·0 Unguentum Credé rasche Heilung in Fällen von gewöhnlichen Influenzaerkrankungen auch dort erzielt habe, wo die Salipyrinbehandlung (bis 12 *g* während der Krankheit) ein bestimmtes Resultat im Sinne einer günstigen Beeinflussung der Krankheit nicht ergeben hat. Es ist klar, daß diese Frage eine weitere, detailliertere Erforschung erheischt.

Literatur: 1. D. ROMANOWSKI, Beitrag zur Frage der Parasitologie und der Therapie der Malaria. Dissertation 1891. „Wratsch", 1890, Nr. 52 und 1891, Nr. 18. — 2. Die Krankengeschichte wurde von meiner Assistentin, dem weiblichen Arzte M. A. RASKINA geführt. — 3. S. W. POSSADSKI, „Deutsche med. Wochenschr.", 1886, Nr. 37 und 38, sowie „Klinitscheskaja Gazetta Botkina", 1885. Antipyrin bei kruppöser Pneumonie. — 4. M. I. ARUSTAMOW, Beitrag zur Frage der Entstehung und der klinischen Bakteriologie der kruppösen Lungenentzündung. Dissertation 1889. — 5. Die Krankengeschichte wurde von B. E. ORHANT geführt, die bakteriologische Untersuchung von meiner Assistentin, dem weiblichen Arzte M. A. RASKINA vorgenommen. — 6. Daß solche Formen tatsächlich existieren, habe ich in meinen Vorlesungen über klinische Mikroskopie und Bakteriologie, gehalten im Klinischen Institut, dargetan. „Sowremennaja Medicina und Hygiena", 1896, S.-A., pag. 54—55. — 7. Ausführliche Angaben über diese Behandlungsmethode sowie über die verschiedenen Präparate des löslichen Silbers sind im Aufsatz von Dr. B. CREDÉ im „Therapewtitscheski Westnik", 1898, Nr. 8, pag. 321, sowie in einer Reihe von Referaten von 1899 bis 1903 zu finden. — 8. EBS-PFEIFFER, „Deutsche med. Wochenschr.", 1892, Nr. 20

kulose anderer Organe in Betracht zu ziehen. Der meist eintretende palliative Erfolg übertrifft natürlich den der Punktion erheblich.

BR.

DELCOURT (Brüssel): **Das Drüsenfieber und die Drüsenform der Influenza.**

Beim Drüsenfieber des Kindes besteht eine Anschwellung der Halsdrüsen, von heftigem, aber nur eintägigem Fieber begleitet. Nach Verlauf von einigen Tagen schwindet die schmerzhafte Empfindung der Drüsen. In einigen Fällen persistierten diese verschiedenen Symptome; Milz und Leber schwollen an; der Leib wurde schmerzhaft. Die Affektion war immer gutartig, ihre Natur unbekannt. Es ist unzweifelhaft eine Krankheit des Mundes und Pharynx, die in der Regel an den ersten Drüsen, denen sie begegnet, Halt macht, sie jedoch manchmal überspringt („Policlinique", 1905, Nr. 7). In einigen Fällen fand DELCOURT außerdem eine charakteristische Steifigkeit des Halses mit Schmerz bei Bewegung der anderen Seite als Folge der Drüsenschwellung. Bei einem Pat. traten urämische Erscheinungen auf. Alle diese Fälle sind im Verlaufe der gegenwärtigen Influenzaepidemie beobachtet worden, in infizierten Häusern und unter Bedingungen, die einen grippalen Ursprung wahrscheinlich machten. Es handelt sich also um gastrointestinale Formen der Influenza mit Anschwellung der Halsdrüsen. Man kann somit sagen, daß beim Kinde eine Influenzaform vorkommt, in deren Gefolge gastrointestinale Symptome und eine Anschwellung der hinter dem Sternokleidomastoideus gelegenen Zervikaldrüsen auftreten. Diese Drüsenanschwellung, der Verlauf der Krankheit, die möglicherweise



auftretenden Komplikationen sind vollständig dem vergleichbar, was man bei der unter dem Namen des Drüsenfiebers (Fièvre ganglionnaire) beschriebenen Affektion beobachtet. Die Infektion der Drüsen geht in der Regel vom Rachen aus; wenn sie stattgefunden hat, findet man am Halse nur noch eine leichte Röte. Lokale Behandlung ist zu dieser Zeit nicht mehr notwendig, da die Affektion von selbst heilt. L.

SCHILLING (Nürnberg): **Schwere spondylitische Paraplegie, spontan geheilt unter Anwendung der RAUCHFUSSschen Schwebe.**

Nach jahrelanger Krankheitsdauer ist Rückbildung möglich. Ataxie ist bei extramedullärem Sitz selten. Bei totalem Verlust aller übrigen Empfindungsqualitäten waren im Falle von SCHILLING die Leitungsbahnen für die Wärme- und für die Kältenerven ungestört (Festschrift für G. MERKEL — „Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 84). Die Haut- und Sehnenreflexe sowie die tonische Spannung der Muskulatur der unteren Körperhälfte waren während der ganzen Dauer der langen Krankheit stets erhöht. Miktion und Defäkation, Erektion und Ejakulation waren ungehindert trotz der schweren Paraplegie und Anästhesie. Die Behandlung der Lähmungen infolge von tuberkulöser Spondylitis der mittleren und unteren Brustwirbel sowie der Lendenwirbel geschieht sehr zweckmäßig, besonders in der Privatpraxis, mittelst der RAUCHFUSSschen Schwebe. Diese einfache Vorrichtung gestattet die ausgiebigste Entlastung und Lordosierung der kranken Wirbelsäule und ermöglicht zur Hintanhaltung des Dekubitus eine Moderierung und Dosierung des Druckes des Kreuzes gegen die Unterlage, je nachdem man die Schwebe mehr oder weniger hochzieht. Verf. empfiehlt das graue lufthaltige Pessarium bei prononciertem Gibbus sowohl zur Verhütung des Druckbrandes als auch zur perigibbären Reduktion behufs Verstärkung der Wirkung der RAUCHFUSSschen Schwebe. Infolge des durch die konsequente Anwendung des RAUCHFUSSschen Apparats verminderten Drucks auf das Kreuz kam es in vorliegendem Fall ausnahmsweise nicht zu Dekubitus am Kreuz. Bei vorhandenem Druckbrand ist das protrahierte, eventuell kontinuierliche Wasserbad neben der RAUCHFUSSschen Schwebe das beste Heilmittel. Zur Ruhigstellung der erkrankten Wirbelsäule im Bad ist die Lagerung des Patienten auf Gurten à la RAUCHFUSSsche Schwebe zweckdienlicher als die Lagerung auf einem ausgespannten Leintuch, durch welche der Fixierung der spondylitischen Wirbelsäule nicht genügend Rechnung getragen wird. BR.

W. W. KOTSCHEWITZKI (Moskau): **Über Metreuryse.**

In der geburtshilflichen Klinik an der Moskauer Universität wird die Metreuryse, d. h. die Einführung von Gummiballons in die Scheide behufs Erweiterung des Muttermundes, angelegt: 1. zur Einleitung von künstlicher Frühgeburt, 2. bei Eklampsie der Schwangeren, 3. bei Placenta praevia, schließlich 4. bei frühzeitigem Abgang des Fruchtwassers, wenn der Muttermund wenig geöffnet ist. Die Metreuryse wird in der bezeichneten Klinik ausschließlich mit Hilfe des etwas modifizierten BRAUNschen Kolpeurynters aus dünnem Gummi vorgenommen, der birnförmig ist, sich sehr gut in einer Sodalösung auskochen läßt und in die innere Öffnung des Muttermundes unter strenger Antiseptik und Aseptik, gewöhnlich mit Hilfe der DOYENschen Pinzette mit glatten Branchen, eingeführt wird. Nach Einführung des Metreurynters in die Gebärmutter wir derselbe mit 300—400 *g* 1½%iger Lysollösung gefüllt. Die Röhre des Metreuryuters wird abgeklemmt und letzterer unter Zug gesetzt. Ist der Gebärmutterhals geschlossen, so wird derselbe zunächst mittelst HEGARscher Dilatatoren oder durch Einführung einer dicken Bougie erweitert. Die durchschnittliche Dauer der künstlichen Frühgeburt beträgt bei der Metreuryse nach der von POBEDINSKI in der Moskauer Gebäranstalt aufgestellten Statistik 14 Stunden 21 Minuten. Bei Placenta praevia wird der Metreurynter in die Höhle des Fruchteies eingeführt, wodurch die nachfolgende Wendung erleichtert wird. Verf. zieht folgende Schlüsse („Wratschebnaja Gazetta", 1904, Nr. 44): 1. Die Metreuryse muß als wichtige Akquisition für die Geburtshilfe betrachtet werden und unter den Geburtshelfern mehr Verbreitung finden. 2. Der Apparat muß wegen seiner absoluten Ungefährlichkeit sich in der Tasche eines jeden Geburtshelfers befinden. 3. Keines der empfohlenen Mittel vermag so rasch und vorsichtig den Muttermund zu erweitern und die Geburt zu beschleunigen wie die Metreuryse. 4. Da der Metreurynter die Auskochung vorzüglich verträgt, so muß man ihn nur durch Kochen in Sodalösung sterilisieren. 5. Den Metreurynter füllt man am besten mit schwachen desinfizierenden Lösungen, um unangenehmen Zwischenfällen bei zufälliger Ruptur in der Gebärmutterhöhle vorzubeugen. Auf den Metreurynter darf man nur im äußersten Falle einen starken Zug ausüben, u. zw. zur Beschleunigung der Geburt, da der Zug eine mechanische Dehnung des Muttermundes und nicht eine physiologische Eröffnung desselben bewirkt. L—y.

ROHÁČ (Prag): **Über Komplikationen der Gonorrhöe im Nervensystem.**

Schon in den sechziger Jahren wurden Erkrankungen der unteren Rückenmarkspartien, ihrer Hüllen und Entzündungen des Ischiadicus nach Gonorrhöe beobachtet. Diese Affektionen sind in Betracht des so oft vorkommenden Trippers verhältnismäßig selten. Ihr Verhältnis zu ihm war lange nicht bekannt („Thom. sbírka přednášék a rozprav zob. lék.", Nr. 103). Lange wurde nämlich die Gonorrhöe für eine rein lokale Erkrankung gehalten, da weder anatomisch noch klinisch etwas beobachtet wurde, was für den gonorrhoischen Charakter der erwähnten nervösen Komplikationen sprechen würde. Der Gonokokkus wurde in dem erkrankten Nervensystem nicht vorgefunden. Und doch kann dafürgehalten werden, daß die erwähnten Störungen des Rückenmarkes resp. seiner Hüllen oder des Ischiadicus durch direkten Einfluß des Gonokokkus auf das Nervengewebe verursacht werden. Und das deswegen, weil in der großen Mehrzahl ähnlicher Fälle keine anderen Bakterien vorgefunden wurden, weil der Gonokokkus in die Blutgefäße durchdringen, eine Thrombophlebitis und eine Gonokokkenseptikämie und auch Metastasen in allen anderen Organen hervorrufen kann, weil er weiters in diesen Metastasen mikroskopisch vorgefunden wurde und endlich wurden auch experimentell ähnliche Myelitiden hervorgerufen. Es sind also die obengenannten Nervenaffektionen eine Manifestation einer allgemeinen gonorrhoischen Septikopyämie. Verf. beschreibt sieben Fälle ähnlicher gonorrhoischer Nervenaffektionen. STOCK.

KURPJUWEIT (Königsberg i. P.): **Über letale Anämien im Greisenalter.**

Es gibt im Greisenalter primäre chronische Anämien mäßigen Grades mit Milzschwellung, geringer Poikilozytose der roten Blutkörperchen und exzessiver Leukopenie, ohne wesentliche Knochenmarkelemente, die unter teils hohem, teils mäßigem Fieber von kontinuierlichem oder intermittierendem Charakter zum Tode führen. Die Zeichen einer hämorrhagischen Diathese treten erst recht spät und nur in geringem Grade auf. Das Knochenmark zeigt eine vollkommene Atrophie oder die Zeichen eines akuten Untergangs. B.

VINCENT (Val de Grâce): **Sur la signification du Bacillus coli dans les eaux potables.**

Über die Bedeutung des Nachweises des Bacillus coli in Trinkwässern bestehen nach neueren Untersuchungen kontroverse Anschauungen. Während lange Zeit hindurch der Befund dieses Bakteriums im Wasser als ein Zeichen seiner Verunreinigung mit Fäkalmassen aufgefaßt wurde, kamen neuere Untersucher zu dem Schlusse, daß das B. coli im Wasser einen harmlosen Saprophyten darstelle, dessen Nachweis gar keinen Wert besitze. Verf. nahm daher die Frage neuerdings auf („Annales de l'institut Pasteur", Bd. 19, pag. 233) und fand zunächst, daß das B. coli keineswegs regelmäßig im Wasser vorkomme, wie von einzelnen Autoren behauptet wurde. Er zeigt ferner, daß es nicht so sehr darauf ankomme, das B. coli überhaupt im Wasser nachzuweisen, sondern herauszufinden, auf welche Weise es in das Trinkwasser hineingelangte, ob es durch Beimengung von Fäkalmassen oder bloß durch Verunreini-



nach den ersten Verbandwechseln überzeugt hat, daß nichts Krankes mehr zurückgeblieben ist. Es genügt dann, die Antrumöffnung tüchtig mit Jodoformpulver zu bestreuen. Die Paraffinfüllung kürzt die Dauer der Nachbehandlung um mehrere Wochen ab.

— Zur experimentellen **Chirurgie der Bauchaorta** berichtet JIANU („Spitalul“, 1905, Nr. 10). Verf. hat Experimente an Hunden angestellt und gefunden, daß ein Überleben unter den betreffenden Umständen möglich ist, obwohl oft infolge von Läsionen der Intima Thrombosen und Embolien, die zum Tode führen, vorkommen können. Die Anordnung der Versuche war, daß nach vorgenommener Laparotomie ein 5—6 *cm* langes Stück der Aorta abdominalis zwischen zwei Catgutnähten abgeschnürt wurde, der betreffende, nun blutleere Abschnitt durch einen Längsschnitt auf 3—4 *cm* eröffnet und letzterer dann durch fortlaufende Naht wieder geschlossen wurde. Hierzu wurden mit sterilisiertem Vaselin imprägnierte Fäden benutzt. Da auch durch die vorübergehende Abschnürung des Gefäßes Verletzungen der Intima möglich sind, welche später zu Blutgerinnungen Veranlassung geben können, hat JIANU eine eigene Abklemmungspinzette angegeben, mit welcher der angeschnittene Teil vom übrigen Gefäßrohr abgeschnürt, die Naht angelegt und hierauf die Zirkulation wieder hergestellt werden kann. Die Zangenarme können auch mit Kautschuk umgeben werden, wodurch die Zusammenpressung des Gefäßes auf ein Minimum reduziert wird. In praktischer Hinsicht folgt aus diesen Experimenten, daß die Verletzung der Bauchaorta oder einer andern großen Schlagader im Laufe einer Operation durch Naht wieder geschlossen und der Heilung zugeführt werden kann.

— Die **Resektion der verbogenen Nasenscheidewand** geschieht nach HONSELL („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd. 41) in folgender Weise: Zunächst wird auf der verengten Nasenseite ein glatter,

Ruhe und Eisapplikation für die Beseitigung des Hämatoms gesorgt hat. Strengste Asepsis. Mit einigen Teilstrichen einer $^1/_4$ $^0/_0$igen Kokainlösung, injiziert in die Linie der Schnittführung, macht man das ganze Gebiet anästhetisch und kommt ohne Narkose aus. Der Schnitt wird nach unten konvex, halbmondförmig geführt, und zwar ein wenig oberhalb der Tuberositas tibiae. Nach Eröffnung des Gelenks werden Blutkoagula entfernt, die zerrissenen Kapselränder angefrischt und vernäht und dann die Stücke der Patellasehne miteinander vernäht, indem man besonders auf eine gute Apposition der Bruchenden achtet. Als Nahtmerial verwendet GILDAY Känguruhsehne. Aseptischer Verband, Schiene aus Gipsbinden.

— Die Frage der **Beeinflussung des Leitungswiderstandes des menschlichen Körpers für den galvanischen Strom** durch hydrotherapeutische Prozeduren hat KELLERMANN untersucht („Zeitschrift f. exp. Path. u. Pharm.“, Bd. 2). Er fand: Alle Wärmeprozeduren und besonders schweißerregende Maßnahmen setzen die Leitungswiderstände des menschlichen Körpers gegen den galvanischen Strom herab, während Kälteprozeduren sehr geeignet sind, die Widerstände der Epidermis zu erhöhen. Es besteht auch nach den Erfahrungen des Verfassers eine große individuelle Verschiedenheit bezüglich der Größe des Leitungswiderstandes, jedoch keine zeitliche Verschiedenheit bei demselben Individuum.

— Seine Erfahrungen über die **Anwendung von Hitze bei Lungenerkrankungen** teilt HERRMANN mit („Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap.“, Bd. 9, H. 8). Verf. wendet lokale und allgemeine Erhitzung an. Bei der lokalen Erhitzung wird dreimal täglich je eine Stunde auf den erkrankten Lungenabschnitt eine platte, zirka 4 *cm* dicke, möglichst heiße metallene Wärmeflasche gelegt, unter welche in der ersten Zeit ein feuchter Umschlag kommt. Die allge-

meine Erhitzung erfolgt im Heißluftapparat bei 45—48° C, einmal täglich $^1/_2$—1 Stunde lang, wobei aber nur der Unterkörper erhitzt wird. Fast ausnahmslos wird die Prozedur als angenehm empfunden und hohe Temperaturen bilden keine Kontraindikationen. Trockene Pleuritiden schienen sich leichter zu resorbieren und seltener zu Exsudatbildungen fortzuschreiten. Verdichtungen der Lunge und Schleimhautschwellungen lösten sich besser und die Kranken fühlten sich nach jeder Prozedur leichter auf der Brust. Als kräftiges Ableitungsmittel wirkt die allgemeine Hitze bei Cyanose und Atemnot. Pneumonien nahmen einen schnelleren und günstigen Verlauf.

— Das **Puerperalfieber und seine Behandlung** bespricht MC ILWRAITH („Canada Lancet", 1905, Nr. 5). Er empfiehlt, bei übelriechenden Lochien und weichem, vergrößertem Uterus denselben in Narkose auszutasten und alle zurückgebliebenen Reste mit dem Finger zu entfernen. Sodann wird der Uterus mit 1%iger Lysollösung ausgewaschen und mit 5%iger Jodoformgaze austamponiert. Die Gaze wird nach 24 Stunden gewechselt. Die Behandlung eignet sich vor allem für Fälle von Septhämie im Anfang. Nach dem 7. Tage ist meist kein Erfolg mehr zu erwarten. Findet man Streptokokken in den Lochien, so injiziere man sofort 20 cm^3 Antistreptokokkenserum und wiederhole dies bald. Tritt nach 3—4 Einspritzungen keine wesentliche Besserung ein, so ist kein Erfolg zu erwarten. Außerdem gebe man Chinin, Strychnin und Alkohol. Am besten ist es, wenn man diese Fälle in der freien Luft behandeln kann. Die Hauptsache ist natürlich eine sorgfältige Prophylaxe durch größte Sauberkeit und Einschränkung alles überflüssigen Untersuchens.

— Aus kasuistischen Beiträgen zur **Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis** von CLAIRMONT und RANZI folgt („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 76): Die operative Behandlung der diffusen Peritonitis ist in allen Fällen, auch in den sehr vorgeschrittenen, indiziert. Die Behandlung besteht in der möglichst frühzeitigen Laparotomie. Die Chancen der Operation sind um so bessere, je früher bei den Patienten der operative Eingriff ausgeführt wird. Zur Eröffnung der Bauchhöhle eignet sich am besten der mediane Laparotomieschnitt. Von demselben soll nur dann abgegangen werden, wenn der Ausgangspunkt der Peritonitis nach der klinischen Untersuchung feststeht. Die Entfernung des Exsudates und der Infektionserreger geschieht am besten durch reichliche Kochsalzspülung mit teilweiser Eventration der Darmschlingen. Dem vollkommenen Verschluß der Bauchdecken ist zu widerraten; es empfiehlt sich vielmehr eine ausgiebige Tamponade. In den Fällen von Magen- und Duodenumperforation auf Grund eines Ulkus oder Karzinoms halten Verff. die Jejunostomie für angezeigt. In der Nachbehandlung ist vor allem auf reichliche subkutane Kochsalzinfusionen Gewicht zu legen.

Literarische Anzeigen.

Geburtshilfe. Eine Einführung in die Praxis von **Dr. Heinrich Fritsch**, Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe in Bonn. Mit 73 Abbildungen. Leipzig 1904, Hirzel.

Der rühmlichst bekannte Autor der „Krankheiten der Frauen", eines der besten und verbreitetesten Lehrbücher der Gynäkologie, nennt sein Lehrbuch der Geburtshilfe bescheiden: Eine Einführung in die Praxis. Es soll weder den klinischen Unterricht ersetzen, noch die Fülle des theoretischen Stoffes erschöpfen, aber ein Ratgeber in der Praxis sein, ein Leitfaden im Zweifel und eine Stütze bei Unsicherheit des Entschlusses. Dem entspricht die gesamte Einteilung des Werkes, welches die Physiologie und Pathologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett behandelt, überall den Standpunkt des Praktikers vertritt und verrät, daß es aus einem reichen Schatz frischer und vielfältiger Erfahrung schöpft. Literaturangaben sind völlig vermieden, die lebendige Darstellung erfährt nirgends eine Unterbrechung durch Aufzählung von überflüssigem Namenballast, der Prophylaxe und der Therapie ist der gebührende Raum zugewiesen. An Einzelheiten ließe sich ja Kritik üben; ich nenne z. B. die Überschätzung, welche die Conjugata externa erfährt; aber es wäre gewiß kleinlich, dem vorliegenden Werke bei allen seinen Vorzügen Aussetzungen zu machen, welche bloß die subjektiven, individuellen Ansichten des Verfassers betreffen. Es ist sicher, daß die „Geburtshilfe" dem Lehrbuche der Gynäkologie auf dem Pfad der vielen Auflagen nachfolgen wird.

FISCHER.

Praktische Anleitung zur Untersuchung des Harnes. Von **Dr. Karl Konya**, Chefapotheker und Chemiker der Krankenhäuser und Pflegeanstalten St. Spiridon in Jassy. Mit 8 Abb. Berlin und Wien 1906, Urban & Schwarzenberg.

Ein kleines, handliches Büchlein von 88 Druckseiten, aus der Praxis für die Praxis geschrieben. Anspruchslos in seinen Zielen — es soll lediglich ein Begleiter bei der chemischen Untersuchung des Harns sein —, entspricht es dem angedeuteten Zwecke vollkommen. Zumal das Kapitel, welches die Beschreibung der chemischen Analysen enthält, und die Abschnitte über Harnsedimente und Kryoskopie des Harns sind ganz besonders übersichtlich gehalten. Der Arzt wird hier alles ihn Interessierende, durch gute Illustrationen verdeutlicht, finden, der Apotheker sich unschwer orientieren. Auch dem Studierenden dürfte das Werkchen gute Dienste zur Einführung in die Harnchemie leisten.

B.

Feuilleton.

Der erste internationale Kongreß für Physiotherapie in Lüttich.

(Original-Korrespondenz der „Wiener Med. Presse".)

Die Idee, einen internationalen Kongreß für physikalische Heilmethoden zu organisieren, war weniger zum Zwecke der wissenschaftlichen Begründung derselben sowie ihrer Propaganda aufgetaucht, als hauptsächlich gegen das Überhandnehmen der sogenannten „Naturheilkunde" und ihre Schreier gerichtet. In einem und demselben Jahre, und zwar in einem Intervall von kaum zwei Monaten, zwei Kongresse über fast denselben Gegenstand (Kongreß für Hydrologie, Klimatologie, Therapie und ihre physikalischen Heilfaktoren in Venedig) abzuhalten, wäre sonst wohl des Guten zu viel gewesen.

Dessenungeachtet muß man die Idee als eine gelungene, den Zweck zum größten Teile als erreicht bezeichnen. Die Naturheilapostel werden sich zwar in ihrem Treiben durchaus nicht im geringsten beirren lassen und gegen die Ärzte und ihre „Gifte" weiter wettern, doch der Anfang zu einer Organisierung der mit physikalischen Heilmitteln arbeitenden Ärzte ist gemacht und der Versuch, das Gebiet der physikalischen Heilmethoden abzugrenzen, ist mit vielem Erfolg unternommen worden.

Wer aufmerksam den Sitzungen folgte, ja wer nur die große Anzahl von Arbeiten durchblättert, muß mit Staunen wahrnehmen, welch große Dimensionen dieses spezielle Gebiet bereits angenommen hat und wie viel auf demselben bereits von Ärzten geleistet worden ist. Mit der Abgrenzung, ja selbst mit der Einteilung des Stoffes sind wir allerdings noch lange nicht fertig. Das zeigte deutlich die Einteilung der Kongreßarbeiten in vier Sektionen: 1. Kinesitherapie, 2. Hydrotherapie, Thermotherapie, Klimatotherapie, 3. Elektrotherapie, 4. Radiologie, eine Einteilung, welche nicht vollkommen dem Wesen der Sache entspricht und noch eine sehr schwankende ist; als Beweis dafür diene z. B. die ganz abweichende Stoffeinteilung des ursprünglichen Kongreßprogramms.

Als eine gut gewählte Einführung muß die Bedingung bezeichnet werden, daß alle zu haltenden Vorträge bereits eine gewisse vorausbestimmte Zeit vor dem Kongresse im Manuskripte gedruckt gewesen sein mußten, so daß den Zuhörern Zeit und Muße gegeben war, die sie besonders interessierenden Vorträge bereits vorher durchzulesen und eventuell an der Debatte teilzunehmen. Das nicht mehr und ausgiebiger debattiert wurde, als man von vornherein erwarten konnte, daran war die ziemlich drakonische Maßregel schuld, daß die Debatte über einen Gegenstand prinzipiell nicht länger als eine halbe Stunde dauern durfte. Die Vortragsdauer war auf die Maximaldauer von 10 Minuten beschränkt (obwohl dagegen ausgiebig gesündigt wurde) und für eine einzelne Diskussion war eine Maximaldauer von 5 Minuten vorausbestimmt. Infolgedessen

eine Debatte über die Massage eröffnet wurde. Ihm wurde von Dr. ARCHAMBAULD (Paris) vorgeworfen, daß er Laienmasseuren Zeugnisse ausstelle. Obwohl BELOT, GUNZBURG, DE MUNTER, LE MARINEL und andere kalmierend einzuwirken suchten, blieb es dem Präsidium nicht erspart, einen solchen Ton und die Übertragung von persönlichen Fehden auf das neutrale Feld eines internationalen Kongresses gebührend zu verurteilen. Schließlich schien von der überwiegenden Majorität der Standpunkt stillschweigend angenommen worden zu sein, daß jede Laienmassage, wo sie schon durchaus nicht zu umgehen ist, stets lediglich unter der Kontrolle des Arztes ausgeübt werden dürfe.

In der Sektion für Kinesitherapie wurde vorzugsweise über Mechanotherapie im allgemeinen (LE MARINEL, FAURE, COLOMBO) sowie ihre speziellen Anwendungsarten bei einzelnen Erkrankungen (GAY, HASEBROEK, GOMMAERTS), ferner über Massage debattiert (KOUINDJY, v. HOVORKA, MOGLIE, SARAFIDI). ZABLUDOWSKI demonstrierte ein neues Klavier, als ein prophylaktisches Mittel gegen Klavierspielererkrankungen jugendlicher Individuen, v. HOVORKA besprach die Anteilnahme der mechanischen Orthopädie an den physikalischen Heilmethoden und ihre Beziehung zur operativen Orthopädie.

Die zweite Sektion beschäftigte sich hauptsächlich mit der Besprechung der physiologischen Wirkungen sowie mit der Indikationsstellung der Lichtbäder (ALLARD, ESPINA Y CAPO), Heißluftbäder (KNOWSLEY SIBLEY, KEYSER), russischen Bäder (VALCKE), Blaulicht (WEIL). BISHOP (Washington) machte interessante und beachtenswerte Mitteilungen über die physikalische Behandlung der Lungentuberkulose, PEETERS (Brüssel) wies auf den Zusammenhang der Physiotherapie mit der Psychotherapie hin.

Dann wird mittelst einer nicht graduierten, feinen Glaskapillare ein kleines Tröpfchen Liquor in die Kuppe des Zentrifugiergläschens gebracht, mit Hilfe der Meßkapillare gründlich mit den am Boden etwa noch haftenden Zellen vermischt und die Mischung auch in die Meßkapillare aufgenommen. Auf diese Weise wird der Boden des Zentrifugierröhrchens 3—4mal ausgespült, jedesmal die Spülflüssigkeit in die Meßkapillare gebracht und der Inhalt der letzteren zum Schluß bestimmt. Jetzt befinden sich, wie man durch Kontrolluntersuchungen leicht nachweisen kann, so gut wie alle Zellen in der graduierten Kapillare, während am Boden des Zentrifugierglases kaum noch ein Lymphozyt nachweisbar ist. Nun wird der Inhalt der Meßkapillare sorgfältig gemischt, indem man ihn mehrmals hintereinander auf einen reinen Objektträger ausbläst, umrührt und wieder einsaugt. Ein kleines Tröpfchen dieser Mischung wird in die THOMA-ZEISSsche Blutkörperchenzählkammer gebracht und die ganze Kammer durchgezählt. Eine einfache Rechnung ergibt die Anzahl der Zellen in Kubikzentimetern. Hatte man 3 cm^3 Liquor zentrifugiert, befanden sich 20 mm^3 Sedimentliquormischung in der Meßkapillare und ist die Gesamtzahl der in einer Kammer gefundenen Zellen $= x$, so enthält 1 cm^3 Liquor $= \frac{x \cdot 4000 \cdot 20}{256 \cdot 3}$ Zellen. Die Prüfung der Methode mit physiologischer Kochsalzlösung, die eine bekannte Anzahl roter Blutkörperchen enthielt, ergab im ungünstigsten Fall einen Fehler von 30%. Das ist eine für zytologische Untersuchungen ausreichende Genauigkeit. Den größeren Teil seiner Fälle hat der Vortragende nach dieser, den kleineren nach der WIDALschen Methode untersucht. Acht Tabiker zeigten sämtlich starke Lymphozytose des Liquor cerebrospinalis, und zwar zwischen 40 und 80 Zellen im Kubikmillimeter. Vortr. bespricht die Bedeutung der Lymphozytose für die Diagnose der Tabes und erwähnt, daß sie das konstanteste und dabei ein sehr frühzeitig auftretendes Symptom der Tabes sei. Es kann besonders für die Erkennung der Frühstadien der Tabes wichtig werden, wenn andere objektive Symptome noch nicht genügend





vorhanden sind, um eine sichere Diagnose zu ermöglichen. Ein Beispiel dieser Art wird mitgeteilt, in welchem die später sich bestätigende Diagnose lediglich mit Hilfe des Lymphozytenbefundes gelang. In zwölf Fällen von progressiver Paralyse fanden sich zwischen 10 und 120 Zellen im Kubikmillimeter — in keinem Fall ein negativer Befund. Auch bei der Paralyse ist die zytologische Untersuchung nicht selten von diagnostischer Bedeutung. Sie ermöglicht in manchen Fällen eine Abgrenzung von der Neurasthenie wie von toxischen Psychosen. Bei Lues cerebrospinalis fand sich wiederholt ein positiver Befund. Bei der Verwertung von Lymphozytenbefunden für die Diagnose der Tabes, Paralyse und Lues cerebrospinalis muß man zwei Punkte beachten: erstens ist nur eine starke Lymphozytose (über fünf Zellen im Kubikmillimeter) beweiskräftig. Mäßige Vermehrung der Zellen kommt auch gelegentlich, selbst bei funktionellen Erkrankungen vor. Zweitens ist die Vermehrung der Lymphozyten nicht für die syphilitischen Erkrankungen pathognostisch. Sie beweist wahrscheinlich nur das Bestehen eines meningealen Reizzustandes.

Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden.

CZAPLEWSKI: Über Tiefkühlung der Milch.

Während die Milch eines der besten, vielleicht das zweckmäßigst zusammengesetzte Nahrungsmittel überhaupt darstellt, wird sie, zersetzt, zu einem heftigen Gift, namentlich bei hoher Sommertemperatur, und ganz besonders gefährlich für Säuglinge. Schuld an der Zersetzung der Milch tragen die Milchkeime. Je mehr davon anfangs vorhanden waren, um so schneller erfolgt (durch Wachstum der Keime) die Zersetzung. Man muß also trachten, die Milch möglichst keimarm (schmutzfrei) zu gewinnen und die weitere Zersetzung durch Abtöten der Keime hindern. Die Zersetzung der Milch erfolgt ferner bei hoher Temperatur (bis 37°) schneller und wird durch kühle Temperatur (infolge Verlangsamung des Wachstums der Milchkeime) zurückgehalten.

Auf letzterer Beobachtung hat Ingenieur Wilhelm Helm in Berlin ein Verfahren aufgebaut, welches berufen erscheint, die Versorgung der Städte mit guter und einwandfreier Milch zu ermöglichen. Dasselbe benutzt alle Errungenschaften der modernen Milchhygiene, die naturgemäß im Stalle beginnen muß. In Betracht kommen Stallbau, Auswahl des Milchviehes und Aussonderung kranker (speziell tuberkulöser) Tiere, Fütterung und Behandlung des Milchviehes. Die Milch ist sofort im Stall durch Sieben (am besten Wattefilter) vom Stallschmutz zu befreien. Darauf folgt (aber nicht im Stall selbst) die Kühlung und Lüftung der Milch. Man ist aber damit nur imstande, die Milch bis auf 1—2° über Temperatur des Kühlwassers herunterzukühlen. Hier setzt nun die Erfindung Helms ein, welcher an Stelle der teuren Kältemaschinen, welche man auch verwenden könnte, Eis-Solemischung zur Tiefkühlung eingeführt hat. Dadurch ist das Verfahren auch für kleine Gutsbetriebe brauchbar geworden.

Das Verfahren ist sehr einfach. Auf einer besonderen Eismühle wird das Eis fein zerkleinert und mit Salz gemischt. Es schmilzt dabei und die durch das Abschmelzen des Eises und Auflösung des Salzes entstehende Eissole erreicht eine Temperatur von — 13° C. Diese Eissole wird durch den unteren Teil eines Rundkühlers gepumpt, über welchen die Milch herabrieselt. Sie wird dabei zugleich tiefgekühlt und gelüftet. Letzteres ist notwendig, um den Stallgeschmack zu beseitigen. Die tiefgekühlte Milch, welche infolge ihrer niedrigen Temperatur sehr viel länger haltbar geworden ist, muß nun vor Erwärmung geschützt werden. Dies geschieht durch besondere Transporteinrichtungen. Am zweckmäßigsten sind dazu die kubischen Helmschen Kannen, welche dicht an dicht und dicht auf dicht gestellt transportiert werden und dadurch infolge geringster Oberfläche größten Schutz gegen Erwärmung bieten. Aus diesen Kannen kann — ohne Umgießen! — vom Wagen aus oder besser in besonderen hygienischen Milchläden ein Ausschank der Milch stattfinden.

Die tiefgekühlt eingelieferte Milch wird durch Zentrifugen gereinigt resp. entrahmt, pasteurisiert und wieder tiefgekühlt, dann im Kühlraum tiefgekühlt, den Tag über aufbewahrt und abends oder am nächsten Tage vor Eintreffen der frischen Milch an die hygienischen Milchläden resp. die übrige Kundschaft ausgefahren. Im besonderen gestaltet sich der Betrieb einer solchen Molkerei wie folgt: I. Morgens vor Abgang der Wagen aus der Molkerei: 1. erneute Prüfung der Milch auf Zuverlässigkeit, 2. Verladen, 3. Abfahrt nach Bedürfnis der Publikums; II. Eintreffen der Wagen mit neuer Milch in der Molkerei: 1. erste Prüfung auf Säure und Haltbarkeit, 2. Zurückstellen unzuverlässiger Milch, 3. Behandlung der Milch (Zentrifugieren, Pasteurisieren, Tiefkühlung), 4. Aufbewahren der tiefgekühlten Milch im Kühlraum. Durch dieses Verfahren ist es möglich geworden, die Arbeiten der Milchversorgung, welche sich sonst auf eine ganz kurze Spanne Zeit zusammendrängen und dementsprechend höhere Kraftleistung speziell von teurer Menschen- und Tierkraft erfordern, auf einen größeren Zeitraum zu verteilen und dadurch an der teuren Kraftleistung zu sparen. Man ist dadurch von den Schwankungen des Tagesbedarfes unabhängiger geworden, weil man ungescheut einen Milchvorrat im Kühlraum aufstapeln kann. Die tiefgekühlte Milch ist viel länger haltbar. Auch kann die Milch im Stall besser und reinlicher und bei besserer Beleuchtung gewonnen werden, weil weniger Eile notwendig. Eine vorzeitige Säuerung und Gerinnung der Milch ist bei richtiger Durchführung des Verfahrens ausgeschlossen. Dabei gewinnt die Milch durch die Tiefkühlung an Wohlgeschmack. Beim Milchkaufmann ist ferner die Milch zu jeder Tageszeit in gleicher Güte zu haben. Verunreinigung und Verfälschung ist bei dem Zapfdeckelverschluß nicht zu fürchten. Das Helmsche Verfahren ist bereits in einer großen Zahl von Molkereigenossenschaften, speziell von Pommern, mit Erfolg eingeführt. Die Kosten sind gering. Helm gibt als Eisverbrauch an, um 100 *l* um 5° C herabzukühlen, $6^1/_2$ *kg* Eis, um 100 *l* um 10° C herabzukühlen, 13 *kg* Eis. Ein rheinischer Musterbetrieb mit Helmscher Tiefkühlung rechnet $1^1/_2$ Zentner Eis auf 500 *l* Milch. Letztere wird dabei auf + 3° C herabgekühlt und kommt in der Stadt mit nur + 4° C an. Dabei beweist gerade dieser Betrieb, daß die Lieferung einer solchen einwandfreien tiefgekühlten Milch ohne Erhöhung des Marktpreises möglich ist.

Naturwissenschaftlich-medizinische Gesellschaft zu Jena.

BUSSE: Über postoperative Leukozytose.

Die Bedeutung der Hyperleukozytose als differentialdiagnostisches Mittel in der Gynäkologie ist durch die Arbeiten von DÜTZMANN, PANKOW etc. sichergestellt worden. Weniger untersucht, vor allem mit wechselnden Ergebnissen, ist das Auftreten der postoperativen Hyperleukozytose, wenn dieselbe auch bereits als Mittel angewandt resp. künstlich hervorgerufen wird, um Resistenzerhöhung gegen Infektion zu erzielen. Nach Feststellung der normalen Leukozytenwerte und der Fehler, welche durch die Methode bedingt sind, hat nun BUSSE die postoperative Hyperleukozytose und deren Verlauf im Verfolge der Heilung studiert, und zwar bei extraperitonealen Operationen, solchen, bei denen in der unmittelbaren Nähe des Peritoneums manipuliert wurde, und bei intraperitonealen Operationen.

Die Ergebnisse des Vortr. lassen sich dahin zusammenfassen, daß die postoperative Hyperleukozytose als eine regelmäßige Erscheinung anzusehen ist, daß die Vermehrung in gesetzmäßigem Abfall verschwindet und daß die Steigerung in der ersten Gruppe am geringsten, höher in der zweiten, am höchsten in der dritten ist. Wertvoll ist der Nachweis der Hyperleukozytose besonders dadurch, daß Komplikationen im Heilungsverlauf (Exsudate, Wundeiterungen etc.) meist 2—3 Tage vorher sich dokumentieren. Vereinzelt ließ das Mittel im Stich und es traten erhöhte Werte auf, ohne daß eine Störung nachweisbar war. Die Leukozytenkurve verdient, ebenso wie die Puls- und Temperaturkurve, ihren Platz in dem Decursus morbi. Eine Vereinfachung der Methode erscheint aber wohl erwünscht.

ZIETZSCHMANN: Über den vaginalen Kaiserschnitt.

Unter den beiden Konkurrenzverfahren, die bei der schnellen Erweiterung des Muttermundes in Frage kommen, hat die Erweiterung mit dem Bossischen Dilatatorium den allgemein beobachteten Nachteil, daß schwere Verletzungen (Risse ins Scheidengewölbe und Parametrium) dabei entstehen können, während die modifizierte Hysterotomia vaginalis anterior eine chirurgisch exakte Methode darstellt, die sich wohl immer mehr Anhänger verschaffen wird. In der Jenenser Klinik wurde der vaginale Kaiserschnitt seit einem Jahre 5mal ausgeführt; 2mal bildeten psychische Störungen, 3mal Eklampsie die Indikation. Sämtliche Frauen verließen nach primärer Wundheilung die Klinik.

Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr.

E. MEYER: Trauma und progressive Paralyse.

Die Durchsicht der Literatur zeigt, daß der Standpunkt der Autoren ein immer mehr ablehnender gegenüber der ursächlichen Bedeutung des Traumas für die Paralyse geworden ist. Am meisten wird die Ansicht vertreten, daß Trauma allein eine Paralyse nicht verursachen kann, jedoch den letzten Anstoß zu ihrer Entwicklung zu geben, ihren Ausbruch zu beschleunigen und ihren Verlauf zu verschlimmern vermag. Einen abweichenden Standpunkt nimmt MENDEL ein, der für seltene Fälle in dem Trauma die eigentliche Ursache der Paralyse sehen will. Bei solchen Fällen gehe der paralytische Prozeß von der Stelle der Verletzung aus. Die Beobachtungen MEYERS haben

ein negatives Begutachtungsresultat. Vortr. weist darauf hin, daß frühere syphilitische Infektion nur in einem seiner Fälle als sehr wahrscheinlich angenommen werden konnte. Von traumatischen Veränderungen fand sich nur in einem Falle unter der Kopfnarbe eine feine Knochenfurche. Ein Gegenbeweis liegt darin nicht, da ganz feine Veränderungen als erste Grundlage denkbar sind. Die Gründe, warum die meisten Autoren es ablehnen, in einem Trauma die alleinige Ursache einer Paralyse zu sehen, sind vor allem zwei: einmal wird der innere Zusammenhang von Syphilis und Paralyse ein immer sicherer, und dann erscheint es doch recht schwer verständlich, daß ganz das gleiche Krankheitsbild nur in wenigen Fällen durch eine so andersartige Ursache bedingt sein solle. Nach alledem hält es MEYER für zum mindesten sehr unwahrscheinlich, daß ein Trauma allein die Ursache der Paralyse bilden könne. Trotzdem muß man vom praktischen Standpunkte, speziell der Unfallbegutachtung, unter bestimmten Bedingungen doch in der Paralyse eine Unfallsfolge sehen. Man könne sich vorstellen, daß 1. durch das Trauma eine Schwächung des Gehirns hervorgerufen und so der günstige Boden für die Entstehung der Paralyse geschaffen werde, oder 2. daß eine schon in der Entwicklung begriffene, aber noch gleichsam latente Paralyse zum schnelleren Hervortreten und ungünstigeren Verlauf durch die Verletzung gebracht werde.

Vorbedingungen für die Annahme, daß die Paralyse Unfallsfolge sei, sind, daß es sich um ein erhebliches Trauma, und zwar entweder um ein mit Verletzung des Kopfes oder mit allgemeiner Erschütterung einhergehendes handle. Dann dürfen die Erscheinungen der Paralyse nicht sehr bald nach der Verletzung offenkundig werden, sonst hat die Paralyse zweifellos schon vorher bestanden, und andrerseits darf sich der freie Zeitraum auch nicht auf mehr als ein bis zwei Jahre erstrecken, sonst ist der Zusammenhang ebenfalls sehr unsicher. Vor allem ist die Feststellung wichtig, wie der Zustand des Verletzten vor dem Trauma war. Wenn psychische oder nervöse Erscheinungen schon vorher bestanden haben, dann muß ein ursächlicher Zusammenhang abgelehnt werden.

Alles in allem ist aber bei der Beurteilung des Traumas als Ursache der Paralyse größte Vorsicht nötig, und es darf vor allem nie eine Entscheidung getroffen werden, ehe man sich möglichst genaue Kenntnis von dem Zustand des zu Begutachtenden vor der Zeit des Unfalls verschafft hat.

Notizen.

Wien, 16. September 1905.

(Unterrichtsminister Dr. v. HARTEL.) Nach sechsjähriger Ministertätigkeit ist Dr. v. HARTEL in den Ruhestand getreten. Die medizinischen Fakultäten des Reiches weinen ihm keine Träne nach; von den besten Intentionen erfüllt, hatte er nicht die Kraft, Hemmnisse zu überwinden, welche fiskalische und finanzielle Rücksichten der Ausgestaltung der medizinischen Schulen in den Weg legten. Von der Bedeutung der Naturforschung und Medizin durchdrungen, entbehrte der ausgezeichnete Philologe denn doch des vollen Verständnisses für die Bedingungen, unter welchen freie Forschung gedeiht. Immerhin danken wir seiner Initiative die endliche Inangriffnahme des Neubaues des akademischen Krankenhauses Wiens, der einzigen bleibenden Erinnerung an die Ära HARTEL.

(„Die Ärzte und die soziale Hygiene.") Am 9. September hat der „Verein abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes" im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien seine Jahresversammlung abgehalten, zu welcher er die Wiener Ärzte freundlichst eingeladen. Der erste Redner war Prof. AUGUST FOREL, der über das Thema „Die Ärzte und die soziale Hygiene" sprach. Dieser Vortragende hielt es für geboten, den Ärzten, welche ja die Bestrebungen der Antialkoholiker durchaus sympathisch begrüßen, wenn sie auch nicht ausnahmslos Totalabstinenten sind, einige scharfe Worte zu sagen. Wie die Tagesblätter übereinstimmend und unwidersprochen melden, „machte FOREL den Ärzten den Vorwurf, daß viele von ihnen die Medizin allzusehr als Mittel des Gelderwerbes betrachten und zu wenig als Wissenschaft. Dadurch ist es auch zu erklären, daß so viele wertlose und lächerliche Heilmittel und Heilmethoden auftauchen. Der Ärztestand als ein Zweig des Kaufmannsstandes ist eine allzu häufige Erscheinung. Die Konzessionen der Ärzte an Opportunität und Mode zeigen sich auch im Verhalten der Ärzte zum Alkohol. Kein Arzt in Europa zweifelt an der Schädlichkeit des Opiums, die Ärzte in Indien aber haben es mit den gleichen Worten und Argumenten verteidigt, wie bei uns die Ärzte den Alkohol verteidigen: Es sei, mäßig genossen, ein Anregungsmittel u. dgl. Solche Erscheinungen schädigen den Ärztestand und seine Autorität, da dann oft die Laien den Arzt an Wissen und Einfluß überragen. Oft treten Ärzte sogar als Förderer des Alkoholgenusses auf und sie werden von industriellen Interessenten ausgenutzt." — Soweit FOREL. Man muß gestehen, gemäßigt klingt die Diktion des Apostels der Totalabstinenten gerade nicht. Auch sind die Motive nicht recht ersichtlich, welche den greisen Neurologen veranlaßten, die Gastfreundschaft, die ihm die Wiener Ärzte in ihrem Hause geboten, durch die zitierten Ausfälle zu erwidern. Es ist die alte Methode. Man supponiert irgend eine den Tatsachen nicht entsprechende Handlung oder Unterlassung und tadelt sie dann in tönenden Phrasen. Woher, fragen wir, nimmt Herr AUGUST FOREL, der einstige Direktor der Irrenanstalt Burghölzli in Zürich, der seit 7 Jahren der Agitation gegen den Alkohol und dem Studium der Ameisen in der französischen Schweiz lebt, das Recht, die Ärzte pauschaliter zu beschimpfen und zu — verdächtigen? Oder klingen seine letzten Worte nicht wie eine Anklage gegen einzelne Ärzte, gleichsam im Solde von Bierfürsten und Weingrafen gegen die Antialkoholbewegung Front zu machen? Was soll die allgemein gehaltene Bemerkung über den Erwerbsinn der Ärzte? Nichts berechtigt Herrn FOREL zu solchen Expektorationen, welche die Ärzteschaft auf das entschiedenste zurückweist. Wenn es auch noch immer zahlreiche Ärzte gibt, die den mäßigen Alkoholgenuß Gesunder nicht als Todsünde und die wohldosierte Alkoholverordnung an Kranke nicht als Kunstfehler betrachten, Agitatoren für den Alkohol wird man in den Reihen der praktischen Ärzte vergebens suchen; sie finden sich nur in dem im Windmühlenkampfe erhitzten Gehirn des emeritierten Hypnotiseurs, dem zu derartigen Angriffen Berechtigung und Legitimation durchaus fehlen. Damit wird der guten Sache nur geschadet.

(Cholera.) In Österreich-Ungarn sind seit der Vorwoche weitere Choleraerkrankungen nicht aufgetreten. In Preußen beträgt die Gesamtzahl der Erkrankungen bis 13. d. M. 179 mit 65 Todesfällen. Hamburg ist cholerafrei. — Das österreichische Ministerium des Innern hat am 5. d. M. einen die Choleraprophylaxe betreffenden Erlaß an alle politischen Landesbehörden hinausgegeben. — In der unter dem Vorsitze des Hofrates Prof. E. LUDWIG am 9. September d. J. abgehaltenen außerordentlichen Sitzung des Obersten Sanitätsrates referierte Obersanitätsrat Ministerialrat Dr. JOSEF DAIMER über die bisherige Verbreitung der Cholera im Weichselstromgebiete im Deutschen Reiche auf Grund der amtlichen Mitteilungen, sowie über die in Galizien vorgekommenen vereinzelten Choleraerkrankungen, welche Flößer und ihre Familienmitglieder betrafen, und über die zur Abwehr und Bekämpfung der Cholera im Inlande vom Ministerium des Innern bisher getroffenen Maßnahmen. Der Oberste Sanitätsrat nahm das ausführliche Referat zur Kenntnis und erklärte die vom Ministerium des Innern getroffenen Maßnahmen derzeit für vollkommen ausreichend, um einer weiteren Verbreitung der Cholera im Inlande vorzubeugen. Derselbe legte großes Gewicht darauf, daß der Gesundheitszustand herumziehender Personen überwacht und den Unterkunftsorten dieser Personen einschließlich der Naturalverpflegsstationen sanitätspolizeilich besondere Aufmerksamkeit zugewendet werde. Im Hinblicke auf die drohende Gefahr der Choleraverbreitung hat der Oberste Sanitätsrat neuerdings die Notwendigkeit der Schaffung eines Reichsseuchengesetzes betont und den Wunsch ausgesprochen, es möge diese vom Obersanitätsrate Prof. Dr. R. v. JAKSCH seinerzeit angeregte und derzeit in Beratung des hierzu eingesetzten Spezialkomitees stehende Angelegenheit der tunlichst schleunigen Behandlung im Obersten Sanitätsrate zugeführt werden, nachdem ein vom Ministerialrate Dr. DAIMER ausgearbeitetes Referat bereits vorliegt.

(Auszeichnungen.) Dem Vizepräsidenten der steiermärkischen Ärztekammer k. R. Dr. ANTON BUCHMÜLLER in Donawitz und dem Badearzt Dr. ERNST OTT in Marienbad ist das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens verliehen worden.

(Allgemeine Ärzteversammlung.) Gelegentlich des VII. Internationalen Arbeiterversicherungskongresses, welcher vom 17.—23. September d. J. in Wien tagen wird, hat die Obmännerkonferenz für Dienstag den 19. September, 7 Uhr abends, eine all-

gemeine Ärzteversammlung (Sitzungssaal der k. k. Gesellschaft der Ärzte: IX., Frankgasse 8) mit folgendem Programm einberufen: 1. „Die soziale Bedeutung der freien Arztwahl", Vortrag, gehalten von Sanitätsrat und Reichsratsabgeordneten Dr. MUGDAN (Berlin). 2. Diskussion. 3. Eventualia.

(Krankenkassen und Apotheker in Berlin.) In einem kürzlich abgeschlossenen Vertrage verpflichten sich, wie uns berichtet wird, die Berliner Apotheker, alle Verordnungen für die Mitglieder der Krankenkassen auf Rechnung der betreffenden Kassen zu liefern. Auf alle nach der Arzneitaxe zu berechnenden Arzneien gewähren die Apotheker u. a. einen von der Gesamtsumme der Rezeptur in Abzug zu bringenden Rabatt von 20%, während sie sich früher nur zu $12^1/_2$, bzw. 15% verstehen wollten.

(Fortbildungskurse.) Die Großherzogliche Badeanstalten-Kommission zu Baden-Baden hat auch in diesem Jahre theoretisch-praktische Kurse der physikalisch-diätetischen Heilmethoden und der Balneotherapie für Ärzte eingerichtet. Die Vorträge und praktischen Übungen umfassen: Balneologie, Balneotherapie, Hydrotherapie, Massage und Medikomechanik, Diätotherapie und alle physikalischen Heilmethoden und sollen teils von besonders in der praktischen Balneologie tätigen Fachmännern Badens, teils von auswärtigen Autoritäten abgehalten werden; so haben Geh.-R. Prof. Dr. ENGLER-Karlsruhe und Hofrat Prof. Dr. FLEINER-Heidelberg Vorträge zugesagt. Der Beginn der auf 8 Tage berechneten Kurse ist auf den 2. Oktober gelegt. Außer einem kleinen Beitrag von 20 Mark zur Bestreitung der entstehenden Kosten werden keine Gebühren erhoben. Programm sowie jede weitere Auskunft erteilen die Schriftführer Hofrat Dr. W. H. GILBERT oder Dr. CURT HOFFMANN, Baden-Baden.

(Statistik.) Vom 3. bis inklusive 9. September 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6673 Personen behandelt. Hiervon wurden 1342 entlassen, 145 sind gestorben ($9 \cdot 7^1/_2$% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 58, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 10, Scharlach 28, Masern 27, Keuchhusten 111, Rotlauf 24, Wochenbettfieber 3, Röteln 1, Mumps 1, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 623 Personen gestorben (— 75 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. ISIDOR SCHNABL, Mitglied der Ärztekammer, ein allseitig geschätzter Kollege; in Halle der a. o. Professor der inneren Medizin Dr. KOHLSCHÜTTER, 67 Jahre alt; in Breslau der a. o. Professor der Entwicklungsgeschichte Dr. ALFRED SCHAPER.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Med. Presse" als Beilage, das September-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Die Echinokokkenkrankheit in Dalmatien."** Von Sanitätsrat und Primararzt **Dr. B. Peričić in Zara.** — Ferner liegen der gesamten Auflage Prospekte bei von: **Aktien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation** in **Berlin** über **„Tannobromin"** und der **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Orthoform-Neu"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.





— Braunschweig, Bremen, Düsseldorf, Eisenach, Frankfurt, Hamburg, Kassel, Köln, Lübeck, Magdeburg, Nürnberg, Salzburg —, wie an jenen begnadeten Stätten, in welchen eine gütige Natur dem Heile der Kranken ihre Gaben reicht — Aachen, Karlsbad, Wiesbaden — sind die Deutschen Naturforscher und Ärzte in den letzten 25 Jahren erschienen, um alljährlich, so nicht Kriegesnot oder Seuchen dem Wettkampfe der Geister gewehrt, zur Herbsteszeit den Kollegen und der Mitwelt darzubieten, was des Jahres stille Arbeit gezeitigt, was in der Studierstube, am Arbeitstische und Krankenbette entstanden.

Und abermals ist es eine der Heilstätten der Menschheit, welche der Besuch dieses Kongresses ehrt. Meran, die Perle Südtirols, dessen Klima seit altersher vieltausend Leidenden Linderung und Heilung gebracht, auf dessen rebenbewachsenen Hügeln die Fülle süßer Trauben prangt, ist für dieses Jahr zum Schauplatz der Versammlung erwählt, welche das Erntefest deutscher Naturforschung darstellt.

Meran zur Zeit der Traubenreife; es soll dem Forscher zeigen, wie reich Natur hier ihren Segen spendet; es soll ihn nach schwerer Arbeit einführen in ein Eden, das immer wieder ersehnt, wer es geschaut.

Mögen den Gelehrten aus Fern und Nah genußreiche Tage beschieden sein in den Bergen Tirols! Möge rege wissenschaftliche Arbeit und kollegiales Beisammensein die kurze Woche dieser Versammlung verschönen und zu einer unvergeßlichen gestalten; möge die milde Sonne des Frühherbstes nur Zufriedene bestrahlen an den Ufern der Passer, zufrieden durch Leistung und Erfolg, zufrieden auch in der Erholung, die neue Kraft bringt für neue wissenschaftliche Arbeit!

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Privatambulatorium des Regierungsrates Prof. Lorenz in Wien.

Zur Behandlung der chronischen ankylosierenden Wirbelsäulenentzündung.

Von **Dr. Rudolf Deschmann.**

In den Jahren 1892 und 1893 beschrieb v. Bechterew den Symptomenkomplex einer Erkrankung der Wirbelsäule, deren hervorstechendstes Charakteristikon eine mehr oder weniger vollkommene Unbeweglichkeit oder Steifigkeit der Wirbelsäule war; dabei besaß die Wirbelsäule eine nach hinten bogenförmige Krümmung. Die Erkrankung war begleitet von einer Reihe nervöser, die Krankheit charakterisierender Störungen. v. Bechterew stellte diese Erkrankung auf Grund von fünf von ihm beobachteten Fällen als eigenes Krankheitsbild auf und charakterisiert sie durch folgende Symptome:

1. Besteht eine mehr oder minder hochgradige Unbeweglichkeit oder wenigstens Beweglichkeitseinschränkung der Wirbelsäule im ganzen oder eines Teiles derselben ohne Schmerzhaftigkeit bei Beugung.

2. Weist die Wirbelsäule eine nach hinten konvexe Krümmung, hauptsächlich in der oberen Brustgegend auf, der Kopf erscheint etwas nach vorne gesenkt.

3. Die Muskulatur des Rumpfes, Halses und der Extremitäten ist paretisch.

4. Die Empfindlichkeit der Hautnerven des Rückens, untern Zervikalnerven, zuweilen auch der Lendennerven ist herabgesetzt.

5. Es bestehen im Gebiete der genannten Nerven verschiedene Reizerscheinungen in Form von Parästhesien, Schmerz im Rücken und in der Halsgegend, ebenso nach längerem Sitzen.

6. Die großen Extremitätengelenke bleiben von dem Prozesse unberührt, die Erkrankung ist eine langsam progressive und breitet sich von oben nach unten aus.

Zur Ätiologie führt v. Bechterew Trauma des Rückens, Heredidät, eventuell Lues an. Dies war der Typus der v. Bechterewschen Wirbelsäulenerkrankung.

Nach der Publikation der v. Bechterewschen Fälle erwähnte Strümpell, daß er schon im Jahre 1884 eine Wirbelsäulenerkrankung beschrieben habe, welche mit einer allmählich zunehmenden, ohne Schmerzen einhergehenden Ankylosierung der Wirbelsäule und Hüftgelenke verläuft, und zwar von unten nach oben fortschreitend, so daß Kopf, Wirbelsäule und Hüftgelenke ein starres Ganzes bilden. Er nannte diese Erkrankung, die er auf Grund dreier von ihm beobachteter Fälle beschrieb, chronisch ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule. Dieselbe Form beschrieb Pierre-Marie unter dem Namen Spondylose rhyzomélique. Ätiologisch wurden für die letztere Form von beiden Autoren rheumatische Schädlichkeiten ins Treffen geführt.

Seit den Publikationen v. Bechterews und Strümpell-Pierre-Maries hat eine ganze Anzahl von Autoren sich mit dem genannten Prozeß befaßt. Es seien hier angeführt die Arbeiten von Heiligenthal, Hoffa, Bäumler, Schlesinger, Anschütz, Magnus-Levy, Senator, Focken, Kollarits, Kedzior, Orhan Abdi, Fränkel und Zesas.

Die in der Literatur vorkommenden Fälle dieser Erkrankung lassen sich zwar im allgemeinen einem der beiden Typen Bechterew oder Strümpell-Marie unterordnen, jedoch kommen auch häufig Übergänge vor, so daß der Symptomenkomplex nicht immer ein so scharf umrissener ist, daß der Fall gerade immer genau einem der beiden Typen entspräche. Da auch in bezug auf die Ätiologie und noch weniger, was die pathologisch-anatomischen Veränderungen betrifft, eine strenge Scheidung durchzuführen ist, so geht man wohl nicht fehl, wenn man diese beiden Typen als Teilerscheinungen derselben Erkrankung auffaßt, die eben einmal mehr nach dem Schema der Bechterewschen, das andere Mal nach dem der Strümpell-Pierre-Marieschen Form verläuft.

Was nämlich die Symptomatologie betrifft, so finden wir oft bei der Bechterewschen Form Symptome, die dem Typus der Spondylose rhyzomélique entsprechen und umgekehrt. Auch schreitet die Erkrankung durchaus nicht immer in allen Fällen des Typus Bechterew von oben nach unten vor, sondern umgekehrt; Zesas berichtet über zwei derartige Fälle. Auch die Forderung, daß die großen Extremitätengelenke beim Typus Bechterew immer frei sein sollen, finden wir nicht stets erfüllt. Ebensowenig lassen die nervösen Symptome eine strenge Unterscheidung zu, wie zum Beispiel in dem Zesasschen Falle die von Bechterew beschriebenen Reizerscheinungen der Nervenwurzeln vollständig fehlten, ebenso in dem im folgenden zu schildernden Lorenzschen Falle.

Als ein bei beiden Krankheitstypen vorkommendes Symptom werden Veränderungen der Muskulatur beschrieben, besonders in jenen Fällen, in denen erhebliche Bewegungsstörungen vorhanden waren. Doch ist hierbei zu beachten, daß diese Atrophie, worauf Magnus-Levy hinweist, vielleicht eine primäre Erkrankung des Bewegungsapparates zur Ursache haben kann, wie zum Beispiel eine schwere Neuritis; in dem in dieser Abhandlung zu beschreibenden Falle fand sich eine erhebliche Muskelatrophie trotz ziemlicher Bewegungsstörung nicht vor.

Ebensowenig war in unserem, später ausführlicher zu erörternden Falle der abdominale Atmungstypus, der von den meisten Autoren als eine beiden Typen eigentümliche Erscheinung beschrieben wird, vorhanden; unser Patient wies keinen veränderten oder auffälligen Atmungstypus auf.

Interessant ist die Veränderung der Reflexe, die von einigen Autoren auf die Kompression des Rückenmarks durch Verengerung des Wirbelkanals zurückgeführt wird. Doch besteht auch hier keine Einheitlichkeit. Während bei einigen anderen Patienten alle Reflexe erhöht waren, zeigten sich bei anderen einige Reflexe gänzlich aufgehoben; in unserem Falle bestand lediglich eine geringe Steigerung des Patellarreflexes.

Schultze beschreibt bei seiner Patientin als Begleiterscheinung Knochenatrophie, während Milian Hypertrophie erwähnt. Die Atrophie scheint wohl im allgemeinen als Inaktivitätsatrophie anzusprechen zu sein.

Aus all dem Angeführten geht hervor, daß die Symptomatologie unserer Erkrankung eine strenge Scheidung der zwei Typen, unter deren Bilde sie verläuft, nicht zuläßt.

Den beiden Typen unserer Erkrankung entspricht nach den Autoren, die sie zuerst beschrieben, eine bestimmte Ätiologie. Jedoch auch das ätiologische Moment gestattet uns nicht eine strenge Scheidung. Abgesehen davon, daß wir in vielen Fällen ein solches überhaupt nicht nachweisen können, finden wir, daß bisweilen die ankylosierende Wirbelsäulenentzündung nach den Bildern Bechterews verläuft und sich ätiologisch entschieden Gelenkrheumatismus oder andere Infektionskrankheiten nachweisen lassen, welche Erkrankung Strümpell und Pierre-Marie bei ihren Fällen ätiologisch hervorheben.

Bei weitaus den meisten der in der Literatur verzeichneten Fällen von chronischer ankylosierender Wirbelsäulenentzündung, ob sie nun nach dem einen oder dem anderen der beiden Typen verlaufen mögen, lassen sich vorhergegangene infektiöse Erkrankungen, denen ja auch die sogenannten „rheumatischen" zuzuzählen sind, nachweisen; eine einheitliche Ätiologie besitzt keiner der beiden Typen, die Ätiologie läßt uns daher, wenn wir unsere Erkrankung in Typen teilen wollen, im Stiche.

Sektionsbefunde unserer Erkrankung liegen uns leider nur spärlich vor und die pathologisch-anatomischen Daten, die uns mitgeteilt werden, geben uns nicht die Möglichkeit, eine

von Behandlungsmethoden empfohlen, daß schon daraus die Erfolglosigkeit derselben hervorgeht. Badekuren in Teplitz, Aachen, Oeynhausen etc., Einreibungen mit grauer Salbe, Points de feu (Benedikt), heiße Sandbäder, Massage werden vorgeschlagen, ferner Lagerung der Kranken in geeigneten Lagerungsapparaten, Stützapparate.

Orhan Abdi hat in den „Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten", Bd. 4, Heft 2, einen interessanten Fall publiziert, einen 46jährigen Mann betreffend. Anamnestisch war zweimaliger Rheumatismus nachzuweisen, die Krankheit begann mit Schmerzen im Rücken, dann entstand allmähliche Versteifung der Wirbelsäule, der Kranke war gezwungen, mit Krücken zu gehen, der Kopf sank nach vorn, konnte gar nicht mehr erhoben, nur schwer nach der Seite bewegt werden; die Wirbelsäule war in ihrem unteren Hals- und oberen Brustteile kyphotisch verkrümmt; die physiologische Lendenlordose fehlte. Das linke Hüftgelenk ankylotisch und steht in Flektions-Adduktionskontraktur. Das rechte Hüftgelenk ist ebenfalls ankylotisch, beide Kniegelenke können zwar völlig gestreckt, aber nur bis zu einem Winkel von 145° gebeugt werden, Hautsensibilität, Sehnen- und Hautreflexe überall normal.

Der Patient verließ das Krankenhaus nach kurzer Zeit erfolgloser Behandlung mit Massage, Dampfbädern, Schwitzapparaten, Inunktion mit grauer Salbe, und kam nach ungefähr einem Jahre wieder in dasselbe zurück, wo eine Fractura vertebr. lumb. I. II. diagnostiziert wurde, Anästhesie und schlaffe Lähmung beider Beine, unwillkürlicher Stuhl- und Harnabgang. Diese Fraktur war eine artifizielle.

Patient hatte sich nämlich infolge gesteigerter Beschwerden beim Gehen in einem orthopädischen Institut, das in dem Aufsatze nicht

Pierre-Marieschen Typus entspricht, ebensowenig waren die großen Extremitätengelenke beteiligt, wie es letzterer Typus fordert.

Patient hatte schon die verschiedensten Behandlungsmethoden ohne Erfolg versucht. Die fortschreitende Versteifung der Wirbelsäule zu bekämpfen, schien aussichtslos. Lorenz erwog nun, ob es nicht möglich wäre, durch Behebung der geringen Kyphose der Lumbalwirbelsäule die starke kyphotische Krümmung der Brustwirbelsäule wenigstens einigermaßen zu kompensieren und so dem Patienten eine aufrechte Körperhaltung zu verschaffen, so daß es ihm möglich wäre, seinen Mitmenschen ins Antlitz zu sehen und seinem Berufe wieder nachzukommen.

Der Umstand, daß Patient bei passiven Bewegungsversuchen der Lendenwirbelsäule Schmerzen äußerte und sich durch instinktive Muskelspannung dagegen zu schützen suchte, schien dafür zu sprechen, daß die Lendenwirbelsäule von der Erstarrung noch nicht so intensiv ergriffen sei und der eine oder andere Wirbel noch eine gewisse Beweglichkeit besitzen mochte. Dafür zu sprechen schienen ferner das Fortschreiten der Erkrankung von oben nach unten sowie die absolute Freiheit der Hüftgelenke von jedem ossifizierenden Prozeß.

Lorenz hatte zunächst ins Auge gefaßt, die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule in Narkose des Patienten zu untersuchen und erst bei Konstatierung einer vorhandenen Lockerkeit eine leichte Lordosierung der Lende vorzunehmen. Die Möglichkeit eines Unfalles schien ausgeschlossen zu sein, da ja jeder Orthopäde tagtäglich in die Lage kommt, an der rachitisch oder statisch verkrümmten Wirbelsäule ziemlich energische Redressementversuche zu machen, ohne daß hierbei jemals ein übles Ereignis unterlaufen wäre.

Die Wirbelsäule eines 35jährigen kräftigen Mannes kann ja überhaupt nur durch besonders schwere Gewalten frakturiert oder

verletzt werden; LORENZ gelang es zum Beispiel nicht, trotz Anwendung aller Kraft an dem Gibbus eines 30jährigen Mannes, der sich bei einem Selbstmordversuche eine Wirbelsäulenfraktur mit Paraplegie zugezogen hatte, 2 Monate nach dem Trauma auch nur das Geringste zu ändern.

Der Patient erklärte sich nach Besprechung mit seinem Hausarzte zu dem Versuche des Redressements bereit. Die Schilderung des Verlaufes dieses Eingriffes, welcher am 2. Juli 1902 stattfand, lassen wir mit LORENZ' eigenen Worten folgen (aus dem Vortrage LORENZ': „Von der Überverantwortung des Arztes", „Wiener klin.-ther. Wochenschr.", 1905, Nr. 5—7):

„Die Untersuchung des Kranken sollte im Narkosezimmer vorgenommen werden. Erst bei positivem Resultate derselben war beabsichtigt, den Kranken in das Operationszimmer zu übertragen, wo mein Apparat zur horizontalen Rumpfextension vorbereitet war. Vom juridischen Standpunkt aus wäre dieser Umstand von höchster Wichtigkeit gewesen.

Nach eingetretener Narkose wurde Patient in Bauchlage gebracht, ich unterfuhr die Beckengegend mit meinem linken Oberarm, hob und senkte das Becken abwechselnd mit größter Vorsicht und kontrollierte die Lendenwirbelsäule, um eine eventuelle Beweglichkeit zu lokalisieren.



Jeder Sachverständige weiß, daß die Probe auf zweifelhafte Beweglichkeit eines Gelenkes mit großer Zartheit ausgeführt werden muß; andernfalls läßt diese Untersuchungsmethode vollständig im Stich. Ich brauche dem Sachkundigen also nicht zu versichern, daß von einer Gewaltanwendung in dem vorliegenden Falle nicht die Rede sein konnte.

Bei diesen Proben ließ sich ein leises Knirschen vernehmen, das ich auf einen Bewegungsvorgang in rigiden Gelenken bezog. Die Lendenwirbelsäule war also tatsächlich, und zwar mit geringer Mühe beweglich, so daß von der Übertragung des Patienten ins Operationszimmer und von der Anwendung des Streckapparates abgesehen werden konnte. Patient wurde hierauf in Bauchlage gebracht und es wurde bei leicht lordosierter Lende ein Gipsbett appliziert.

Zu meinem Entsetzen wurde an dem aus der Narkose erwachten Patienten eine komplette Paraplegie konstatiert, welche unverändert blieb, trotzdem die Lendenwirbelsäule sofort in ihre alte Stellung zurückgeführt wurde.

Die anfänglich abgestumpfte Sensibilität kehrte bald wieder, ebenso verloren sich anfängliche Blasenbeschwerden ziemlich rasch, die motorische Lähmung beider Beine aber persistierte.

Die äußere Besichtigung des Rumpfes ergab absolut dieselben Formverhältnisse, wie sie vorher bestanden hatten; nicht die geringste Formveränderung war hinzugekommen. Das Röntgenbild ergab auch nicht den leisesten Anhaltspunkt für die Annahme einer Verletzung der Wirbelsäule. Als einzige Asymmetrie in der Aneinanderreihung der Wirbelkörper konnte eine minimale Verbreiterung der Randscheibe zwischen dem zweiten und dritten Lendenwirbel an der linken Seite entdeckt werden, eine Asymmetrie, die sich oft genug an völlig normalen Wirbelsäulen findet.

Und dennoch mußte irgend eine Verletzung der Wirbelsäule, resp. des Rückenmarkes, stattgefunden haben.

Eine Fraktur der ganzen Lendenwirbelsäule konnte kaum angenommen werden. Das Röntgenbild, welches einer Korona von Konsiliarärzten vorgelegt wurde, hätte darüber wohl Auskunft geben müssen. Auch die angewendete minimale Kraft hätte einen solchen Affekt selbst an einer schwer erkrankten Wirbelsäule nicht wohl annehmen lassen."

Wir legen das Röntgenbild bei (siehe Figur), welches 4 Tage nach der Operation aufgenommen wurde (Doz. Dr. KIENBÖCK).

An demselben ist eine Frakturstelle nicht sichtbar, dagegen zeigt das Bild hochgradige Porose (abnorme Durchsichtigkeit) der Wirbelsäule mit ankylosierenden Knochenbrücken (am deutlichsten zwischen 1. und 2. Lendenwirbel links).

Der Patient reiste nach einiger Zeit in seine Heimat. Eine in diesem Frühlinge, also ungefähr 3 Jahre nach der Operation bei dem behandelnden Arzte des Patienten eingezogene Erkundigung ergab folgendes: Die Blasenlähmung ging am raschesten zurück, längere Zeit resistierte die motorische Lähmung beider Beine. Nach ungefähr $1^1/_2$ Jahren ging auch diese soweit zurück, daß Patient mit Stöcken im Zimmer umhergehen konnte. Der behandelnde Arzt gibt an, daß diese Besserung langsam, aber stetig fortschreitet. Mit einiger Schwierigkeit kann Patient jetzt wieder seinem Berufe obliegen.

Der Status an der Wirbelsäule hat sich gar nicht geändert. Von einem Gibbus ist nichts zu bemerken, Schmerzen bestehen keine, ebensowenig Parästhesien im Gebiete der Extremitätennerven.

Dieser Fall weist, wie schon erwähnt, eine gewisse Ähnlichkeit mit dem ORHAN ABDIschen Falle auf. Jedoch ist hervorzuheben, daß uns im LORENZschen Falle der Mechanismus des Traumas ganz genau bekannt ist, während in jenem Falle die genaueren Umstände, unter denen dasselbe erfolgte, fraglich sind. Es wäre noch zu berücksichtigen, daß beim ORHAN ABDIschen Falle an der starren Wirbelsäule mit dem Hebelarm des ankylotischen Hüftgelenkes gearbeitet wurde, während in unserem Falle der Eingriff unter Anwendung einer so minimalen Gewalt erfolgte, daß nur eine ganz hochgradige Entartung der Knochen durch Osteoporose, eine filigranglasartige Fragilität derselben zu einer partiellen Fraktur eines Wirbelkörpers oder eines Gelenkfortsatzes geführt haben konnte. Ein epidurales Hämatom mochte die Drucklähmung des Rückenmarkes bedingt haben.

Die pathologische Anatomie der chronischen ankylosierenden Wirbelsäulenentzündung ist also durch die wichtige Angabe zu ergänzen, daß bei diesem Prozesse die Wirbelsäule nicht nur steif, sondern auch von glasiger Brüchigkeit ist. Dementsprechend zeigt das Röntgenbild eine hochgradige Osteoporose. Ferner wäre die Annahme zulässig, daß bei unserer Erkrankung ein verhältnismäßig geringes Knochentrauma ein schon erkranktes Mark trifft, das stärker auf den geringsten Insult reagiert als ein normales.

Daraus, daß wir die zwei einzigen bis jetzt bekannten Fälle, in denen bei chronischer ankylosierender Wirbelsäulenentzündung ein Redressement versucht wurde, einen so ungünstigen Ausgang nehmen sahen, müssen wir wohl die Lehre ziehen, daß diese Erkrankung für den Orthopäden in operativer Beziehung ein Noli me tangere bleiben muß; wir müssen uns wohl darauf beschränken, den Kranken durch geeignete

Da
ski
ch

ı k
ch
ıaı
;es
en
.uf
3a
raı
:n
L
:n,
u:
me
H
t

ıt
Kö
ı
t
er
W
e
als
aß
ım

we
a
LP
ıft
:e
far
7,
]
ıf
rd
ı ı
ıer
r
ieß
W
:rt
:m

s,
ha
–
pf
:ig
ns
:g
e

er
:t.

ü
n

g
g

gesteigerten Temperatur angesehen werden dürfe. Die geringe Herabsetzung zwischen 17—32° sei eine Folge der Vermehrung des Leitungs- und Strahlungsverlustes. Die durch den Wind enorm gesteigerte Verdampfung bei höheren Temperaturen würde nach RUBNER genügen, mehr als die gesamte, im Körper erzeugte Wärme zu binden. Die Wirkung des Windes ist aber hier trotzdem eine mehr austrocknende als wärmeentziehende, weil die zur Verdampfung notwendige Wärme nicht nur dem Körper, sondern wahrscheinlich noch in viel höherem Grade der vorbeistreichenden Luft entzogen wird. Außerdem tritt hier auch eine verstärkte Wärmebildung im Körper ein, weil der Stoffwechsel durch die Verdunstung angeregt wird. Nach diesem Autor ist die wasserentziehende Wirkung des Windes von dem Feuchtigkeitsgehalte der Luft unabhängig. Man muß mit ihm annehmen, daß bei hohen Temperaturen das Wasser in den Schweißdrüsen stehe und daher leicht von der bewegten Luft erreicht werden könne. Unter solchen Verhältnissen sind nicht mehr besondere physiologische Gesetze, sondern lediglich die physikalischen Gesetze der Verdampfung geltend.

Sehr deutlich drücken sich die durch den Wind hervorgerufenen Änderungen des respiratorischen Gaswechsels in der Kohlensäureausscheidung aus. In WOLPERTs Versuchen zeigte sich bei ruhender Luft ebenso bezüglich der Kohlensäureausscheidung wie bei der Wasserabgabe ein Minimum bei 18—20° (24 *g* stündlich). Die Abkühlung der Umgebungsluft steigerte die CO_2-Abgabe mehr als die Erwärmung derselben. Die Steigerung hielt aber nach oben nur bis 27° C an, wo 25·3 *g* CO_2 pro Stunde ausgeschieden wurden. Hier hörte die Steigerung auf und machte bei weiterer Erwärmung einer Herabsetzung Platz, so daß bei 35—40° 22·1 *g* CO_2 pro Stunde ausgeschieden wurden.

In der bewegten Luft hingegen befand sich das Minimum bei 32° (21·6 *g* stündlich), bei 18° wurden 30 *g*, bei 30—35° 31·6 *g*, bei 35—40° 22·1 *g* CO_2 stündlich ausgeschieden. Wie man sieht, folgt auch der Einfluß verschieden warmer bewegter Luft auf den Stoffwechsel keinem ganz einfachen Gesetze. Mächtig ist die Steigerung der CO_2-Ausscheidung durch den Wind in der Kälte bis zu 20° und beträgt hier 20—25%. Bei 20—25° beträgt die Steigerung noch 10%, bei 25—30° ist hier kein Einfluß des Windes auf die CO_2-Ausscheidung nachweisbar; bei 30—35° tritt eine Verminderung um 10% ein; bei 35—40° macht sich wieder eine Steigerung um 5—15% bemerkbar. In der untenstehenden Tabelle hat WOLPERT seine Resultate übersichtlich zusammengestellt.

Mittelwerte der CO_2- und Wasserdampfabgabe bei 8 *m* Wind.

Temperatur	Wind gegen Windstille	
	± Kohlensäure	± Wasserdampf
10—15°	17% mehr CO_2 Absolut 30·0 : 25·1 *g*/St.	7% mehr H_2O Absolut 30 : 28 *g*/St.
15—20°	20% mehr CO_2 Absolut 30·1 : 24·1 *g*/St.	14% mehr H_2O Absolut 20 : 19 *g*/St.
20—25°	11% mehr CO_2 Absolut 28·0 : 26·0 *g*/St.	4% weniger H_2O Absolut 22 : 23 *g*/St.
25—30°	4% weniger CO_2 Absolut 24·0 : 25·3 *g*/St.	47% weniger H_2O Absolut 23 : 43 *g*/St.
30—35°	9% weniger CO_2 Absolut 21·6 : 23·7 *g*/St.	39% weniger H_2O Absolut 51 : 84 *g*/St.
35—40°	4% mehr CO_2 Absolut 21·6 : 21·2 *g*/St.	28% mehr H_2O Absolut 156 : 112 *g*/St.

Besonders hingewiesen muß hier auf einen Versuch von ZUNTZ und LOEWY [2]) werden, weil dieser den energischen Einfluß eines kalten Luftstromes dartut und zeigt, wie derselbe den O-Verbrauch und die CO_2-Ausscheidung fast auf das Doppelte steigert, ganz wie ein protrahiertes kaltes Wasserbad. Besonders wichtig an diesem Versuche ist, daß er beweist, daß es sich hier nicht um eine bloße Steigerung der Lungenventilation, sondern um eine lebhafte Anfachung des Stoffwechsels handelt.

Die Atmungsgröße wurde sowohl durch die Einwirkung des Windes auf den nackten Körper wie durch ein protrahiertes kaltes Wasserbad von 267 auf 740 (= 100 : 177), die CO_2-Bildung von 19·2 auf 25·8 (= 100 : 186), der O-Verbrauch von 21·4 auf 37·3 (= 100 : 174) gesteigert.

Was nun das Verhältnis der Windstärke zur Steigerung des Stoffwechsels anbelangt, so besteht eine direkte Proportionalität nicht. Die Wirkung ist bei 1 *m* Geschwindigkeit schon deutlich und sie nimmt mit der Geschwindigkeit zu, aber die Veränderungen sind z. B. bei einer Geschwindigkeit von 16 *m* pro Sekunde nicht doppelt so groß wie bei 8 *m*.

Bezüglich des Einflusses des Windes auf die Respiration liegt ebenfalls eine Untersuchungsreihe von WOLPERT [3]) vor. Der Wind übt auf die Atmungsgröße keinen Einfluß aus, wenn er die Wärme- bzw. Kälteempfindung nicht beeinflußt, z. B. bei 30°. Bei höheren und bei niedrigeren Temperaturen steigert der Wind die Atmungsgröße. So steigerte ein Wind von 35°, der als angenehm empfunden wurde, die Atmungsgröße in dem Verhältnis von 100 : 111; bei 40° um das Doppelte, nämlich im Verhältnis von 100 : 122, während schließlich ein sehr unangenehmer Wind von 20° eine Steigerung von 50% hervorbrachte.

Bemerkenswert ist ferner, daß die Kleidung des Versuchsindividuums keinen wesentlichen Einfluß auf das Resultat ausübt.

Die Steigerung der Atmungsgröße kommt bezeichnenderweise nicht durch eine erhöhte Frequenz der Atemzüge, sondern durch eine Vertiefung der Respiration zustande.

Diese Steigerung der Lungenventilation ist beim warmen Wasserbade bezüglich des Stoffwechsels das Wesentliche, während der kalte Wind außerdem noch, wie erwähnt, eine intensive Steigerung des respiratorischen Gaswechsels hervorruft.

Dies ist eine Wirkungsweise, welche uns deshalb interessieren muß, weil sie bei den heute allgemein als wirksam anerkannten und im größten Maßstabe verwendeten Kohlensäurebädern die Grundlage des therapeutischen Effektes zu bilden scheint. Aus den Untersuchungen von HUGO WINTERNITZ [4]) über die Wirkung des CO_2-Bades geht nämlich hervor, daß die Steigerung der Atmungsgröße um 20% das wichtigste Moment bei diesem Heilbehelfe bildet.

Auf die Atmungsgröße hatte schließlich auch die Feuchtigkeit der bewegten Luft einen Einfluß. Die Steigerung fiel bei feuchter Luft größer aus als bei trockener.

Daß der Einfluß des Windes auf das Allgemeingefühl gegenüber demjenigen der ruhenden Luft sehr ausgesprochen ist, braucht nur erwähnt zu werden, da man durch die täglichen Erfahrungen darüber belehrt wird. Sehr viel trägt zum Entstehen dieser Verschiedenheit das Verhalten des Schweißes bei. So tritt z. B. in ruhender Luft bei 35° C schon eine ziemlich bedeutende Schweißsekretion ein und ein längeres Verweilen ruft ein beträchtliches Unbehagen hervor. Ein Wind der gleichen Temperatur ist angenehm und der Schweißausbruch unterbleibt. Welche Bedeutung der bewegten Luft dadurch zukommt, daß sie bei höheren Temperaturen die stärkste Wasserentziehung ohne tropfbarflüssigen Schweiß zu erzeugen imstande ist, ergibt sich von selbst, wenn man bedenkt, welche unangenehmen, ja bei Herzkranken gefahrdrohenden Symptome den Schweißausbruch zu begleiten pflegen.

Überblickt man die bisher geschilderten Änderungen des Stoffwechsels unter dem Einflusse des Windes, dann ergibt sich eine Steigerung des O-Verbrauches, der CO_2-Ausscheidung, der Wasserdampfabgabe und eine Vertiefung der Respiration bei Temperaturen, wo durch die Luftbewegung das Kältegefühl

[2]) „PFLÜGERS Archiv", Bd. 46.

[3]) „Archiv für Hygiene", Bd. 42.

[4]) Habilitationsschrift, 1902.

beeinflußt. Das besonnte Tier zeigte bei 25° im Schatten und gleichzeitig 43° in der Sonne (Überschuß 18°) die gleiche Stoffzersetzung wie das beschattete Tier bei 34° Lufttemperatur. WOLPERT bestätigte diese Regel durch Untersuchungen am Menschen.

Eine andere Untersuchungsreihe RUBNERS[2]) über insensible Luftströmungen zeigt, daß man dem Körper durch einen kühlen leisen Luftstrom ganz bedeutende Wärmemengen entziehen kann, ohne daß dies durch längere Zeit subjektiv oder objektiv zum Ausdrucke kommt. Er vermutet, daß in diesem Umstande die Gefahr einer Erkältung begründet sei, weil die automatischen Schutzmaßregeln des Organismus nicht sofort in Tätigkeit treten. Bei unseren mit dem Licht-Luftstrombade nach dieser Richtung angestellten Versuchen zeigte sich das Gleiche. Auffallend war mir besonders die Nachwirkung einer derartigen Applikation, welche im wesentlichen aus einem starken Bewegungsdrange bestand. Es ist dies offenbar der Ausdruck des Bestrebens, die auf unmerkliche Weise verlorene Wärme durch eine Muskelaktion zu ersetzen. Wir machen uns gerade dieses Moment therapeutisch nutzbar, wenn wir einen Kranken zu starken körperlichen Leistungen anregen wollen.

Die bewegte Luft übt im allgemeinen auf den Körper eine doppelte Reizwirkung aus, nämlich einen thermischen Reiz, dessen Intensität durch die Differenz zwischen der Hauttemperatur und der ihrigen bestimmt wird, und einen

Der wichtigste Unterschied zwischen Wasser und Luft aber dokumentiert sich dadurch, daß die letztere eine bedeutend länger anhaltende Reaktion hervorruft als das Wasser; während im kalten Wasser schon nach relativ kurzer Zeit jene Erscheinungen, besonders die Cyanose, eintreten, welche die bereits für schädlich angesehene Überreizung der Gefäße anzeigen, kann man die Reaktion in der kühlen, mäßig bewegten Luft, wenn man will, durch mehrere Stunden in vollkommener Reinheit aufrecht halten.

Mehr vermuten als beweisen kann man schließlich den Einfluß des Luftstrombades auf die speziellen Funktionen der Haut, deren Förderung für die Hygiene und Therapie gewiß nicht bedeutungslos ist. Hierher gehört vor allem die Hautatmung und die Tätigkeit der Hautdrüsen. Man darf annehmen, daß durch die systematische Anwendung des Luftbades im Freien oder in der beschriebenen künstlichen Form die Zirkulationsverhältnisse der Haut gebessert werden und daß dies, wenn man sie an energischere Leistungen gewöhnt, dieselbe befähigt, in höherem Grade ihren Funktionen zu dienen, nämlich dem Gasaustausch, der Entfernung schädlicher flüchtiger Stoffwechselprodukte sowie jener uns ihrem Wesen nach noch unbekannten prohibitorischen Tätigkeit, deren Wegfall, wie man anzunehmen gezwungen ist, einer Reihe von Krankheiten die Wege ebnet, die wir heute noch mit dem Volke als Erkältungskrankheiten bezeichnen müssen.

[1]) „Archiv für Hygiene", Bd. 20, pag. 345.

[2]) „Archiv für Hygiene", Bd. 50.

[3]) „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie", Bd. 8.



Aus dem Institute für Mechanotherapie der DDr. A. Bum und R. Grünbaum in Wien.

Weitere Beiträge zur Kasuistik der Myositis ossificans traumatica.

Von **Dr. Robert Grünbaum.**

Unter den traumatischen Muskelverknöcherungen können wir 2 Formen unterscheiden: solche, die nach wiederholten, schwächeren traumatischen Reizen entstehen, und solche, die sich nach einem einmaligen heftigen Trauma bilden. Zu den ersteren gehören die schon lange bekannten und gar nicht so seltenen sogenannten „Reit- und Exerzierknochen", wie sie in den Adduktoren, veranlaßt durch die häufigen Quetschungen beim Reiten, im Deltoideus durch das Anschlagen des Gewehrkolbens gegen den Oberarm, im Vastus lateralis durch das der Säbelkuppel gegen den Oberschenkel u. dgl. m. gefunden werden. Ihre Häufigkeit wird am besten durch die Tatsache illustriert, daß HASSE unter 600 in Abrichtung begriffenen Rekruten 18mal solche Bildungen konstatieren konnte.

Viel seltener sind die nach einem einmaligen Trauma entstehenden Knochenneubildungen. Seit den ersten Publikationen hierüber von OTTO (1816)[1], SCHUH[2]) und ROKITANSKY[3]) sind bis zu den achtziger Jahren in der Literatur nur relativ spärliche Mitteilungen enthalten. Seither ist die Zahl der beobachteten Fälle, wahrscheinlich als Folge der durch die Versicherungsgesetzgebung bedingten erhöhten Beachtung aller Unfälle und dann dank der durch die Entdeckung der Röntgenstrahlen erleichterten Diagnose, beträchtlich angestiegen. So konnte ich in meiner ersten Publikation[4]) über diesen Gegenstand in der Literatur schon 33 sichere Fälle von traumatischen Osteomen auffinden, OVERMANN[5]) im folgenden Jahre bereits 42, und seit dieser Zeit hat sich die Zahl der Beobachtungen noch weiter vergrößert. Immerhin rechtfertigt neben der relativen Seltenheit der Umstand, daß die meisten Fragen der Pathologie und Pathogenese dieser Bildungen, namentlich die Fragen bezüglich ihres Ausgangspunktes und ihrer Grundlage, dann bezüglich ihrer Klassifizierung als Entzündungsprodukt oder als Geschwulstbildung noch immer kontrovers sind, die Mitteilung jeder einzelnen Beobachtung.

Fig. 1.



Ich hatte nun in den letzten 4 Jahren unter ungefähr 2000 Unfallverletzten Gelegenheit, 8 Fälle von Myositis ossificans traumatica zu beobachten. Die Krankengeschichten dieser Fälle sind kurz folgende:

Fig. 2.



Fall I. A. S., 33jähriger Kaufmann, erlitt vor 7 Monaten einen Unfall in der Weise, daß er, auf der Straße stürzend, auf seinen gebeugten rechten Vorderarm auffiel. Danach trat eine sehr bedeutende Schwellung aller Weichteile der Ellbogengegend auf, ausgedehnte Blutunterlaufungen der Haut des Vorder- und Oberarmes und eine intensive Schmerzhaftigkeit aller Bewegungen des Ellbogengelenkes. Bei der Untersuchung fand sich eine auf Druck empfindliche Stelle an der Innenseite des Ellbogengelenkes knapp über der Gelenklinie. An dieser Stelle fühlte man einen halbbohnengroßen Tumor von sehr beträchtlicher Resistenz und ziemlich glatter Oberfläche, länglich rund mit einer stumpfen Spitze zentralwärts, gegen das Ellbogengelenk sich bedeutend verschmälernd. Der Tumor war seitlich nur wenig verschieblich, bei Anspannung der Muskulatur des Oberarmes schien er sich gegen die Tiefe zu verlieren und seine seitliche Beweglichkeit war verringert. Die Haut über der Geschwulst vollständig unverändert. Pro- und Supination des Vorderarms nicht eingeschränkt, Reiben im Radioulnargelenke. Streckung des Ellbogengelenkes bis ungefähr 160°, Beugung bis 100° möglich. Im Röntgenbilde fand sich an der Stelle der getasteten Geschwulst ein dunkler, etwa 2 *cm* langer und 1 *cm* breiter Knochenschatten, der weder mit dem Schatten des Humerusknochens noch mit dem der Vorderarmknochen zusammenhing. Die Konturen der 3 Röhrenknochen sind vollkommen intakt und unverändert.

Patient wurde mit warmen Bädern, Massage und passiven Bewegungen des Ellbogengelenkes behandelt, wodurch sich die Beweglichkeit des Gelenkes namentlich in der Richtung der Beugung

[1]) A. W. OTTO, Seltene Beobachtungen, zur Anatomie, Physiologie und Pathologie gehörig. 1816, H. 1.
[2]) SCHUH, Pathologie und Therapie der Pseudoplasmen, 1854.
[3]) ROKITANSKY, Pathologische Anatomie, 1856, Bd. 2.
[4]) GRÜNBAUM, „Wiener Med. Presse", 1901, Nr. 1.
[5]) OVERMANN, „Deutsche militärärztliche Zeitschr.", 1902, Nr. 11.

1

ahn
n
orsp
en
asdi
enk

w
on
sor
us
s
ter
vol
der
bei
ent
rbe
t e
tob
at
die
di
ein
sch
chk

chu
geg
de

r g
chw
b
gen
ve
sc
m
r i
ng
3

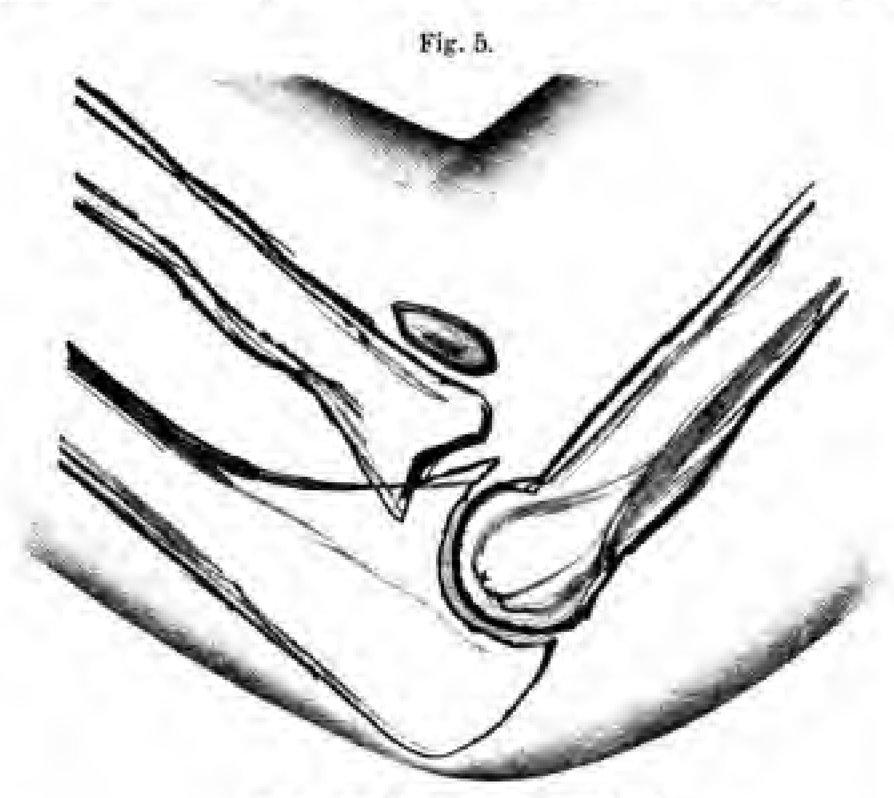
zu forcieren, klagte Patient über heftige Schmerzen. Die Röntgenuntersuchung ergab eine schalenförmige Knochenneubildung im Musculus quadriceps femoris. Das Röntgenbild steht mir derzeit nicht mehr zur Verfügung. Da Patient jeden operativen Eingriff verweigerte, so wurde er mit warmen Bädern und passiven Bewegungen behandelt und nach mehreren Wochen mit bedeutend verminderter Erwerbsfähigkeit aus dem Krankenstande entlassen.

Fall IV. O. K., 25jähriger Oberarzt, stürzte am 11. August 1902 beim Reiten auf das linke Ellbogengelenk und zog sich eine Fraktur oberhalb des Tuberculum radii zu mit seitlicher Verschiebung des Capitulum radii nach einwärts. Die Kallusbildung erfolgte anfangs spärlich und langsam, es kam aber schließlich doch zur vollständigen Konsolidation der Fragmente. Die Beweglichkeit war nach allen Richtungen eingeschränkt. Außerdem bestand oberhalb der Ellenbeuge eine druckempfindliche Stelle mit bedeutend vermehrter Resistenz. Seitliche Verschieblichkeit derselben bestand nicht. Bei Pro- und Supinationsversuchen rauhes Reiben im Gelenke nachweisbar. Der am 18. Oktober aufgenommene Röntgenbefund (Fig. 4) ergab eine in Heilung begriffene Fraktur des Capitulum radii mit exzessiver Kallusbildung. Außerdem waren abnorme Knochenschatten in den seitlichen Gelenkbändern, sowie ein größerer im Musculus brachialis internus nachweisbar.

Patient wurde durch mehrere Wochen mit heißen Bädern, Massage, aktiver und passiver Gymnastik behandelt und anfangs März diensttauglich entlassen.

Fall V. P. S., 26 Jahre alt, erlitt einen Automobilunfall, wobei sie direkt auf das Ellbogengelenk auffiel. Luxation im Ellbogengelenke nach hinten mit gleichzeitiger Drehung des Radius um 180°. Die Verrenkung wurde noch am selben Tage reponiert und durch $3^1/_2$ Wochen im festen Verbande gehalten. Nach Entfernung des Verbandes war die frühere starke Schwellung bis auf einen geringen druckempfindlichen Rest an der Innenseite des Oberarmes ganz nahe der Gelenklinie geschwunden. Hingegen bestand eine sehr bedeutende Bewegungseinschränkung, sowohl im Ellbogen-, wie im Radioulnargelenke. Patientin wurde mit warmen Bädern und leichter passiver Gymnastik behandelt, ohne daß es in der nächsten Zeit gelang, den

Fig. 5.



Nach dem Radiogramm gezeichnet.

Bewegungsumfang zu vergrößern. Der Arm war fast rechtwinklig gebeugt, der Vorderarm in Pronationsstellung, Supination nur in ganz geringem Umfange ausführbar, hierbei rauhes Reiben im Gelenke.

Bei der wegen Verdacht auf eine nicht konsolidierte Gelenkfraktur vorgenommenen Röntgenuntersuchung (Fig. 5) fand man gar keinen Anhaltspunkt für eine solche, die Konturen aller dreier Röhrenknochen waren unversehrt. Vor dem Schatten des oberen Radiusendes, anscheinend der Muskulatur angehörig, sah man einen dunklen bohnengroßen Schattenherd, deutlich von den Konturen des Radiusköpfchens durch einen hellen Spalt getrennt. Außerdem erschienen kleinere zarte Schatten am Rande der Ellbogengelenkfläche, wahrscheinlich Ossifikationsherde in der Gelenkkapsel.

Patientin wurde mit heißen Bädern und kräftigen aktiven und passiven Bewegungen behandelt, wobei sich der Bewegungsumfang des Ellbogengelenkes bis zu 75° (45—120°) vergrößerte. Eine Besserung der Beweglichkeit im Radioulnargelenke war nicht zu erreichen.

Fig. 6.



Zur operativen Entfernung der Verknöcherungen konnte sich Patientin nicht entschließen.

Fall VI. M. J., 33jähriger Kutscher, erlitt am 16. März 1904 einen Hufschlag gegen den rechten Oberschenkel, danach sehr bedeutende Weichteilschwellung und Druckempfindlichkeit an der verletzten Stelle. Die Bewegungen im Kniegelenk anfangs im vollen Umfange möglich, aber schmerzhaft. Patient wurde zunächst mit kalten Umschlägen und Ruhe behandelt. Bei der ersten Untersuchung am 18. April fand sich eine sehr beträchtliche Verdickung des rechten Oberschenkels; der Umfang desselben, über der größten Konvexität gemessen, rechts 47, links 40 *cm*. Die Schwellung hatte eine etwas unebene Oberfläche und eine knochenharte Resistenz. Bei Kontraktion des Musculus quadriceps wurde der Tumor weniger deutlich fühlbar. Die Form derselben war eine länglich schalenförmige. Seine Länge betrug $10^1/_2$ *cm*, seine Breite 7 *cm*. An seiner Oberfläche eine scharfe, längsverlaufende Kante. Seitliche Verschiebungen der Geschwulst nicht möglich, doch behauptete der Patient, daß sie früher vorhanden gewesen sei. Die Beugung im Kniegelenke bis 150° möglich, hierbei klagt der Kranke über ziehende Schmerzen.

Das am 19. April aufgenommene Röntgenbild (Fig. 6) zeigte vor dem dunklen Schatten des Femurknochens einen lichteren, dünneren, flockigen Knochenschatten von länglicher Gestalt, welcher gegen den Femurschatten ziemlich scharf abgesetzt und von demselben durch einen hellen Streifen geschieden war.

Patient wurde mit Massage, warmen Bädern und passiven Bewegungen behandelt und am 3. Juni als arbeitsfähig mit fast vollständig freier Beweglichkeit im Kniegelenke entlassen. Der Tumor an Größe und Konsistenz unverändert. Patient geht seither seiner Beschäftigung als Schwerkutscher ununterbrochen nach.

Fall VII. K. D., 20 Jahre alt, zog sich durch Sturz aus einer beträchtlichen Höhe eine Verrenkung des linken Ellbogens zu. Die-

sondern meine Meinung kurz dahin äußern, daß es gewiß Fälle gibt, wo die Knochenumbildung von den durch das Trauma abgerissenen Periostteilchen ausgeht, daß aber häufiger die traumatischen Osteome ohne Beteiligung des Periostes im Muskelgewebe entstehen. (Schluß folgt.)

Referate.

W. SAMPSON HANDLEY (London): **Die Verbreitung des Brustkrebses.**

Verf. ist der Ansicht („Lancet", 1905, Nr. 14, 15, 16), daß der Brustkrebs sich in den Bauchdecken verbreitet durch ein langsames zentrifugales Wachstum, das ganz unabhängig ist von der Verschleppung der Krebszellen durch den Blut- oder Lymphstrom. Die lokalen Hautmetastasen finden sich immer in der Nähe des primären Herdes, und zwar innerhalb eines Ringes, der mit der Zunahme der Krankheit größer wird und der den primären Tumor zum Zentrum hat. Bevor dieser Kreis die distalen Abschnitte der Extremitäten erreicht, tritt gewöhnlich der Tod ein; deshalb findet man diese Teile fast immer frei von Haut- (und Knochen-) Metastasen. Je näher der Knochen der Brust gelegen ist, um so häufiger wird man eine Krebsmetastase in ihm finden. Femur und Humerus zeigen Metastasen zuerst da, wo sie nahe dem Rumpf und subkutan liegen (Trochanter major, Ansatzstelle des Deltoides). Es scheint, als wenn die zentrifugale Verbreitung entlang der tiefen Faszie vor sich ginge. Mikroskopisch kann man nachweisen, daß die krebshaltige Zone in der tiefen Faszie um die Brust viel größer ist als die der Haut, und daß isolierte Krebsknoten der Haut und des Muskels stets direkt von der krebsigen Faszie aus nach oben gewachsen sind. Es gelang Verf. an zahlreichen Schnitten, nachzuweisen, daß der primäre Krebs fühlerartige Fortsätze aussendet, die entlang den Lymphgefäßen wachsen. Diesen Vorgang bezeichnet HANDLEY als Permeation. Die Krebszellen verbreiten sich entlang dem Lymphplexus der tiefen Faszie wie eine dicke Injektionsmasse, zuerst gelangen sie in die großen, dann in die kleinen Lymphbahnen; wenn diese durch die vis a tergo gesprengt werden, so gelangen Krebszellen in die benachbarten Gewebe (Haut, Muskel, Knochen). Die Verbreitung geht mit oder gegen den Lymphstrom vor sich. Die Ruptur der Lymphgefäße führt zu einer reaktiven Entzündung, zur Einkapselung und Zerstörung vieler Krebszellen. Die Lymphbahnen werden dann durch fibröse Stränge ersetzt. Auch die viszeralen Metastasen sind nur selten als Embolien aufzufassen, sondern meistens entstehen sie durch direktes Übergreifen des Krebses von den Lymphbahnen der tiefen Faszie auf die subserösen Lymphbahnen der Pleura und des Peritoneums. Durch Ruptur dieser Lymphbahnen gelangen Krebszellen in die serösen Häute, implantieren sich auf die verschiedenen Eingeweide und erzeugen hier Metastasen. Während die dicke Brustwand die Pleura gut gegen diese Invasion schützt, ist das Peritoneum nur durch eine dünne Lage von Bindegewebe vom faszialen Lymphplexus getrennt. Es ist deshalb von großer Wichtigkeit, die tiefe Faszie in großer Ausdehnung fortzunehmen, und zwar sollte man sie bis 2 Zoll unterhalb des Processus ensiformis entfernen. G.

F. A. KEHRER (Heidelberg): **Über gastrische Wehenschwäche.**

Bei Überladung des Magens und bei krankhaften Zuständen desselben sind Wehenschwäche und dadurch bedingte längere Geburtsdauer zu beobachten; Erbrechen bringt bei solchen Zuständen oft rasche Geburtsbeendigung. KEHRER („Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk.", 1905, Bd. 10, H. 1) hält darum an dem Satze fest, daß Wehenschwäche durch Magenüberladung und -katarrh hervorgerufen werden kann und daß andrerseits Erbrechen die Wehentätigkeit anregt und geradezu als ein wehenbeförderndes Mittel zu betrachten ist. Das Vomitiv in diesen Fällen durch die Magenausspülung zu ersetzen, sieht Verf. weniger ratsam an; sie sei ebenfalls lästig und lasse feste oder ungenügend verkleinerte Nahrungsmittel nicht immer vollkommen entleeren. Von Beginn der Wehen an soll keine feste Mahlzeit mehr verabreicht werden; Flüssigkeiten genügen und stören die Wehentätigkeit am wenigsten. Die Erfahrung, daß zu reichliche Füllung des Magens hemmend auf die Geburtswehen wirkt, könnte nach KEHRER vielleicht auch zur Erklärung dafür herangezogen werden, daß die ersten wahrnehmbaren Wehen am seltensten in den Nachmittagsstunden von 12—6 Uhr, also während der Verdauung der Hauptmahlzeit, eintreten. FISCHER.

SALGE (Berlin): **Die Behandlung der hereditären Syphilis des Säuglings.**

Verf. empfiehlt hauptsächlich die intramuskulären Injektionen relativ hoher Dosen von Sublimat nach IMERVOL („Berliner klin. Wochenschrift", 1905, Nr. 22). Man spritzt wöchentlich einmal 2—4 *mg* in den äußeren oberen Quadranten abwechselnd der rechten und der linken Hinterbacke ein; im ganzen genügen für eine Kur 3—4 Injektionen.

Rp. Sublimat
Natr. chlorat. . . . . aa. 0·2
Aq. . . . . 10·0
Einmal wöchentlich ist $^1/_{10}$ *cm*³ zu injizieren.

Zu den Einspritzungen, die wenig schmerzhaft sind, bedient man sich zweckmäßig einer Glasspritze mit eingeschliffenem Glasstempel, die sehr gut eine genaue Dosierung des geringen Flüssigkeitsquantums gestattet. Bei leichten Fällen kann man auch mit innerlicher Quecksilberdarreichung (am besten Hydr. jod. flav., zweimal täglich $^1/_2$—1 *cg*) oder mit häufigeren Einspritzungen kleiner Sublimatdosen ($^1/_2$—1 *mg*), mit einer Schmierkur bei intakter und mit Sublimatbädern bei exkoriierter Haut auskommen. Bei der lokalen Behandlung der syphilitischen Koryza des Säuglings erzielte Verf. ausgezeichnete symptomatische Erfolge mit der Anwendung der Nebennierenpräparate. Am bequemsten und billigsten sind die sogenannten Soloid-Hemisintabletten; man löst eine derselben in 5 cm^3 Wasser oder Kochsalzlösung und führt mehrmals täglich damit getränkte Wattetampons in die Nase ein. Die trockene Schwellung wird dadurch zeitweise beseitigt und das Kind so in den Stand gesetzt, besser zu atmen und zu trinken. L.

P. KOSTIN (St. Petersburg): **Über die Wirkung des Eumydrins auf das Auge.**

Auf Grund seiner Studien kommt Autor zu folgenden Schlüssen: Eumydrin, das salpetersaure Salz des Methylatropins, bildet ein kristallinisches, weißes, sich in der Luft nicht veränderndes, geruchloses Pulver, das sich leicht in Wasser, gut in Alkohol, schwerer in Chloroform und gar nicht in Äther löst (Dissertation, 1904). Die Dosis letalis bei subkutaner Applikation beträgt beim Kaninchen 0·15 pro Kilogramm Gewicht. Bei Vergiftung tritt der Tod ohne Krämpfe ein, unter Erscheinungen der Paralyse, gleiwie bei Curare. Die Lösungen verändern sich bei längerer Aufbewahrung, auch am Licht, nicht in ihrer Wirkung. Bei Einführung von Lösungen (1 bis 10%) in den Konjunktivalsack macht sich weder lokaler Schmerz noch Veränderung der Kornea bemerkbar. Die Lösungen rufen Mydriasis bis 8—9 *mm* in maximo hervor; die Pupillenerweiterung tritt allmählich ein. Der Beginn der Mydriasis, das Maximum derselben und Wiedereintritt der normalen Verhältnisse hängt von der Stärke der Lösungen ab. Alle Lösungen des Eumydrins, schwache (1%), mittlere (5%) und starke (10%), erweitern die Pupille viel schneller als die 1%ige Atropinlösung (Eumydrin 1% nach 10·7 Minuten, 5% nach 7 Minuten und 10% nach 5·5 Minuten, wogegen Atropin erst nach 14·3 Minuten); das Maximum der Mydriasis bei 1%iger Lösung tritt fast ebenso rasch (36·2 Minuten) ein wie bei Atropin (35 Minuten), bei 5- und 10%igen Lösungen bedeutend rascher (nach 11—18 Minuten); die Dauer der Wirkung einer 1%igen Lösung (3 Tage) und 5%igen (3·9 Tage) ist kürzer als bei Atropin (8·6 Tage), die Wirkung einer 10%igen Lösung dagegen hält um 1—$1^1/_2$ Tage länger an. Nebenwirkungen, wie sie charakteristisch für Atropin sind, zeigen sich bei längerem Gebrauch des Eumydrins höchst selten; beträchtlicher, als Trockenheit im Halse und Schwere des Kopfes, nur bei stärkeren (10%) Lösungen. Bei gleichzeitiger Anwendung einer 2%igen Kokainlösung tritt die mydriatische Wirkung des Eumydrins bedeutend schneller ein, ohne die Dauer zu verändern. Eumydrin ruft Parese der Akkommodation

list (Dissertation, 1903) ... tion beträgt beim Kaninchen ... Vergiftung tritt der Tod ... Paralyse, gleichwie bei ... gerer Aufbewahrung, und ... führung von Lösungen ... sich weder lokaler Schmerz ... rkbar. Die Lösungen ... vor; die Pupillenerweiterung ... Mydriasis, das Maximum der ... Verhältnisse hängt von der ... des Eumydrins, schwache ... erweitern die Pupille ... Eumydrin 1%, nach ... nach 5·5 Minuten, ... Maximum der Mydriasis ... (36·2 Minuten) ... ... igeren Lösungen bedeutend ... Dauer der Wirkung ... (3·9 Tage) ist kürzer ... einer 10%igen Lösung ... Nebenwirkungen, ... sich bei längerem Gebrauch ... er, als Trockenheit im Halse ... ren (10%) Lösungen ... Kokainlösung tritt ... deutend schneller ein, ... Parese der Akkommodation

In jüngster Zeit hatte Verf. Gelegenheit („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 24), einen Fall von Arteriosklerose der Darmarterien zu beobachten, der dadurch ein besonderes Interesse verdient, als derselbe von anderer Seite als eine chronische Blinddarmaffektion aufgefaßt wurde und operiert werden sollte. In diesem Falle handelte es sich neben einer arteriosklerotischen Myokarditis um intermittierende, meist auf der Höhe der Verdauung oder auch nachts anfallsweise auftretende, heftige Schmerzen in der Blinddarmgegend, die von einem lokalen Meteorismus und hartnäckiger Obstipation begleitet waren. Als ätiologisches Moment für die Entstehung der Arteriosklerose kam das starke Rauchen von Tabak in Frage. Was die Therapie anbelangt, so wird von verschiedenen Seiten für alle Formen der Angiosklerose der Darmarterien sowie für den angiosklerotischen Kopfschmerz der günstige Einfluß der Theobrominpräparate (besonders Diuretin und Agurin) hervorgehoben und namentlich sollen diese Präparate in prophylaktischer Hinsicht äußerst günstig wirken, indem dadurch der Eintritt der Schmerzanfälle mehr oder weniger hintangehalten werden kann. Im Verf.s Falle schien die Verordnung von Agurin von guter Wirkung zu sein. Von einigen werden die Theobrominpräparate als differentialdiagnostische Mittel gepriesen, da ein Erfolg mit diesen Mitteln in diagnostisch unklaren Schmerzanfällen zugunsten eines auf arteriosklerotischer Basis beruhenden Leidens spreche. Der günstige Einfluß dieser Präparate soll darin zu suchen sein, daß die pathologisch gesteigerte Reflexerregbarkeit in den Gefäßen der Arteriosklerotischen herabgesetzt und die Gefäßkontraktion verhindert wird.

G.

eine Lähmung herbeizuführen. Bei Frakturen des Oberarmes im mittleren und unteren Drittel werden nicht selten Lähmungen des Nervus radialis beobachtet, die entweder sofort nach der Verletzung eintreten oder sich später im Verlaufe der Heilung einstellen. Für die Fälle erster Kategorie ist als Erklärung die primäre Läsion des Nerven durch die verletzende Gewalt (Zerreißung oder Quetschung des Nerven) anzunehmen. Für die sich später entwickelnden Lähmungen nahm man allgemein Kompression des Nerven durch den hypertrophischen Kallus oder durch die bindegewebige Verdickung der Nervenscheide an. Verf. anerkennt zwar diese Entstehungsweise für manche Frakturen, nimmt aber auch gleichzeitig einen anderen Entstehungsmodus für die meisten nicht sofort einsetzenden Lähmungen an („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 78, Nr. 1—3). Verf. fand nämlich in 2 Fällen bei der Operation weder eine Einlagerung des Nerven in Knochenmasse, noch eine bindegewebige Verdickung der Scheide. Der Nerv war im Gegenteil verdünnt, rotbraun verfärbt und verlief bogenförmig gespannt über das infolge seitlicher Dislokation vorspringende untere Knochenfragment. Diese Überdehnung des über die dislozierten Fragmente verlaufenden Nerven nimmt Verf. als die Ursache der Lähmung an, ob nun die Lähmung sofort mit der Fraktur oder später in die Erscheinung tritt. Um daher dieser Überdehnung und der Lähmung vorzubeugen, schlägt Verf. vor, in allen diesen Fällen die Bardenheuersche Extension anzuwenden; auf diese Weise wird die Dislokation der Fragmente am besten behoben. Ein Gipsverband ist erst in 8—14 Tagen anzulegen. Ein Röntgenbild kontrolliert die Lage der Fragmente. Wenn sich bei dieser Behandlung die Lähmung nicht erholt, dann ist in 3—6 Wochen zur





operativen Behandlung zu schreiten. Die vorspringenden Knochenkanten, die den Nerven schädigen, werden abgetragen, der Nerv wird allseits in Muskelgewebe eingebettet oder, wenn nötig, angefrischt und zusammengenäht. In einem vom Verf. operierten Falle trat Heilung, im zweiten, bei dem bereits eine vollständige Atrophie vorhanden war, Besserung ein. Bei offenen Humerusfrakturen mit gleichzeitiger Durchtrennung des Nervus radialis ist selbstverständlich die primäre Nervennaht auszuführen. ERDHEIM.

DAHLGREN (Upsala): **Die Behandlung der Darmlähmung.**

Bei der Behandlung der ausgedehnten eitrigen Peritonitis hat sich ein Verfahren bewährt, das den Namen „Melken" erhalten hat und das Verf. folgendermaßen beschreibt („Zentralbl. f. Chir.", 1905, Nr. 15): Nachdem der Eiter entleert wurde, wird die Mittelpartie des aufgetriebenen Dünndarmes nach der linken Seite hinüber auf ein Tuch gelagert, dann wird eine 1—$1^1/_2$ *cm* lange Querinzision in den Darm gemacht. Durch Streichen des Darmes zwischen den Zeige- und Mittelfingern beider Hände befördert der Operateur den Inhalt nach der Öffnung, während der Assistent die benachbarten Därme vor Verunreinigung schützt. Man kann auf diese Weise den ganzen Dünndarm vom Duodenum angefangen bis zur Valvula Bauhini entleeren. Der Darm wird während dieser Prozedur mit warmer Kochsalzlösung abgespült. Die Öffnung im Darme wird sorgfältig geschlossen. Dieses Verfahren ist indiziert, wenn der kranke Darm so gebläht ist, daß die Reposition des Darmes mit Schwierigkeiten verbunden ist. Die Vorteile des Verfahrens bestehen erstens darin, daß durch die mechanische Entleerung des Darmes die Arbeit des paretischen Darmes erleichtert wird, und zweitens wird der Körper rasch von den im Darme angesammelten Infektionsstoffen befreit. Zum Zwecke der gründlichen Entleerung des Darmes hat Verf. auch ein geeignetes Instrument angegeben. Bei der Behandlung der Darmlähmung hat Verf. weiters gute Resultate von der Atropinbehandlung gesehen, so daß er in schwereren Fällen — wo durch die Operation das Nichtvorhandensein eines mechanischen Hindernisses konstatiert worden ist — die weiteren Versuche mit diesem Mittel warm befürwortet. ERDHEIM.

GADAUD (Paris): **Die Chlorurämie und die Kur der Chlorentziehung.**

Das große Interesse für diese Frage beginnt mit dem Tage, wo WIDAL zeigte, daß die bloße Einführung von NaCl per os bei gewissen Formen des Morbus Brightii das Wiederauftauchen von Ödemen herbeiführe („Gazette des hôpitaux", 1905, Nr. 38). Das NaCl ist ein für den Organismus unentbehrlicher Stoff, dazu bestimmt, den osmotischen Druck der Körpersäfte auszugleichen und den leichten Austausch derselben zu ermöglichen. Im Verlauf gewisser pathologischer Zustände im Überschuß zugeführt und im Körper zurückgehalten, verursacht es Infiltration der Gewebe und Ödeme. Kein Nahrungsmittel ist völlig frei von NaCl. Die in den gewöhnlichen Nahrungsmitteln enthaltene Menge genügt den Bedürfnissen des Organismus völlig. Außerdem werden aber etwa 15 *g* NaCl durchschnittlich aufgenommen. Dieser Überschuß schadet bei gesunden Nieren ganz und gar nicht. Bei Nierenerkrankungen aber ist die möglichst weitgehende Unterdrückung der Zufuhr von NaCl anzustreben. Beim Auftreten von Ödemen ist die Dechloruration, i. e. die Chlorentziehung, die weitaus wirksamste Therapie. J. ST.

VORONOFF (Kairo): **Die Aktinomykosis in Ägypten.**

VORONOFF widerspricht der bisher angenommenen Seltenheit der Aktinomykosis in Ägypten („Gazette des hôpitaux", 1905, Nr. 33). Nach den Untersuchungen von PIOT sind 3 von 1000 Kindern mit dieser Krankheit behaftet, woraus auf die parallele Häufigkeit der gleichen Affektion beim Menschen geschlossen werden darf. Wie sehr natürlich die Richtigkeit der Statistik durch Fehldiagnosen leidet, zeigte ein von VORONOFF mitgeteilter Fall: Bei einem 42jährigen Scheik aus der Umgebung von Kairo bildete sich eine große Geschwulst am Unterkiefer, die von mehreren Ärzten als Osteosarkom angesprochen wurde. Man schlug deshalb dem Patienten die Resektion des Unterkiefers dringend vor. VORONOFF erkannte sofort, als er den Scheik sah, daß es sich um eine Strahlenpilzerkrankung handle. Durch möglichst konservative Entfernung des krankhaften veränderten Gewebes und nachträgliche interne Verabreichung von Jodkalium wurde in 6 Wochen völlige Heilung erzielt. J. ST.

CRUVEILHIER (Paris): **De la valeur thérapeutique de l'antitoxine dans le sérum antidiphtérique.**

Verf. versuchte durch den Tierversuch die Frage zu entscheiden, ob die Diphtheriesera, die am reichsten an Antitoxin sind, auch die Diphtherie am besten heilen („Annales de l'institut Pasteur", Bd. 19, pag. 249). Die Versuche, die am Meerschweinchen ausgeführt wurden, ergaben, daß bei präventiven Injektionen (vor der Infektion mit Diphtheriebazillen) schwächere Sera (mit 200 Einheiten) im allgemeinen bereits in geringerer Dosis vor der Erkrankung schützten als stärkere (mit 500 Einheiten). Dasselbe Resultat ergaben auch kurative Versuche. Verf. schließt daher, daß die kurative Wirksamkeit eines Diphtherieheilserums nicht ausschließlich von seinem Gehalt an Antitoxineinheiten abhängt und daß die Wertbestimmung der Sera, wie sie heute üblich ist, uns kein genaues Bild ihrer Wirksamkeit gibt; dieselbe wird vielmehr weitaus besser durch ihr therapeutisches Vermögen angegeben. Dr. S.

WOLOWNIK (Charkow): **Über das Verhalten der Knochenmarkzellen bei verschiedenen Krankheiten.**

Verf. faßt das Ergebnis seiner Untersuchung in folgenden Sätzen zusammen: Knochenmark mit vorherrschendem myelozytischen Typus fand sich bei Tuberkulose, Sepsis und Pyämie, Herzkrankheiten, bei Nephritis, bei Karzinom. Ein lymphozytischer Typus wurde gefunden bei Pneumonie, Leberzirrhose und solchen krankhaften Zuständen, wo die Lymphdrüsen mitaffiziert waren („Zeitschr. f. klin. Med.", Bd. 56, H. 5 u. 6). Durchwegs war Parallelität zwischen der Zahl der großen Lymphozyten und der Myelozyten zu bemerken. Die mehrkernigen Neutrophilen waren am zahlreichsten, wo Eiterungen resp. Ulzerationen bestanden. Die Eosinophilen waren am zahlreichsten bei Pneumonie und Nephritis. Waren in anderen Fällen die Eosinophilen vermehrt, dann bestand als Miterkrankung häufig Nephritis. Bei Tuberkulose und Karzinom waren sowohl die Riesenzellen als auch die Normoblasten stark vermehrt. Megaloblasten fanden sich in sehr geringer Menge bei einem Falle von Nephritis und bei einigen Fällen von Karzinom. Man kann also mit einigem Recht sagen, daß die Zusammensetzung der Knochenmarkzellen bei einer und derselben Krankheit häufig eine gleiche oder ähnliche ist, und daß verschiedenen Krankheitsarten häufig eine verschiedene Zusammensetzung der Knochenmarkzellen entspricht. Doch ist ein Urteil darüber, ob eine ganz bestimmte Krankheit eine bestimmte Zusammensetzung der Knochenmarkzellen des Erkrankten bedingt, nur durch die Untersuchung einer außerordentlich großen Zahl von Krankheitsfällen mit reinem klinischen Verlauf und ganz einheitlichen pathologisch-anatomischen Befunden zu gewinnen. L.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Heilungsaussichten der Lungentuberkulose** bei spontanem und künstlichem Pneumothorax erörtert MOSHEIM („Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose", Bd. 3) an der Hand von 50 Fällen, von denen 42 auf Tuberkulose, nur acht auf andere Ursachen, Bronchiektasien, Tumoren, Gangrän etc., zurückzuführen waren. Von 6 mit Rippenresektion resp. SCHEDEscher Thorakoplastik behandelten Fällen von tuberkulösem Pneumothorax überlebte einer die Operation um 4 Jahre. Die Heberdrainage zeitigte nur Mißerfolge, sichere spontane Heilung des Pneumothorax bei konservativer Behandlung nur in einem Fall. Verf. betont, daß der spontan entstandene tuberkulöse Pneumothorax prognostisch sich absolut unterscheidet von dem künstlich angelegten ohne Lungenfistel. Weiter bespricht er, durch TENDELOO und BRAUER angeregt, die Statik der normalen Lunge, die Mechanik der verschiedenen Formen des Pneumothorax,



Man kann nur an ...
... der Kochsalzzufuhr ...
... eine gleiche oder ähnliche ...
... häufig eine verschiedene Zusam...
... spricht. Doch ist ein Urteil ...
... eine bestimmte Zusammens...
... tion bedingt, nur durch ...
... Zahl von Krankheitsfä...
... ganz einheitlichen pathologische...

...stellungen.

...n der Lungentuberkulose ...
...thorax erörtert MOSHEIM ...
...an der Hand von 50 Fällen ...
...ht auf andere Ursachen ...
...zurückzuführen waren. ...
...er Thorakoplastik ...
...rax überlebte einer ...
...eitigte nur Mißerfolge. ...
...x bei konservativer Behandlu...
...der speziell ...
...sich absolut ...
...ungenfistel. Weiter ...
...erregt, die Statik der ...
...uen Formen des Pneumothorax...

in 10 Fällen gute Dienste geleistet hat. In 7 Fällen von akuter Zystitis teils katarrhalischen Ursprungs, teils nach operativen Eingriffen in der Blase, trat nach längstens 4tägiger Behandlung prompte Heilung ein. In 3 Fällen chronisch-gonorrhoischer Zystitis war der Erfolg weniger auffällig, doch zeigte sich auch bei diesen eine zufriedenstellende Abnahme des Harndranges und Klärung des Harnes. Seither verwendet Verf. das Mittel mit gutem Erfolge viel in der Privatpraxis und ist damit zufrieden. Die Verträglichkeit ist eine gute.

— Für die **Behandlung des akuten Trippers** rät LUCKE („Monatschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hyg.“, 1905, Nr. 7) mit 2%iger Novarganlösung zu beginnen und allmählich mit der Konzentration bis zu 0·5% zu steigen. Im übrigen verweist er auf die bekannten Vorschriften NEISSERs und seiner Schüler für Protargol. Ungefähr 30% der Fälle scheinen sich zur Novarganbehandlung nicht zu eignen, weil sich bald Reizerscheinungen einstellen. Schließt man solche Fälle von der Weiterbehandlung aus, so wird man vorzügliche Gesamterfolge erzielen, Urethr. poster. sehr selten und deren mit hochgradigen Reizerscheinungen einhergehende Form fast nie erleben. In der 4. Woche ist es ratsam, zwischen die Novarganinjektionen andere einzuschieben. Nach 4—6 Wochen sind in der Regel Gonokokken dauernd nicht mehr zu finden, häufig trotz 14tägigen Aussetzens jeder Behandlung. Wenn sich auch wegen der individuellen besonderen Reizbarkeit, die manche Harnröhrenschleimhaut zeigt, nicht jeder Fall für die Novarganbehandlung eignet, so ist doch „die Mehrzahl der Fälle von akutem Tripper durch Novargan im Sinne der Unfähigkeit, weiter Gonokokken zu übertragen, heilbar“. Eine Benutzung des Novargan beim chronischen Tripper ist

Röntgenbestrahlungen treten Nierenschädigungen auf, die nicht durch direkte Wirkungen der Strahlen auf die Nieren bedingt sind.

— Die **Behandlung des Kryptorchismus** bespricht SCHÄFER („Münchener med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 26). Die leitenden Grundsätze der Operation sind: 1. Vermeiden von Operieren am Damm, 2. möglichste Einschränkung des Operationsgebietes am Skrotum, 3. gute Fixation des Hodens. Tagelang vor der Operation wird der an den Genitalien sorgfältig rasierte Patient mit Vollbädern und Schmierseifensitzbädern vorbereitet; am Tage vor der Operation wird das Operationsgebiet mit Äther und Alkohol energisch bearbeitet und mit einem aseptischen trockenen Verband versehen. Erst in der Narkose wird dieser Verband entfernt und das Operationsgebiet nochmals mit Äther, Alkohol und dann mit verdünnter Jodtinktur abgerieben. Bei einseitigem Kryptorchismus wird ein Schnitt angelegt, der, über dem Leistenkanal beginnend, das Skrotum nur soweit spaltet, als nötig ist, um ohne Schwierigkeiten das Septum scroti operativen Eingriffen zugänglich zu machen. Die Hautränder werden sorgfältig mit feuchten Kompressen bedeckt, um eine Keimverschleppung in die Wunde zu verhüten. Hoden und Samenstrang mit Bruchsack werden, eventuell nach Spaltung des Leistenkanals, freigelegt. Nach Isolierung des Bruchsackes wird dieser möglichst hoch oben abgebunden und abgetragen, die Bruchpforte durch eine Anzahl Silberdrahtnähte verschlossen. Es folgt die Dehnung des Samenstranges; wegen seiner starken Retraktionsfähigkeit muß er ziemlich stark überdehnt werden. Nunmehr wird durch eine Inzision im Septum scroti der Hoden der anderen Seite in die leere Skrotalhälfte hinüberluxiert und hier mit dem heruntergeholten Hoden durch einige feinste



Seidennähte vernäht. Die beiden vernähten Hoden werden sodann in die Skrotalhälfte der gesunden Seite verlagert und die Inzisionswunde im Septum durch einige Knopfnähte soweit verengert, daß eine Schnürung des Funikulus nicht stattfindet. Verschließung der Hautwunde mit Silberdrahtnähtenverband.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Kinderheilkunde für Ärzte und Studierende. Von **Dr. med. Bernhard Bendix**, Privatdozent an der Universität Berlin. Vierte, verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin und Wien 1905, Urban & Schwarzenberg.

Die Vorzüge des Buches wurden schon bei Besprechung der dritten Auflage hervorgehoben. In der nun vorliegenden vierten finden wir die Ergebnisse der seitherigen pädiatrischen Arbeiten berücksichtigt und dem infantilen Myxödem, dem Erythema infectiosum, der FILATOW-DUKESschen Arbeit besondere Besprechung gewidmet. Im ganzen repräsentiert das BENDIXsche Lehrbuch vermöge seiner mit Prägnanz und Kürze gepaarten Vollständigkeit ein kurz gefaßtes Handbuch. Es ist ein nie versagendes Nachschlagewerk für den praktischen Arzt, die Berücksichtigung der theoretischen Fragen macht es aber auch für den Fachmann zur schnellen Orientierung recht brauchbar. Die Anordnung des Stoffes hält sich an die übliche Disposition der gangbaren Lehrbücher. Die Einreihung des Keuchhustens unter die Erkrankungen des Respirationstraktes treffen wir auch hier. Nach Ref.s Ansicht ist diese Stellung ebenso unbegründet, als es die Besprechung des Scharlachs unter den Hautkrankheiten, der Rachitis unter den Knochenaffektionen wäre. Im übrigen verdient das BENDIXsche Buch vollauf die Erfolge, die es gefunden und wird in der neuen Auflage gewiß noch vermehrten Anklang haben. Druck und Ausstattung sind die bekannt guten des großen Verlages.

NEURATH.

Die allgemeine Pathologie. Ein Hand- und Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Von **Prof. Dr. Otto Lubarsch.** I. Bd., 1. Abteilung. Wiesbaden 1905, J. F. Bergmann.

Verf. hat es unternommen, das große Gebiet der allgemeinen Pathologie, die bisher meist nur in dem allgemeinen Teil einzelner größerer Lehrbücher der pathologischen Anatomie (vgl. ZIEGLER) abgehandelt wurde, zum Gegenstand einer selbständigen, eingehenden Darstellung zu machen. Das vorliegende Werk, das dem Nestor der pathologischen Anatomen, v. RECKLINGHAUSEN, zugeeignet ist, soll daher nicht nur die einschlägigen Fragen der Morphologie, sondern auch die pathologische Physiologie behandeln. In dem eben erschienenen Bande gibt Verf. eine umfassende Darstellung der Pathologie der Zelle (Zellschädigung, Zellwachstum, regressiv-progressive Vorgänge) und der Kreislaufstörungen. Insbesondere die letzteren sind der Gegenstand einer übersichtlichen, erschöpfenden Bearbeitung, die dem Leser mit allen hier in Betracht kommenden Fragen vertraut macht. Daß die Darstellung durchwegs dem heutigen Stand der Wissenschaft Rechnung trägt, daß die Literatur in eingehendster Weise Berücksichtigung findet, bedarf bei dem Namen des Autors keiner besonderen Erwähnung. Wir können nur wünschen, daß dem vorliegenden Bande bald die Fortsetzungen folgen. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.

Dr. S.

Die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses. Ein Wort an alle praktischen Ärzte. Von **Dr. C. H. Stratz.** Stuttgart 1904, Enke.

Das vorliegende Büchlein ist als Ergänzung der Arbeiten WINTERS gedacht, welche der Bekämpfung des Gebärmutterkrebses dienen sollen. Es betont vor allem die Hilfsmittel für die möglichst frühzeitige Erkenntnis des Karzinoms, den Wert der Anamnese, der genauen klinischen Untersuchung und des mikroskopischen Befundes. Das Buch würde eine weitgehende Verbreitung unter den praktischen Ärzten verdienen und damit viel Segen stiften können. Zahlreiche Abbildungen im Text und eine farbige Tafel bilden recht instruktive Illustrationen.

FISCHER.

Die Anästhesie in der ärztlichen Praxis. Von **Dr. Max Martin.** München 1905, J. F. Lehmanns Verlag.

Die Lokalanästhesie hat in den letzten Jahren einen schnellen Aufschwung genommen und einige Methoden derselben sind bereits so weit entwickelt, daß sie geeignet sind, in manchen Fällen die Allgemeinnarkose zu ersetzen. In dem Buche, das hauptsächlich für den Praktiker geschrieben ist, schildert nun Verf. die Grundlagen aller gebräuchlichen Methoden der Lokalanästhesie (Kokain mit Adrenalinzusatz, SCHLEICHsche Infiltrationsanästhesie, OBERSTsche und BIERsche Anästhesie) und gibt auf Grund seiner reichen Erfahrung die Indikationen und Kontraindikationen für die einzelnen Methoden an.

ERDHEIM.

Feuilleton.

Pariser Briefe.

(Orig.-Korrespondenz der „Wiener Med. Presse".)

IV.

(Ursachen der militärischen Untauglichkeit. — Die Freiwilligen. — Die Pfeifchen der Verwundeten. — Ausgaben der Assistance publique von einst und jetzt. — Beschuhung der Spitalspatienten. — Krieg den Bäumen. — Öffentliche Gärten in London und Paris. — Die Gesundheit im Armenviertel. — Permanente Kurkommission. — Ein Rekord.)

— August 1905.

Zunächst einige Militaria. Im Jahre 1904 gab es nicht weniger als 23.205 militäruntaugliche junge Männer. Die Ursachen der Untauglichkeit verteilten sich folgendermaßen: Sehstörungen 2867, Hörstörungen 936, Krankheiten der Respirationsorgane 3222, Hernien 1574, Epilepsie 576, Geisteskrankheiten 250, Kretinismus und Idiotie 1320. Von diesen 1320 jungen Kretins und Idioten liefert das Departement du Nord allein beinahe ein Zehntel, nämlich 120. Freilich konsumiert dieses Departement am meisten Alkohol. Hernach kommen Pas-de-Calais und l'Ille-et-Vilaine mit 47 und 42 Kretins. Kein Departement ist in dieser traurigen Statistik unvertreten. Erwähnenswert ist noch der Umstand, daß das volkreiche Seine-Departement nur 29 Kretins unter den assentpflichtigen jungen Männern zählt. Dagegen ist es reich an Epileptikern, 73.

Im Anschluß an diese Zusammenstellung wollen wir des interessanten Berichtes gedenken, den GRANJUX in der Gesellschaft für gerichtliche Medizin über Geisteskrankheiten der freiwillig assentierten Soldaten hielt. Diese — nicht zu verwechseln mit den Einjährig-Freiwilligen anderer Armeen, einer in Frankreich unbekannten Institution — gelten in weiten Kreisen als minderwertige Menschen. GRANJUX bestätigt diese Anschauung, indem er ziffermäßig nachweist, welch großes Kontingent an Degenerierten und Kandidaten für das Irrenhaus diese Mannschaft liefert. Wenn man die Abgaben von Patienten an Irrenhäuser in der Marine und im stehenden Heer, welche zum überwiegenden Teil aus stellungspflichtigen Rekruten sich zusammensetzen, mit den diesbezüglichen Verhältnissen in den Kolonialtruppen, wo die Freiwilligen in großer Anzahl sind, vergleicht, so findet man in der ersten Kategorie eine Proportion von 0·4—0·5 : 1000, während in der zweiten Kategorie die Ziffern 1·4 : 1000 sind, also ein Drei- bis Vierfaches betragen. Noch schlimmer stehts in den Strafkompagnien (compagnies de discipline), wo die Freiwilligen gewöhnlich in Majorität vorhanden sind. Hier gibt es achtmal soviel Geisteskranke als in der gewöhnlichen Truppe. GRANJUX sieht in dieser Tatsache eine Gefahr für die Armee. Denn die psychische Ansteckung sei ebenso gefährlich als die bazilläre. Die Degenerierten bilden deshalb eine wahre Plage für die Truppen. Angeworben gewöhnlich auf Grund spontaner Entschließung oder Intervention der Familie, sind sie außerstande, das regelmäßige, arbeitsame und untergeordnete Soldatenleben zu führen. Deshalb liefern sie eine große Zahl von Deserteuren und Delinquenten, füllen die Gefängnisse, geben den Kriegsgerichten zu schaffen und sind ein böses Beispiel für ihre Kameraden. Aus diesen Gründen sollten alle, die sich zum freiwilligen Heerdienst melden, einer aus Psychiatern

Francs der Öffentlichkeit zur Verfügung stellte, hat der Pariser Munizipalrat die Verbannung eines freien Platzes im III. Arrondissement beschlossen, obgleich die Anlegung eines Gartens in der Mitte dieses dichtbevölkerten Stadtteils von ärztlicher Seite dringend gefordert wurde. Dabei war den Stadtvätern wohl bekannt, daß London schon vor Anlage des neuen Parkes 1168 *ha* an öffentlichen Gärten inmitten der Stadt besaß, während Paris nur 263 *ha* aufzuweisen hat. Englands Hauptstadt besitzt 200 Gartenanlagen; unsere Metropole nur 46.

Die Debatte im Munizipalrat gelegentlich des Platzes im III. Arrondissement verdient übrigens hier angeführt zu werden. Ein Gemeinderat erklärte sich als Gegner der öffentlichen Gärten überhaupt, und zwar — man höre — aus hygienischen Gründen. Er meint nämlich, daß just diese Parkanlagen von Tuberkulösen mit Vorliebe aufgesucht würden. Diese Kranken spucken auf die Erde und die mit dem Sande spielenden Kinder werden so mit Tuberkelbazillen infiziert. Logischerweise sollte dieser weise Stadtvater die Sperrung sämtlicher öffentlicher Gärten oder die Zimmerklausur aller Kinder fordern! Ein anderer Gemeinderat wies darauf hin, daß der nahegelegene Platz der Republik (Place de la République) als Luftreservoir für die Bedürfnisse des Stadtteils genüge. Besagter Platz ist freilich allen Parisern als Staubwüste bekannt. Ein dritter sagte, ihm erscheinen breite Straßen und schöne Häuser für das Volk gesünder und nützlicher als Gartenanlagen. Überblickt man diese Äußerungen und erwägt man, daß vor kurzem auch das Marsfeld zur Hälfte verbaut wurde, so muß man fast befürchten, der Munizipalrat werde nicht früher ruhen, als bis alle freien Plätze

geschluckt. Der Graefesche Münzenfänger wurde behufs Extraktion der Münze eingeführt; aber der Versuch blieb erfolglos. In dem Augenblick, als das leere Instrument herausgezogen wurde, begann das Kind heftig zu husten. Es stellte sich blutiger Auswurf und Rasseln in den Luftwegen ein. Der Puls wurde rasch, das Kind erblaßte und verfiel rapid. 18 Stunden nach dem Eingriff ging es im Kollaps zugrunde. Bei der Autopsie ergab sich ein Riß im oberen Drittel des Ösophagus. In Anbetracht der Gefährlichkeit des Münzenfängers empfiehlt Sebileau die retrothyreoidale Pharyngotomie.

Kirmisson hat an Stelle des gefährlichen Instrumentes von Graefe einen kleineren stumpfen Haken zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Ösophagus konstruiert und mit Erfolg angewendet.

Broca hält das Graefesche Instrument bei richtiger Anwendung für gefahrlos.

Faure lobt den Haken von Kirmisson, will ihn aber nur bei glatten Fremdkörpern angewendet wissen. Bei solchen mit rauher Oberfläche ist die Ösophagotomie besser.

Quénu: Über Behandlung der Dickdarmkarzinome.

Vortr. betont, daß unter Dickdarmtumoren stets nur Karzinome, nie aber entzündliche oder tuberkulöse Erkrankungen verstanden werden sollen. Wenn es sich um einen, durch ein Karzinom bedingten Darmverschluß handelt, so begnügt Quénu sich mit der Anlegung eines Anus praeternaturalis in der Zökalgegend. Hierbei bedient er sich eines Trokars, der liegen bleibt und jede Infektion der Wunde verhindert. Wenn aber die Ursache der Darmverschließung ungewiß ist, erscheint die Laparotomie indiziert. Wird ein an einer beweglichen Darmschlinge sitzendes Karzinom gefunden, so soll es entfernt werden. Bei mobiler Darmschlinge und sonst einfachen Verhältnissen empfiehlt sich die einzeitige, sonst die zweizeitige Operation.

Ségond empfiehlt ebenfalls bei Darmverschluß durch Karzinome die Anlegung eines Anus praeternaturalis. Diesen legt er am Ende des freigelegten Processus vermiformis an. Nach einigen Tagen erfolgt dann die breite Eröffnung der Bauchhöhle.

LEJARS: Die Ergebnisse der Radiotherapie bei Neoplasmen der Mamma.

Bei der vorgestellten Patientin wurde vor 3 Jahren die linke Mamma wegen eines Karzinoms entfernt. Zwei Jahre nach der Operation entstand ein Rezidiv, das eine neuerliche Operation erforderlich machte. Fünf Monate darauf rezidivierte das Neoplasma abermals. Die Pat. wurde von BÉCLÈRE nunmehr mit Röntgenstrahlen behandelt, da LEJARS eine dritte chirurgische Intervention nicht vorschlagen wollte. Der Erfolg der Radiotherapie war ein sehr guter. Die bestandene Exulzeration ist vollständig vernarbt und die Induration verschwunden.

Béclère stellt einen weiteren Fall von Carcinoma mammae vor, der mit Röntgenstrahlen erfolgreich behandelt worden war. Der Beginn des diffusen, inoperablen Neoplasma reichte 5 Jahre zurück. Nach dreimonatlicher Bestrahlung sind die Exulzerationen vernarbt und es besteht nur mehr ein kleiner, in der Rückbildung begriffener Tumor in der Mamma. Der Vortr. hat bisher 44 Fälle von Neoplasmen der Mamma behandelt, darunter 23 bereits operierte und 18 als inoperabel bezeichnete Fälle. Die Hautknoten und Geschwüre werden durch die Radiotherapie geheilt, doch bleibt die Wirkung auf die Oberfläche beschränkt, so daß die Kranken an den tiefliegenden Veränderungen zugrundegehen. Über die Behandlung initialer Tumoren fehlt noch hinreichende Erfahrung.

Delbet meint, daß die von ihm beobachteten Erfolge der Röntgentherapie des Mammakarzinoms nicht aufmunternd seien.

Tuffier betont, daß die Radiotherapie nur für oberflächliche Gebilde von Wirksamkeit sei, gegenüber tiefer liegenden aber ganz versage.

DELORME: Eine Herzverletzung mit Ausgang in Heilung.

Eine 30jährige, im 4. Monat schwangere Frau hatte eine Stichverletzung des rechten Herzens erlitten. Zwei Stunden nach der Verletzung kam sie in chirurgische Behandlung. Nach Eröffnung des Perikards trat die Wunde des rechten Herzens zutage. Sie wurde vernäht. Drainage wurde nicht vorgenommen. Nach der Operation stellten sich heftige Anfälle von Dyspnoe ein, die aber bald wichen. Am 22. Tage verließ die Pat. geheilt das Spital.

TERRIER: Über die Anwendung des Scopolamin-Morphins zur allgemeinen Anästhesie.

Zur Anwendung kommt eine flüssige Mischung von Scopolam. hydrobrom. und Morph. muriat. Davon werden drei Pravazspritzen injiziert. Nach der dritten Spritze ist die Betäubung völlig, falls Geräusche vermieden werden. Die Dauer beträgt 4—5 Stunden. Die Anästhesie hält oft viel länger an. Die Vorteile dieses Mittels bestehen in seiner Ungefährlichkeit, dem Wegfall von Nausea und Erbrechen sowie in der Fortdauer der Anästhesie nach der Operation, wodurch Morphiuminjektionen erspart werden. Nachteile des Verfahrens bestehen in einer zuweilen beträchtlichen Vasodilatation sowie in Kontraktur der Bauchmuskeln, welche abdominale Operationen sehr stören würden. Laut einer Statistik entfallen 12 Todesfälle auf 1189 Scopolaminnarkosen, doch waren 11 davon auf Rechnung des äußerst elenden Zustandes der Operierten zu setzen. In Wirklichkeit ist nur ein Todesfall von diesen 1200 Fällen verwertbar.

Aus englischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Royal medical and chirurgical society.

TREVES: Über den späteren Verlauf der operierten Appendizitisfälle.

TREVES meint, daß die Wiederkehr der Anfälle mit der nicht völlig gelungenen Entfernung des kranken Appendix zusammenhänge. Bei weiblichen Patienten spiele oft die chronische Entzündung des rechten Ovariums eine gewisse Rolle. Deshalb sollte bei der Operation weiblicher Appendizitisfälle stets auch das rechte Ovarium untersucht werden.

Konstanter Schmerz in der rechten Fossa iliaca nach der Operation ist neuralgischen oder neurotischen Ursprungs. Rezidive von Perityphlitis können auch durch Gallensteine, bewegliche Niere etc. vorgetäuscht werden. Schmerzhafte Tumoren in der rechten Fossa iliaca entpuppen sich oft als Anhäufung von Kot oder tuberkulöse Lymphdrüsen.

Die unvollständigen Erfolge bei bloßer Entleerung von perityphlitischen Abszessen sind teils durch rekurrierende Abszesse, teils durch Rezidivattacken von Appendizitis, teils durch Kotfisteln, teils durch entzündliche Ablagerungen in der rechten Fossa iliaca bedingt. Von den mit der Operation zusammenhängenden Komplikationen erwähnt Vortr. besonders die Venenthrombosen der unteren Extremität, hauptsächlich im Gebiete der Vena femoralis.

Epidemiological Society.

RANSOME: Über Tuberkulosestatistik.

RANSOME konstatiert eine erfreuliche Abnahme der Tuberkulose in England, während dieselbe in Irland zugenommen hat. Die Besserung in England ist wohl nicht auf bestimmte Maßnahmen, sondern auf eine allgemeine Verbesserung der Wohnungen, des Trinkwassers und der Nahrung zurückzuführen. Die Mortalität ist seit dem Jahre 1838 um 70% gefallen. Die Änderung der Statistik betrifft beide Geschlechter gleichmäßig. Eine besondere Einwirkung von Witterung oder Temperatur ist nicht bemerkbar.

Newsholme glaubt, daß die Statistiken aus früheren Jahren nicht ganz zuverlässig sind.

Murphy betont, daß die Bedeutung der Übertragung des Leidens durch Milch überschätzt wird.

Clinical Society.

TAYLOR: Über einen Fall von milchigem Aszites.

TAYLOR hat im Verein mit FAWCELL einen Fall von milchigem Aszites beobachtet, der dadurch interessant war, daß die Opaleszenz nicht auf Fettgehalt beruhte. Bei einem 31jährigen Mann, der mit Ödemen der Beine und des Gesichts sowie hochgradigem Aszites sich vorstellte, wurde eine schwere Nephritis konstatiert. Wegen Zunahme der Beschwerden wurde die Punktion des Abdomens vorgenommen und in der Folgezeit noch 8mal wiederholt. Die durch die Punktion gewonnene Flüssigkeit war milchig getrübt, doch konnten mikroskopisch keine Fetttröpfchen nachgewiesen werden. Die Sektion ergab reichlich milchige Flüssigkeit in beiden Pleuren und im Bauchraum. Die Analyse der Flüssigkeit ergab, daß die Opaleszenz durch einen Eiweißkörper, nicht aber durch Fett hervorgerufen war.

CLEMENT LUCAS: Über einen Fall von Verbrennung und Gangrän durch Elektrizität.

Ein etwa 16jähriger Knabe war mit einem elektrischen Strom von etwa 10.000 Volt Spannung in Kontakt geraten. Es kam zu ausgedehnter Verbrennung und Gangrän der rechten oberen und beiden unteren Extremitäten. Trotz Enukleation der verletzten oberen und beiden unteren Extremitäten erlag der Knabe nach 9 Tagen seinen Verletzungen. Es ist wohl anzunehmen, daß nicht die Höhe der Spannung, sondern die Strommenge, welche den Körper passierte, als Todesursache anzuschuldigen ist.

WALKER: Akute aufsteigende Paralyse nach Zystitis.

WALKER hat in 3 Fällen im Gefolge chronischer Zystitis akute aufsteigende Paralyse, die rapid zum Tode führte, beobachtet. Es handelt sich vermutlich um das Eindringen der Krankheitserreger ins Rückenmark, also um einen kausalen Zusammenhang mit dem Blasenleiden, und nicht um eine unabhängige Erkrankung.

Spencer erinnert, daß Tiere nach Infektion mit Lyssagift ebenfalls an akuter aszendierender Paralyse zugrunde gehen.

PHILLIPS: Primäres Hypernephrom der Leber.

PHILLIPS demonstriert ein Präparat, das von einer etwa 40jährigen Frau stammt. Sie litt an Beschwerden, die das Bild eines Carcinoma hepatis vortäuschten. Die Sektion ergab ein Hypernephrom des rechten Leberlappens von beträchtlicher Größe. Die beiden Nebennieren waren normal. Offenbar stammte der Tumor von versprengten Nebennierenkeimen.

Medical Society.

HARRISON: Über Prostatektomie.

Von den beiden Methoden, der perinealen und der suprapubischen, bevorzugt HARRISON die letztere. Die perineale Prostatektomie ist mehr für die partielle Exstirpation geeignet. Bei der suprapubischen Methode kann man dagegen unschwer die ganze Drüse entfernen. Strikturen sind nie zu befürchten. Ebensowenig bleiben Blasenfisteln zurück. Die Mortalität beider Methoden beträgt etwa 10%. Bei frühzeitigem Eingriff, welcher gegenwärtig selten ist, würde natürlich der Prozentsatz sich wesentlich günstiger gestalten.

Bruce Clarke bekennt sich ebenfalls als Anhänger der suprapubischen Methode. Die Zeit des Eingriffes richtet sich nach dem Grade der Harnverhal-

in der Versicherung keine Wohltat, sondern ihr gutes Recht erblicken. Die Wohlfahrtsgesetze sind eben nicht als Armengesetze in veränderter Form aufzufassen. Die freie Arztwahl ist notwendig sowohl für die Ärzte als auch für die Erreichung des Zweckes dieser Gesetze. Freilich muß unter „freier Ärztewahl" lediglich eine limitierte Wahl des Arztes unter zahlreichen Ärzten und unter Kontrolle der Versicherten seitens der Träger der Versicherung verstanden werden. Dies gilt sowohl für die Arbeiterversicherung wie für den Arbeiterschutz, für Deutschland wie für Österreich. In beiden Staaten erfreuen sich die Ärzte des Wohlwollens der Regierungen nicht; Beweis dessen das neue österreichische Reformprogramm, wo der Ärzte nur selten, dann aber in ungünstigem Sinne gedacht wird. „Wir bedürfen aber des Wohlwollens nicht, wenn wir — wie dies in Deutschland nunmehr der Fall — uns organisieren; dann, aber nur dann können wir fordern, weil unsere Forderungen berechtigt sind in unserem und unseres Volkes Interesse." Mit diesen lebhaft akklamierten Worten schloß Dr. MUGDAN seinen ausgezeichnet gegliederten Vortrag, den wir im Feuilleton unseres Blattes reproduzieren werden. — Dem Vortrage folgte eine lebhafte Diskussion, in welcher Dr. ELLMANN (Wien) unter Hinweis auf die Erfolge des „Leipziger Ärzteverbandes", der 90% der deutschen Kassenärzte und insgesamt 17.000 Mitglieder umfaßt, fordert, daß der Agitation für die freie Arztwahl die Organisation der Ärzte auch in Österreich vorangehe, ein Verlangen, das der nächste Redner Geh.-Rat Dr. PFEIFFER (Weimar) nachdrücklich unterstützt. Den Ausführungen V. HAMMERSCHLAGS (Wien), der die freie Arztwahl der Organisation nicht hintanstellen, sondern stets als ideale Forderung betrachtet wissen will, entgegnet Dr. MAGEN (Breslau) mit dem Hinweise darauf, daß in einem Rechtsstaate Forderung erst dann Recht wird, wenn hinter dem Recht die Macht steht. Derselben Anschauung gab Dr. MUGDAN in seinem Schlußworte Ausdruck. „Keine Forderung — sagte er — ist jemals erfüllt worden, weil sie gerechtfertigt war; zu jeder Erfüllung bedurfte es eines Zusammenschlusses gleichgesinnter Menschen, einer Organisation. Eine solche erheischt auch die „freie Arztwahl", die durchaus keine rein ärztliche Frage ist." — Mit Dankesworten an die Redner schloß der Vorsitzende Dr. SKORSCHEBAN die Versammlung.

(Ärztekammertag.) Der diesjährige Ärztekammertag findet am 2. Oktober in Innsbruck statt. Die Tagesordnung umfaßt u. a. folgende Verhandlungsgegenstände: 1. Das Regierungsprogramm betreffend die Reform der Arbeiter-Kranken- und Unfallversicherung. 2. Revision des bürgerlichen Gesetzbuches, insofern Bestimmungen desselben ärztliche Interessen berühren. 3. Einsetzung eines aus 4—5 Vertretern bestehenden Geschäftsausschusses der Kammern mit dem Sitze in Wien, welcher Ausschuß ermächtigt werden soll, in dringenden, die gesamte Ärzteschaft oder einen großen Teil derselben betreffenden Angelegenheiten im Namen sämtlicher Kammern zu handeln. 4. Ersuchen an die Regierung, eine zeitgemäße Erläuterung des „Berufszwanges" zu geben, da die Bestimmungen desselben gegenwärtig zum Nachteile der Ärzte vielfältig mißbraucht werden und unzeitgemäß sind. 5. Stellungnahme zu den immer steigenden Ansprüchen an die Haftpflicht der Ärzte. 6. Ärztliche Annoncen.

(Universitätsnachricht.) Der mit dem Titel eines a. o. Universitätsprofessors bekleidete Privatdozent Dr. ANTON BLEICHSTEINER ist zum a. o. Professor der Zahnheilkunde an der Universität in Graz ernannt worden.

(Personalien.) Der praktische Arzt in Bad-Gastein Dr. ANTON WASSING hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, der praktische Arzt in Wien und königlich bayrische Medizinalrat Dr. OSKAR LANZER den preußischen Roten Adler-Orden IV. Kl., der praktische Arzt Dr. KARL RIEDLINGER in Puchheim das päpstliche Ehrenkreuz „Pro ecclesia et pontifice" erhalten. — Der Obersanitätsrat im Eisenbahnministerium Dr. FRIEDRICH GAUSTER hat anläßlich seiner Übernahme in den Ruhestand den Titel eines Hofrates erhalten, der Sanitätsrat Dr. HUGO Ritter v. BRITTO ist zum Obersanitätsrat im Eisenbahnministerium ernannt worden.

(Statistik.) Vom 10. bis inklusive 16. September 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 6930 Personen behandelt. Hiervon wurden 1486 entlassen, 153 sind gestorben (9·3% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 93, ägypt. Augenentzündung 6, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 21, Dysenterie 5, Blattern —, Varizellen 15, Scharlach 66, Masern 14, Keuchhusten 109, Rotlauf 27, Wochenbettfieber 4, Röteln 1, Mumps 2, Influenza —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 589 Personen gestorben (— 34 gegen die Vorwoche).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

K. Kreibich, Die angioneurotische Entzündung. Wien 1905, Moritz Perles. — K 3—.

Frese, Die Prinzessin Luise von Sachsen-Coburg und Gotha. Halle a. S. 1905, C. Marhold. — M. 2—.

R. Grashey, Atlas typischer Röntgenbilder. München 1905, J. F. Lehmann. — M. 16—.

Elsaesser, Die sog. Bergmannskrankheiten. Arnsberg 1905, F. W. Becker. — M. —·60.

Franz König, Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 8. Aufl., 3. Bd. Berlin 1905, August Hirschwald.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Von **Prof. Dr. Max Neuburger**, Wien.*)

So groß der heuristische Wert jener Geschichtsbetrachtung ist, welche die Medizin der Hellenen aus der Weisheit des Morgenlandes schöpfen läßt und nahezu jeden volkstümlichen Heilgebrauch des Westens auf uralte Ideen der orientalischen Weltanschauung zurückführt — gerade die überraschenden Erfolge auf dieser Bahn wecken das Bedenken, ob man nicht zeitweilig zugunsten der Übertragungstheorie dem selbständigen Erfindungsgeist der Völker zu vieles abspricht und das Grundgesetz außer acht läßt, wonach die Natur, somit auch das menschliche Gehirn unter gleichen Bedingungen Gleiches schafft.

An das Walten der „Völkergedanken", welche in verschiedenen Erdteilen, zu verschiedenen Zeiten, unabhängig von einem vermeintlichen Zentralpunkt, analoge Erscheinungen zu bewirken imstande sind, wird man gemahnt, wenn sich der Blick auf die einst blühende Kultur der Azteken in Mexiko, der Mayavölker in Yucatan, der Inkas in Peru richtet und dort die auffallendsten Übereinstimmungen mit dem alten Orient zutage treten, sei es in kosmologischen Vorstellungen, staatlichen Einrichtungen, sei es in der religiösen Symbolik, im Kalenderwesen, im Kunststil. Sind es nicht die gleichen Bedingungen, welche in Indien und Peru unabhängig voneinander die Kastengliederung hervorbrachten, und wäre es etwas anderes als abenteuerliche Phantasie, sie ... gewaltsam herleiten?

Unter solchem Gesichtspunkte, unbefangen betrieben, könnte gerade für die Geschichte der Medizin, wo heute die Übertragungstheorie schon zu überwuchern beginnt, die Beschäftigung mit der altamerikanischen Heilkunde geradezu ein Korrektiv abgeben, und man muß es bedauern, daß bisher, mit wenigen Ausnahmen, dieses Feld von den deutschen Medizinhistorikern fast unbeachtet gelassen worden ist.[1]

Aber auch abgesehen von der erkenntnistheoretischen Bedeutung gebührt Völkern, die uns nicht die schlechtesten Heilsubstanzen, wie das Guajakholz, die Sarsaparilla und Jalapawurzel, Ipekakuanha und die Chinarinde überliefert haben, schon an sich ein Kapitel in der Geschichte der Weltmedizin, die doch alle Rassen des Erdballs mit warmem Interesse umspannen soll.

Wie es bis jetzt den Anschein hat, erreichte die autochthone amerikanische Medizin in Mexiko ihren Höhepunkt, und wenn ich daher daran gehe, auf die Heilkunde der Azteken einige Streiflichter zu werfen, so bitte ich, meine bescheidenen kompilatorischen Ausführungen nur als Appell an die berufenen Forscher unter Ihnen zu betrachten, welche dieselben bald durch quellenmäßige Arbeiten überflüssig machen werden. Um weiteren Kreisen den zum großen Teile eminent

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für Geschichte der Medizin der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

[1]) Nur Baas und Iwan Bloch bilden Ausnahmen; namentlich der letztere, welcher in seinem Ursprung der Syphilis, I, Jena 1901, zuerst unter den deutschen Autoren die wissenschaftliche Seite der Indianermedizin betont und dieselbe für die „Syphilisfrage" herangezogen hat.

empirischen Wesenszug der altmexikanischen Medizin grell vor Augen zu stellen, werde ich im folgenden von der in letzterer Zeit zugänglich gemachten Zaubermedizin der Azteken nur einige wenige Andeutungen geben.[2])

Mögen, wie bei den meisten orientalischen und einigen amerikanischen Völkern, auch in Mexiko ursprünglich die Priester Hauptvertreter der Heilwissenschaft gewesen sein — in der Blüteepoche, vor der Conquista, lag die Medizin höherer Gattung jedenfalls in den Händen eines selbständigen, fachlich gebildeten Ärztestandes, dessen Reichtum an Kenntnissen und technischen Fertigkeiten auf der kontinuierlichen Tradition beruhte. Gewöhnlich war der Vater auch der Lehrer des Sohnes. Die Ärzteschaft zerfiel in Mediziner im engeren Sinne des Wortes, welche auf die Arzneien, die sie selbst bereiteten, das Hauptgewicht legten, und Chirurgen, von denen die Aderlasser (vielleicht auch Zahn-, Ohren- und Augenärzte) wohl eine eigene niedrigere Kategorie bildeten; die Geburtshilfe übten die in besonderem Ansehen stehenden Hebammen aus, neben welchen allerlei Weiber mit Abortivmitteln ihr Unwesen trieben. Das Sammeln der Simplicia besorgten Arzneikrämer, die auf dem Markte ihre Heilkräuter, Salben, Wässerchen etc. feilboten, ohne aber dabei — gleich den griechischen Rhizotomen und Pharmakopolen — auf die Konkurrenz mit den Ärzten zu verzichten. Wo das medizinische Können versagte, traten eigene Zauberärzte, Spezialisten der medizinischen Magie, auf den Plan, welche an Technik des Suggestivverfahrens den indischen Kollegen kaum nachstanden. Erwähnt sei auch die Tatsache, daß es bei den Mexikanern Hospitäler (auch solche für invalide Krieger) und Pflegestätten für Unheilbare gab, die durch die Wohltätigkeit der Herrscher und der Privatleute unterhalten wurden. Trotz des großen Rufes, dessen sich die offizielle Medizin erfreute, war das Honorar gering, und namentlich das niedere Volk suchte mit Vorliebe bei alten Weibern oder Zauberkünstlern Zuflucht, deren Wirksamkeit durch das gesetzliche Verbot der Magie — vergleichbar dem Kautschukparagraphen unserer Kurpfuschergesetze — kaum lahmgelegt werden konnte.

Den ersten theoretischen Unterricht, der die Elemente der Allgemeinbildung mit stark religiöser Färbung in sich schloß, dürfte der Adept der „wissenschaftlichen" Heilkunst in den Priesterkollegien empfangen haben[3]); die eigentlich praktische Ausbildung, welche bald mehr nach der medizinischen, bald mehr nach der chirurgischen Seite hinstrebte, wurde hauptsächlich vom Vater geleitet und folgte, wie das gesamte Erziehungswesen, einem sorgsam ausgearbeiteten Plane. Der Zögling studierte zuerst die verschiedenen Krankheiten mit ihren Eigentümlichkeiten, sodann entweder die arzneiliche oder die chirurgische Therapie, ferner die Zubereitung der Heilmittel und zum Schlusse lernte er die praktische Anwendung der Kenntnisse am Krankenbette. Besonders bemerkenswert ist es, daß die Mexikaner, bei denen die beschreibenden Naturwissenschaften (besonders Botanik und Zoologie[4]) zu außerordentlicher Blüte gelangten, nicht wenige von den Fürsten oder wohlhabenden Männern errichtete botanische Gärten besaßen, die sich durch die Mannigfaltigkeit der Medizinalpflanzen auszeichneten. Dieselben dienten den Ärzten, welchen ausdrücklich die Aufgabe oblag, in systematischer Weise die Wirkung der Heilpflanzen bei den einzelnen Krankheiten zu erforschen, zu Studienzwecken, und wie ernst man dabei verfuhr, beweist die Tatsache, daß man sogar kolorierte Pflanzenatlanten herstellte. Wohl eher auf Kuriositätenliebhaberei, als auf wissenschaftliche Bestrebungen ist es zurückzuführen, daß Montezuma sich in seinem Palast eine lebende pathologische Sammlung hielt, in Form einer Menge von Mißgeburten, Lahmen, Buckligen[5]), Zwergen usw. Über das Ausmaß der Anatomie und die Frage, ob die alten Mexikaner Sektionen vornahmen, läßt sich noch kein abschließendes Urteil abgeben[6]); immerhin enthält die Aztekensprache eine Fülle von topographischen Bezeichnungen, und die darstellende Kunst verrät mindestens eine anerkennenswerte Kenntnis der Osteologie; die Fleischbank, die Einbalsamierungen von menschlichen und tierischen Kadavern, die Beobachtung der zahlreichen Fälle von schweren Verletzungen, die zahllosen Schädel der erschlagenen Feinde, welche zu Ehren der Götter aufgetürmt wurden, und die düsteren Menschenopfer, bei denen man aus der eröffneten Brusthöhle das zuckende Herz herausriß, bildeten die Quellen eines rohen anatomischen Wissens, andrerseits war die weit verbreitete Feuerbestattung ein Hindernis für seine Vertiefung.

Die Azteken dankten die Mehrzahl ihrer Kenntnisse den halb sagenhaften Tolteken, die vorher das Land bewohnt hatten und verdrängt worden waren; es scheint zwischen beiden Völkern ein Verhältnis zu bestehen, wie zwischen Sumerern und Babyloniern. Wie überall, wurde der Heilkunst ein göttlicher Ursprung angefabelt, und beinahe in dem Grade wie bei den Römern, hatte die Mythologie einen stark medizinischen Anstrich: es gab eine eigene Göttin der Heilkunst, Personifikationen von Krankheiten oder Heilmitteln, Gottheiten, die bestimmte Leiden über die Menschheit brachten oder heilten (z. B. nur Hautaffektionen, Lepra oder Mißbildungen etc.). Feste zu Ehren der Götter, Gebete, Opfer, Sühnungen, Kasteiungen, Weihgeschenke dienten dazu, den Schutz der höheren Mächte zu erflehen oder ihren Zorn zu besänftigen. Eigentümlich war den alten Mexikanern die rituelle Blutentziehung aus den Ohren, den Augenlidern, der Nase, der Lippe, den Armen usw. — Substitution des Menschenopfers, das freilich unter Umständen zur Behebung von infektiösen Krankheiten (z. B. Lepra) auch in toto ausgeführt wurde. Die Überzeugung, daß die Krankheiten Strafen der Götter oder von Zauberern hervorgerufen seien[7]), wirkte natürlich zugunsten einer äußerst starken Beeinflussung der Medizin im Sinne der Theurgie, und (ähnlich wie bei den Indern) finden wir insbesondere die Geburtshilfe und Kinderpflege von mystischen Gebräuchen aller Art durchsetzt. Eine Art von pathologischem System — Einfluß der Elemente — leuchtet immerhin unter anderem aus dem Glauben hervor, daß die an gichtischen, rheumatischen, fieberhaften Krank-

[2]) Zusammenhängend wurde die mexikanische Medizin — soweit europäische Autoren in Betracht kommen — nur von RAFFOUR (La Médecine chez les Mexicains precolombiens. Thèse de Paris 1900) behandelt. LUIS COMENGE in Barcelona schilderte die Pharmakologie (El Restaurador farmacéutico, 1895) und Geburtshilfe (Clinica egregia, Barcelona 1895, pag. 437 ff.), IWAN BLOCH namentlich die Kenntnisse der Azteken über Syphilis (l. c.). Reiches Material sammelten mexikanische Autoren (namentlich niedergelegt in Anales del Museo Nacional de México), z. B. NICOLAS LEÓN und PASO Y TRONCOSO. Auch der hochverdiente Berliner Amerikanist EDUARD SELER, auf dessen Autorität wir in allen einschlägigen Fragen verweisen, hat in seinen „Gesammelten Abhandlungen zur amerikanischen Sprach- und Altertumskunde" (2 Bände, Berlin 1902—1904) medizinische Probleme, insbesondere die Frage der Syphilis und Lepra, in überzeugender Weise erörtert. Außer COMENGE hatte aber kein europäischer Autor die „Historia de la Medicina en México" von FRANCISCO A. FLORES, Mexiko 1886—1888 (ein dreibändiges Werk, das im ersten Teil die Medizin der Azteken enthält), bisher benutzt. Ich verdanke dieses wertvolle Werk, das ich zur Hauptgrundlage meiner Darstellung mache, der Güte des Herrn Professors BENEDIKT.

[3]) Die Priester waren die Träger der Wissenschaft; es gab eine wissenschaftliche Literatur über Astrologie, Geschichte usw.

[4]) Die Könige ließen auch Menagerien errichten (vgl. W. STRICKER, Geschichte der Menagerien, Berlin 1879). Die botanische und zoologische Klassifikation, welche die alten Mexikaner vornahmen, ist bewundernswert.

[5]) Die Wirbelsäulenverkrümmung wurde auch künstlerisch fixiert (vgl. CAPITAN, Revue de neurologie chirurgicale, 1897).

[6]) BERNARDINO DE SAHAGUN, der neben anderen spanischen Autoren aus der Zeit der Conquista die wertvollsten und zuverlässigsten Nachrichten über die Kultur der Mexikaner hinterlassen hat, schrieb sein Werk sowohl in spanischer Sprache (Historia general de las cosas de Nueva España; Ausgaben: Mexiko 1829 und London 1830, franz. Übersetzg. Paris 1880, als auch im aztekischen Idiom. Die spanische Ausgabe übergeht leider die Anatomie; das in der aztekischen Ausgabe vorhandene Kapitel über die Anatomie der Mexikaner wird derzeit bearbeitet, ist aber noch nicht veröffentlicht.

[7]) Zu den bösen Zauberern gehören der „Wadenfresser", der „Herzfresser", die einen Menschen abmagern machen und ihn in Ohnmacht versenken können, die „Menscheneulen", die durch allerlei Praktiken einen „stechen", d. h. ihm eine tödliche Krankheit beibringen u. a. Vgl. SELER, II. pag. 85.

heiten, an Geschwüren, Wassersucht oder ansteckenden Hautaffektionen Verstorbenen in das hoch auf dem Berge gelegene Paradies des Regengottes eingingen; solche Tote wurden auch nicht verbrannt, wie die übrigen, sondern in der feuchten Erde begraben. Tatsächlich schrieb man die Entstehung der eben genannten Krankheiten der Kälte und Feuchtigkeit zu, während man bei anderen die schädliche Einwirkung des Windes, den Abusus im Trinken, übermäßigen Koitus oder Ansteckung beschuldigte[8]) — Erfahrungen, welche freilich durch die Göttermythen verhüllt wurden.

Das Gewebe von Mystizismus und Rationalismus ist ein so dichtes, daß es oft schwer fällt, zu sagen, wo der Arzt aufhört und der Wundermann anfängt. Am Beginne der Kur gab man zumeist dem Patienten eine aus einer Niesewurzart bereitete Arznei, um Ausscheidung zu bewirken, woran sich, begleitet von Götteranrufung und allerlei religiösen Zeremonien, die eigentliche Behandlung reihte. Um zu entscheiden, ob die Krankheit heilbar oder unheilbar sei, ließ man den Patienten das Pulver von Niesewurzen aufschnupfen; trat Niesen ein, so galt dies als günstiges Zeichen (Prüfung auf Erregbarkeit!). Der Arzt diagnostizierte gewiß rein empirisch aus der Beobachtung der Symptome die Krankheit, verfolgte ihren Verlauf in den einzelnen Stadien, aber trotzdem stützte sich sein Urteil in noch höherem Grade auf die Astrologie, d. h. den Kalender, der ja bei den Mexikanern als höchstes Orakel galt.[9]) Ganz wie bei den alten Kulturvölkern wurden Gestirne, bestimmte Tage, Körperteile und Heilmittel durch das System der Korrespondenzlehre in Konnex gebracht und daraus die Prognose und Therapie schematisch hergeleitet. Die Grundlage der mexikanischen Zeitrechnung bildete ein Zeitraum von 20 Tagen, welche mit den Namen verschiedener sinnlich greifbarer Objekte, zumeist Tiernamen bezeichnet wurden. Diese unseren Tierkreisbildern vergleichbaren Tageszeichen regierten in nachfolgender Reihe über die Leber, die Atmung, das rechte Auge, das Gesäß, die Genitalorgane, den Kopf, das rechte Bein, das linke Ohr, das Haupthaar, die Nase, den linken Arm, die Gedärme, den Magen, das linke Bein, den rechten Arm; das rechte Ohr, die Zunge, die Zähne, das linke Auge, die Brust. Wer die antike und mittelalterliche medizinische Literatur sowie deren Ausläufer kennt, wundert sich nicht, wenn der mexikanische Arzt die Krankheit nach der Zeit ihres Entstehens unter einem oder anderen Tageszeichen beurteilte, in den korrespondierenden Arzneistoffen den Schwerpunkt für die ganze Therapie suchte und an den fünf letzten Tagen des Jahres (dies nefasti) keine Operation vornahm. — Wohl schon nicht mehr der offiziellen Medizin, sondern der magischen Heilkunde beziehungsweise dem Volksaberglauben gehört es an, wenn man das Schicksal des Kranken aus dem Vogelflug, aus Tierstimmen zu prophezeien suchte oder das „Loswerfen mit Maiskörnern“, das „Ins Wasser sehen“ (erschien das Gesicht dunkel, so befürchtete man das Schlimmste), das „Fadenknüpfen“ (wobei ein leicht aufknüpfbarer Knoten günstig gedeutet wurde) für prognostische Zwecke anwendete. Der Zauberarzt warf 20 Maiskörner (entsprechend den 20 Tageszeichen) auf ein Tuch, wie man Würfel wirft. Fielen die Körner derart, daß in der Mitte ein leerer Raum blieb, so deutete dies auf Tod, fielen sie aber derart, daß beide Hälften der Körnermenge durch eine gerade Linie getrennt waren, so war dies ein gutes Zeichen. Nach einer anderen Deutungsart hieß es: „Wenn die Körner an verschiedenen Stellen verteilt fallen, so wird der Kranke sterben, fallen sie übereinander in Haufen, so wird er gesund.“ Solche Prophezeiungsmethoden gaben es natürlich dem schlauen Wundermann in die Hand, den Ausgang der Schicksalsbefragung nach Gutdünken einzurichten und zuweilen suggestiv zu wirken.

[8]) Eigentümlich war der Glaube, daß viele Krankheiten durch das Trinken von Wasser entstehen, welches über Nacht gestanden ist.

[9]) Vgl. SELER a. a. O.

Vergleichsweise möge man übrigens festhalten, daß die relativ hochstehenden indischen Ärzte ihre Krankheitsvoraussage (wenigstens angeblich) auf den pursten Aberglauben (z. B. Beschaffenheit des Boten, der vom Patienten geschickt wird, zufällige Begegnungen auf dem Weg zum Kranken etc.) gründeten. An den internationalen Hokuspokus noch sehr späteren Datums erinnern auch einige therapeutische Gebräuche der Azteken, die darin bestehen, daß der Medizinmann den Kranken mit zerkautem Wermut oder Tabak einreibt und aus den beim Tasten schmerzhaft befundenen Stellen angeblich das Krankheitsagens, einen Fremdkörper (Kiesel, Messer etc.) oder Würmer (z. B. aus Zähnen), herauszieht oder Blut heraussaugt. Und selbstredend fehlte auch keineswegs der Glaube an die Möglichkeit der Transplantation von fieberhaften und kontagiösen Krankheiten. Dieselbe wurde in der Weise vorgenommen, daß man in solchen Fällen mehrere Kügelchen von Maismehlteig auf ein Agaveblatt klebte und auf den Weg warf, in der Annahme, daß sich dem ersten Vorübergehenden das Leiden an die Fußsohle heften wird.

Von großem Interesse und an die Manipulationen der europäischen Magnetiseure oder Spiritisten anklingend, war auch der folgende, von den gelehrten Aztekenärzten eingeschlagene Weg, um zu einer Diagnose zu gelangen, wenn die „Wissenschaft“ im Stiche ließ. Man versetzte den Patienten durch gewisse Substanzen in den Zustand der Trunkenheit, der somnambulen Ekstase und erwartete, daß das Medium dann selbst seine Krankheit und deren Sitz angibt!

Wenden wir uns nun zu dem rationellen Teil der mexikanischen Medizin, so ergibt sich, daß ihre Vertreter eine beträchtliche Zahl von Symptomenkomplexen als selbständige Affektionen unterschieden und für jede einzelne eine genau spezifizierte Behandlung angegeben haben. Sie kannten unter anderem: verschiedene Fieber (darunter Intermittens), Wahnsinn (darunter Melancholie und Idiotie), Lähmungen, Konvulsionen (darunter Epilepsie), Kopfschmerz (darunter Hemikranie), Mundgeschwüre, Zungengeschwüre, Schnupfen (besondere Form bei Neugebornen), Kropf, akuten und chronischen Bronchialkatarrh, Asthma, Bluthusten, Dyspepsie, Kolik, Darmkatarrh, Dysenterie, Wassersucht, Eingeweidewürmer, Hämorrhoiden, verschiedene Harnleiden (Stein), Impotenz, Gonorrhöe, venerische Affektionen (höchst wahrscheinlich nicht nur Schanker, sondern auch Syphilis[10]), Rheumatismus, Gicht, mehrere Frauenleiden, Hautkrankheiten, Parasiten, mehrere Augenaffektionen (darunter Pannus und Pterygium), Ohrenfluß usw. In der Therapie spielten Aderlässe, Skarifikationen, Bäder und Diät die Hauptrolle neben der ungemein reichhaltigen medikamentösen Therapie. Was diese letztere anlangt, so wurden alle drei Naturreiche in Anspruch genommen, jedoch mit besonderer Bevorzugung der pflanzlichen Mittel. Von Mineralien kamen mehrere Steinarten (unter diesen vielleicht auch Kalk, Alaun, Arsenik, Meteor und Obsidian) in Betracht; zu den animalischen Heilmitteln zählten z. B. die Viper, das Chamäleon, die Eidechse, das Fleisch des Jaguars, der Schwanz eines Beuteltiers, das Fett einer Cochenillenart, verschiedene Insekten und Würmer. Die Menge der vegetabilischen Arzneisubstanzen[11]) — die mexikanische Botanik beschrieb mehr als 1200 Pflanzen — ist kaum übersehbar, leider aber läßt sich bisher nur ein Teil der überlieferten aztekischen Pflanzen-

[10]) Vgl. SELER, II, pag. 94 ff. Die Stelle bei SAHAGUN (X, cap. 28, § 5) lautet: „Von diesen Bubas gibt es zwei Arten: die einen sind sehr schmutzig, die nennt man „große, geschwollene Bubonen“, die anderen sind weniger schwer, die nennt man „Kavalier-Bubonen“. Und diese Bubas verursachen starke Schmerzen und erzeugen Lähmungen der Hände und Füße und „fressen sich in die Knochen ein“. Die ganze Frage ist ausführlich von IWAN BLOCH l. c., pag. 200 ff., behandelt, wo auch die Mythologie eingehende Berücksichtigung findet.

[11]) FR. HERANDEZ, Rerum medicarum Novae Hispaniae Thesaurus, Roma 1628.

namen mit den modernen Bezeichnungen identifizieren; Kräuter, Wurzeln, Hölzer, Rinden, Blätter, Blüten, Früchte, Samen, Öle, Harze, Balsame bildeten das Hauptmaterial, aus welchen die mannigfachen Arzneiformen bereitet wurden: Kräutersäfte, Infusionen, Dekokte, Sirupe, Emulsionen, Pulver, Elektuarien, Pasten, Salben, Pflaster etc. Für die oft aus zahlreichen Bestandteilen zusammengesetzten Mittel gab es exakte Magistralformeln.[12]) Von äußeren Applikationen kannten die Mexikaner auch Suppositorien, das Klysma, die Einspritzung in die Harnröhre, die Inhalation, Schnupf- und Riechmittel.

Das sorgfältige Studium der Pharmakodynamik fand darin seinen Ausdruck, daß viele Arzneipflanzen einen Namen trugen, der die spezifische Heilwirkung bezeichnete.[13]) Der Heilschatz umfaßte Brech-, Abführ-, Schwitzmittel, Narkotika, Sedativa, Adstringentia, Antipyretika, sehr zahlreiche Abortiva, Aphrodisiaka, Diuretika und Hämostatika. Ein gewisser Rationalismus, der über die gewöhnliche Empirie hinausgeht, ist darin zu erblicken, daß man im Sinne einer Revulsion unter Umständen reizende oder entzündungserregende Mittel, entfernt vom locus dolens, applizierte. Über Gifte und Gegengifte besaß man viel Erfahrung; eines der beliebtesten Antidote war die Dorstenia contrayerba, welche gemäß der Identifikation von Kontagien mit Giften auch als Prophylaktikum bei Epidemien diente.[14]) Das Prinzip der Isopathie kam in einem Universalgegengift zur Anwendung, das aus der Mischung von allerlei animalischen Giften bestand (Asche von giftigen Tieren).

Außerordentliches Lob spenden die spanischen Zeitgenossen[15]) einstimmig der chirurgischen Gewandtheit der mexikanischen Ärzte, wobei man freilich in Rechnung ziehen muß, daß das Klima einen Teil des Erfolges schon von vornherein verbürgte. Abgesehen von der Behandlung der Wunden, Geschwüre, Verbrennungen, für welche sie zahlreiche Topika besaßen (z. B. verschiedene Balsamarten, Tabak-, Agavenblätter u. a.), wäre vor allem namentlich darauf hinzuweisen, daß die Azteken mit Meisterschaft den Aderlaß (mit der Lanzette) ausführten, Skarifikationen (mit den Stacheln der Agave) vornahmen und die Naht (mit reinen Haaren) z. B. bei Verletzungen der Nase, Lippe etc. sehr oft anwendeten. In Ermanglung des Eisens waren ihre Instrumente aus Obsidian verfertigt. Die mexikanischen Chirurgen inzidierten Abszesse (mittelst Kreuzschnitt), skarifizierten ödematöse Schwellungen und zeichneten sich ganz besonders durch die Behandlung der Knochenbrüche und Luxationen aus. Sie verstanden manche Verrenkungen einzurichten und wendeten bei Frakturen nach Adaption der Teile starre Verbände an; letztere bestanden zunächst aus einem zähen, sehr fest anhaftenden Pflaster (z. B. aus Harz bereitet), darüber kamen Federn zur Deckung, sodann vier parallel gestellte Täfelchen (Schienen), die mit Riemen sorgfältig befestigt wurden. Der Verband blieb gewöhnlich 20 Tage liegen. Vor größeren Eingriffen gab man dem Patienten ein Narkotikum, hingegen wurde die Blutstillung nur durch intern gegebene oder äußerlich applizierte Hämostatika versucht, die Anwendung des Glüheisens und der Blutegel blieb unbekannt, bei der Reinigung der Wundhöhlen spielte als Spülmittel auch der Urin eine große Rolle. Bemerkenswerterweise beschränkte man sich zumeist nicht auf die lokale Therapie, sondern behielt stets auch den Allgemeinzustand im Auge, so wurde z. B. jeder Patient, der einen Knochenbruch erlitt, venäseziert. Die Augenheilkunde verfügte über eine Menge von Kollyrien, Salben etc., und Hornhauttrübungen suchte man durch Abschaben aufzuhellen.

Die Geburtshilfe und Pflege des Neugebornen war der Obsorge der Hebammen anvertraut, welche, mit feierlichen Ansprachen von den Familienmitgliedern empfangen[16]), wenigstens bei den Wohlhabenden die Schwangere schon mehrere Monate vor dem Eintritt des Partus überwachten und untersuchten. Vor, bei und nach der Geburt wurde ein ganzer Apparat von religiös-abergläubischen, hygienischen und medikamentösen Maßnahmen in Szene gesetzt — als Ausfluß der Wertschätzung, die man dem kommenden Menschenleben zollte. Es würde zu weit führen, wollte ich hier auf alle Einzelheiten eingehen, es sei nur darauf hingewiesen, daß man die ganze Lebensweise der Schwangeren, ihre Nahrung, Bewegung, Beschäftigung, Geschlechtsfunktion (Enthaltung vom Koitus) usw. regelte und namentlich durch Bäder für die Körperpflege sorgte.[17]) Beim Eintritt der Wehen wurde wiederholt die Kindeslage untersucht, eventuell durch äußere Handgriffe eine Korrektion vorgenommen, Medikamente, welche die Wehen verstärken, die Schmerzen vermindern, Knochenbrüche des Kindes verhüten sollten, eingegeben und durch Zuspruch suggestiv eingewirkt. Erfolgte die Geburt in normaler Weise, so durchtrennte man die Nabelschnur, brachte den Neugebornen unter religiösen Feierlichkeiten (Segnungen, Beschwörungen) ins Bad, skarifizierte ihn an den Genitalien[18]) und unterwarf die Mutter einem strengen hygienisch-diätetischen Regime, zu welchem der nationale Maistrank, Ausspülung der Scheide, Räucherungen, Bäder (mehrere Tage nach der Geburt) u. a. gehörten; mit noch größerer Vorsicht wurde der Säugling — die meisten Mütter stillten selbst vom 2. Tage an, die vollständige Entwöhnung erfolgte erst nach 2 Jahren — umgeben (z. B. Behandlung des Augenkatarrhs!). In den Fällen, wo die Geburt nicht normal vonstatten ging, suchte man durch Gebete, Suggestion, Emenagoga, äußere Wendung, Erschütterung (Stöße zwischen die Schulterblätter) den günstigen Ausgang herbeizuführen, eine zögernde Plazenta durch kontraktionsbefördernde Mittel, Räucherungen, seltener manuell, zu entfernen. Half dies alles nichts, so brachte man die Gebärende in einen abgeschlossenen Raum, verdoppelte den Eifer in den angegebenen Bemühungen und entschloß sich nach langem Warten, wenn schon Anzeichen des Fruchttodes vorlagen, zur Embryotomie, welche die Hebamme mit einem Steinmesser in primitivster Weise ausführte. Zur Vornahme dieser Operation gehörte aber die Einwilligung der Eltern; wurde sie verweigert, so konnte nur der Tod die Unglückliche von den Leiden erlösen. Der Volksglaube stellte den Tod im Wochenbette mit dem Tod auf dem Schlachtfelde gleich; die im Kindbett Verstorbenen (Erstgebärenden) gingen ebenso wie die Krieger in das Reich der Sonne ein (die an verschiedenen Krankheiten Gestorbenen kamen dagegen zumeist in das Reich der Finsternis, das eigentliche Totenreich). Ja, noch mehr! die im Wochenbett Verstorbenen wurden göttlich verehrt (von den Hebammen), man glaubte und fürchtete, daß sie durch die Lüfte schweben und namentlich den Neugebornen schaden können.

Auf verhältnismäßig sehr hoher Stufe stand die Hygiene. Sie erstreckte sich auf das ganze private und öffentliche Leben. Aus den erhaltenen Bildertexten geht z. B. hervor, daß das Erziehungswesen auf genau dosierten Vorschriften über die Nahrung, Kleidung, die Arbeit und Vergnügungen der einzelnen Altersstufen aufgebaut war; einem besonders strengen Abhärtungsverfahren mußten sich jene vornehmen Jünglinge unterwerfen, welche den Krieger- oder Priesterstand erwählten, sie waren zu diesem Zwecke in Priesterkonventen und Instituten untergebracht. Die Nah-

[12]) Vgl. Flores l. c., I, pag. 66—71.

[13]) Z. B. hieß das Spezifikum gegen nanauatl (Bubas) nanauapatli.

[14]) Bekanntlich auch späterhin in Europa zu gleichem Zwecke lange Zeit im Gebrauch.

[15]) Sogar der große Eroberer Cortez.

[16]) Sahagun hat die Form der Ansprachen überliefert, die bei diesem Anlaß gehalten wurden.

[17]) Vgl. auch hier die auffallende Analogie zur indischen Medizin.

[18]) Die Skarifikationen hatten eine religiös-hygienische Bedeutung. Auch bei der Vermählung wurden die beiden jungen Gatten an Lippe und Zunge skarifiziert. Ob die Mexikaner bei den Knaben einer gewissen Altersstufe die Beschneidung vornahmen, wie einige Autoren der Conquistazeit behaupten, ist noch nicht sichergestellt.

rungsmittel, welche Händler auf den Märkten feilboten, wurden von eigens dazu designierten Personen auf ihre Qualität untersucht, für gutes Trinkwasser war durch Wasserleitungen gesorgt, bei Anlage der öffentlichen Gebäude und der Häuser der Wohlhabenden trug man hygienischen Momenten (Luft, Licht etc.) Rechnung, die Hauptstädte besaßen weite Plätze und Gartenanlagen. Die Leichen wurden zumeist verbrannt. Von außerordentlich strengen Strafen waren Inzest, Notzucht, Kindesabtreibung und Kindsmord, Päderastie, Sodomie bedroht. Im allgemeinen lebten die alten Mexikaner mäßig, namentlich in bezug auf Getränke (Pulque). Trunkenheit der Vornehmen sollte mit dem Tode bestraft werden, die Angehörigen der minderen Klasse wurden bei gleichem Delikt zur Sklaverei verdammt, zeitweise scheint der Genuß von geistigen Getränken in vorgeschriebenem Höchstausmaß nur alten Leuten und Kranken, den übrigen ausnahmsweise bei großen Festen gestattet gewesen zu sein. Leibesübungen verschiedener Art stählten die Muskeln, sehr oft gebrauchte kalte, laue und Dampfbäder dienten zur Erhaltung der Gesundheit, und eine mit bewundernswerter Sorgfalt betriebene Mundpflege[19]) (Zahnpulver, Mundwässer) erhielt nicht allein die Zähne in gutem Zustand, sondern verschloß auch manchen Krankheiten die Eingangspforte.

Die dürftige Skizze, die ich in groben Strichen entworfen, stützt sich auf einen ganz geringfügigen Teil der Forschungsergebnisse, aber sie erfüllt ihren Zweck, wenn sie gleichsam im Nebel hier und da Umrisse einer medizinischen Entwicklung erkennen läßt, die sich jenseits des Ozeans auf dem Boden der Atlantis, unabhängig von den bekannten Kulturzentren vollzogen hat und allzu jäh auf dem Höhepunkt der Schaffenstätigkeit gewaltsam erstickt worden ist.[20]) Das literarisch-archäologische Material, welches als Überbleibsel glücklicherweise den rohen Vollstreckern eines fanatischen Vandalismus entging, bietet zahlreichen Forschern die reizvolle Gelegenheit, ein noch fast jungfräuliches Gebiet zu bearbeiten, ein Gebiet, auf dem jeder Spatenstich unerwartete Erkenntnisse für die Psychologie des primitiven medizinischen Denkens zutage fördern kann und damit für die noch zu schaffende Wissenschaft — **der vergleichenden Medizin.**

Aus der chirurgischen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitals zu Sarajevo.

Über die Wahl der Operation bei Lithiasis.

Von **Primararzt Dr. Jos. Preindlsberger.** *)

Vor 3 Jahren berichtete ich an dieser Stelle über die von mir ausgeführten Steinoperationen und über Nachforschungen, welche die Ätiologie der Lithiasis in jenem Teile der Balkanländer zum Gegenstand hatte, aus dem meine Beobachtungen fast ausschließlich stammen.

Die uralte Geschichte der Steinoperationen bietet, wie kaum ein anderer Eingriff das größte Interesse für die Entwicklung der Chirurgie. In Bosnien hatte sich bis vor wenigen Jahren ein Rest der altertümlichen Operationsmethoden in der Hand einiger Steinschneider erhalten, über die ich an anderer Stelle Mitteilung machte und dabei die von den Volksärzten benutzten Instrumente demonstrierte.

Wenn ich heute neuerdings auf Grund von 205 Fällen über Steinoperationen spreche, so bestimmt mich dazu der Umstand, daß die Ansichten über die Wahl der Operation bei Lithiasis noch nicht in allgemein akzeptierten Indikationen festgestellt sind und ich glauben darf, zu dieser Frage einen kleinen Beitrag bringen zu können.

Zum Teile mag diese Differenz in den Anschauungen der einzelnen Chirurgen ihre Ursache darin haben, daß die Lithiasis in ganz ungleichmäßiger Weise über den Erdball verbreitet ist und in den großen Zentren der Wissenschaft verhältnismäßig seltener zur Beobachtung gelangt; zum größeren Teile ist sie aber gewiß darauf zurückzuführen, daß bei keiner Krankheit Alter, Rasse und vor allem die chemische Zusammensetzung des Konkrementes an verschiedenen Orten so großen Differenzen unterliegt und so die Wahl der Operation beeinflußt.

Der einzig richtige Standpunkt dürfte doch wohl nur der sein, aus allen Operationsmethoden im Einzelfalle die richtige Wahl zu treffen und nach strikten Indikationen zu operieren. Es ist gewiß ein einseitiger Standpunkt, wenn ein Chirurg wie Fantino in Bergamo in jüngster Zeit für die ausschließliche Anwendung der Sectio alta eintritt; es ist da ja ganz natürlich, wenn er der von ihm bevorzugten Methode zu Liebe die anderen operativen Verfahren in etwas subjektiv gefärbter Weise ablehnt.

Dort, wo Fantino von den perinealen Methoden spricht, meint er offenbar nur die alten Methoden mit Durchtrennung des Blasenhalses; diese Methoden sind heute fast allgemein verlassen und finden nur in Ausnahmsfällen ihre Indikation, wenn eine andere Operation nicht ausführbar ist; ausgedehnte Narbenbildung oder Ulzeration der Bauchhaut und des Perineum kann in seltenen Fällen zur Wahl dieser allerdings sehr rasch, aber nicht ohne Nebenverletzung ausführbaren Sectio mediana oder lateralis Veranlassung geben, wenn gleichzeitig die Urethra nicht für ein dickeres Instrument passierbar ist und die Beschwerden des Kranken ein rasches Vorgehen erfordern.

Fantino wendet sich, wie ich glaube, in zu dezidierter Weise gegen die Lithotripsie, die er selbst nie ausgeführt hat; er hält sie für eine Modesache und wendet sich gegen die gewiß ganz begründete Ansicht Poussons, daß die Lithotripsie das Verfahren der Wahl und die Zystotomie das Verfahren der Notwendigkeit sei.

Mit gewissen Einschränkungen in bezug auf das Alter der Kranken und die Größe und Härte des Blasensteines kann diese prägnante Formel Poussons wohl ohne weiteres akzeptiert werden.

Wenn Fantino der Lithotripsie die Notwendigkeit der Einleitung tiefster Narkose vorwirft und dabei Guyon zitiert, so vergißt er, daß dieser Autor auch von der sogenannten „Narkose à la reine“ spricht, die oft mit ganz geringen Mengen des Narkotikums die Lithotripsie gestattet; die Narkose hängt eben erfahrungsgemäß von der Reizbarkeit der Blase ab.

Es ist ja eine allgemein bekannte Tatsache, daß die Inhalationsnarkose bei Blasenoperationen sehr häufig von ernsten Zwischenfällen begleitet ist; daran ist eben zum Teil die Reizbarkeit der Blasenwand, die Häufigkeit der Komplikation von Lithiasis mit Affektionen der Nieren und der oft schlechte Allgemeinzustand der Kranken schuld.

Ich selbst habe wiederholt auf die Gefahren der Inhalationsnarkose bei Kindern hingewiesen, wenn die kleinen Patienten nach langer Dauer der Erkrankung in elendem Zustande zur Operation kommen und daher oft an schweren Affektionen der Respirationsorgane leiden.

Gerade diese Komplikationen haben mich vor allem dazu geführt, bei Erwachsenen zur Ausführung der Blasensteinoperationen die Rückenmarksanästhesie anzuwenden, die dabei ihr dankbarstes Feld findet; bei Kindern habe ich in den letzten Jahren aus diesem Grunde den perinealen Weg in moderner Form, die von Frank empfohlene Cystotomia perinealis nach Ablösung des Mastdarmes, eingeschlagen;

---

[19]) Auch hier besteht ein Analogon zur indischen Medizin.

[20]) Die Medizin namentlich jener Spanier, die nach der Eroberung ins Land der Azteken kamen, stand kaum auf höherer Stufe und war insbesondere, was den noch heute nicht genügenden Heilschatz anlangt, den herrschenden Krankheiten nicht gewachsen; ja, die Mexikaner waren nach den zeitgenössischen Berichten sogar in der Chirurgie überlegen.

*) Auszugsweise vorgetragen in der Abteilung für Chirurgie der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

bei dieser Methode kann, falls während der Operation Asphyxie eintritt, ohne Gefahr der Quetschung und Infektion des Peritoneum bei offener Blasenwunde die künstliche Respiration ausgeführt werden.

Fantino zitiert Marc, der bei den letzten 103 Lithotripsien die Operation nur 75mal in einer Sitzung durchführen konnte und findet darin eine Schwäche der Methode; es ist ja gewiß wünschenswerter, den Kranken mit einem Schlage von seinen Leiden zu befreien, wie dies die Schnittmethoden ermöglichen; es unterliegt aber auch gewiß keinem Zweifel, daß der Vorgang Marcs, der in Steinoperationen eine so reiche Erfahrung besitzt und ausgezeichnete Resultate erzielt, schonender und der Individualität der Kranken entsprechend ist.

So wie Fantino die Vorteile der Sectio alta nach meiner Ansicht überschätzt, so unterschätzt er deren Gefahren. Das Zurückbleiben einer permanenten Bauchfistel nach Sectio alta hält er für selten; ich selbst habe diese unangenehme Folge nie erlebt, aber es sind darüber doch genügend Beobachtungen in der Literatur mitgeteilt, so daß diese Komplikation nicht ganz ausgeschlossen werden kann und in jenen Fällen am leichtesten eintreten dürfte, wo es sich um schwere Zystitis handelt, die lang dauernde Drainage erfordert, wobei eine Epithelbildung im Fistelkanal leicht zur Entwicklung gelangen kann.

Die Tendenz zum Bauchbruch in der Operationsnarbe ist gewiß auch selten, wurde aber doch von verschiedenen Beobachtern mitgeteilt und war ja auch die Veranlassung zur Anwendung der verschiedenen Methoden des Bauchdeckenschnittes, wie Längsschnitt der Haut, quere Ablösung des Musc. recti etc.

Die größte Gefahr, welche ja lange Zeit die allgemeine Anwendung der Sectio alta verhindert hat, die Infektion des prävesikalen Raumes, wird durch die exakte Naht und Drainage eingeschränkt; wenn es auch bei diesen Maßnahmen selten zu schwerer Infektion kömmt, so wird sie doch nie mit Sicherheit zu vermeiden sein, da man bei der Operation den Kontakt der frischen Wunde mit dem meist infizierten Blaseninhalt nicht verhindern kann. Wenn Fantino zur Blasennaht Catgut verwendet, so bietet dieses Nahtmaterial keine wesentlichen Vorteile; schneidet eine Naht einmal durch, fällt sie in die Blase, so kann sie dort ebenso als Fremdkörper wirken und Veranlassung zur Konkrementbildung geben, wie eine Seidennaht. Catgut wird im Gewebe resorbiert, aber nicht in einem mit Epithel ausgekleideten Hohlraum, dem Blaseninnern.

Fantino steht heute mit seinen Anschauungen wohl ganz vereinzelt; ich habe seine Indikationsstellung näher besprochen, weil er unter ganz ähnlichen Verhältnissen arbeitet wie ich; er hat es in der Mehrzahl mit jugendlichen Individuen zu tun (44% unter 5 Jahren); dies erklärt ja ohne weiteres seine Vorliebe für die Sectio alta, da ja bei Kindern diese Methode am leichtesten ausgeführt werden kann. Fantino geht aber zu weit, wenn er die anderen Operationsmethoden in Bausch und Bogen verurteilt.

Die schwierigere Technik der Lithotripsie kann nicht als Hindernis gelten, wenn die Indikation für diesen Eingriff vorliegt. Ein Chirurg, der häufig Steinoperationen vorzunehmen hat, soll eben alle Methoden anwenden, wenn die äußeren Verhältnisse deren Ausführung gestatten.

Ich glaube, an meinen Fällen die Richtigkeit dieser Anschauung nachweisen zu können, die ja auch von den meisten Chirurgen geteilt wird.

Fantino führt die Äußerung Dittels an, daß von 100 Lithiasiskranken 70 nach jeder Methode operiert werden können, daß die übrigen 30 ausschließlich in den Bereich der Sectio alta gehören; diese Ansicht des erfahrenen Altmeisters der Urologie hat mit einigen Modifikationen, die ich mir im folgenden auszuführen gestatte, auch heute noch Geltung.

Die Sectio alta kann bei Blasenstein am leichtesten in allen Fällen ausgeführt werden, ohne daß ihr durch jugendliches Alter der Kranken, Größe oder Härte des Steines irgend eine Einschränkung gesetzt wäre; ihre Nachteile sind die lange Dauer der Nachbehandlung, wenn der Wundverlauf nicht glatt ist, wodurch die Kranken lange Zeit ans Bett gefesselt sind, ein Umstand, der bei alten Leuten schwer ins Gewicht fällt. Bei Kindern ist sie ja technisch besonders leicht und rasch ausführbar, die Überwachung der kleinen Patienten erfordert jedoch ein sehr gewissenhaftes Wartepersonal, das beim Verstopftwerden des Dauerkatheters (bei kleinen Kindern aus diesem Grunde und wegen der meist bald eintretenden Urethritis schwer anwendbar), bei Störung in der Funktion der Blasendrainage sofort Meldung erstattet; wie schwer dies ist, habe ich manchmal an meiner Abteilung erfahren, wo mitunter 8—9 Steinkranke neben 14—15 anderen Operierten in einem Krankensaale während der Nacht von einer Wärterin versorgt werden müssen. Die Lithotripsie gibt die kürzeste Heilungsdauer, die leichteste Nachbehandlung und gestattet, die Kranken baldigst außer Bett zu bringen.

Sie findet ihre Grenzen in der Größe, Härte, eventuell in der Zahl der Steine, sie verlangt eine genügende Weite der Urethra, um genügend große Instrumente einführen und die Evakuation vornehmen zu können. Unangenehme Komplikationen nach der Lithotripsie sind Zystitis, Epididymitis und Prostatitis, die sich mit Sicherheit nicht vermeiden lassen, aber selten ernste Konsequenzen haben.

Die von Delbeau 1863 empfohlene Lithotripsia perinealis, eine Methode, die von manchen englischen Chirurgen als Methode der Wahl angewendet wird, kann als Ausnahmsoperation Geltung behalten; sie ist auch bei Kindern ausführbar und kann z. B. im Verlaufe einer Lithotripsie, wenn ein Konkrement in der Urethra stecken bleibt, die sonst nötig werdende Sectio alta vermeiden lassen.

Von den perinealen Methoden sollte, wie ich meine, nur mehr die Cystotomia perinealis angewendet werden; da ich in der letzten Zeit über diese Methode einige Erfahrung gesammelt habe, so werde ich mir erlauben, im folgenden etwas ausführlicher zu sein.

Der anatomisch vorgezeichnete Weg, um vom Perineum an die Prostata und die Blase zu gelangen, die Spaltung des Septum in retro-vesico-rectale wurde 1888 von O. Zuckerkandl angegeben:

1898 beschreibt Rochet die Methode neuerdings, ohne die Zuckerkandlsche Priorität zu erwähnen.

Cystotomie périnéale: Drainage du bas-fond par le perinée: Nous avons avec notre collègue Durand, proposé, de faire dans certains cas de vieilles vessies infectées et surtout à basfond très marquée, le drainage direct de ce bas fond par le perinée.

Nos recherches anatomiques nous avaient, en effet, montré qu'on peut assez facilement, en passant par le perinée, atteindre la vessie dans sa portion interdeferentielle tout en menageant la musculature périnéale en cotoyant les organes sans les blesser et en ne coupant aucun nerf ou vaisseau important.

1. Incision cutanée en H.

2. Traversée du périnée: Sonde in der Urethra, Zeigefinger im Rektum mehr gegen die Urethra halten.

3. Ablösung des Rektum.

4. Inzision und Herabholung der Blase 3 *cm* ober der Prostata, um die Vasa deferentia zu vermeiden.

5. Naht der Blase an das Perineum.

Rochet hat diese Methode daher ausschließlich für die Drainage der Blase empfohlen und sieht ihren Vorteil in dem Umstande, daß kein Residualharn zurückbleiben kann, weil die tiefste Stelle der Blase drainiert ist; dadurch werde auch die Gefahr der Rezidive von Phosphatsteinen verringert. Über die Funktion dieser bouche vésicale perinéale kann

kleinen Blasenwunde aus den Stein zerbrechen und gewissermaßen eine Lithotripsia perinealis ohne Verletzung der Urethra vornehmen; die kleine Blasenwunde heilt dann rasch.

Eine besondere Stellung bei den Blasensteinoperationen nimmt das kindliche Alter ein; ich möchte deshalb diesem Gegenstande einige Worte widmen.

Die Lithotripsie bietet sowohl für die Zertrümmerung, als für die Aspiration Schwierigkeiten; Zwischenfälle sind das häufige Steckenbleiben von Fragmenten in der Urethra mit konsekutiven Zerreißungen und Strikturbildung in derselben.

Bei Kindern finden sich oft in der Blasenwand fest eingelagerte Steine; diese Komplikation sowie das häufige Vorkommen von harten Oxalaten im Kindesalter erklären manchen Mißerfolg der Lithotripsie.

Die Lithotripsia perinealis ist leichter ausführbar, es scheint mir aber doch nicht mit Sicherheit auszuschließen, daß es später zu Strikturbildung in der Pars membranacea kommen könnte.

Ich möchte daher bei der Wahl der Operation bei Kindern entweder die Sectio alta oder bei Hinweis auf die oben angeführten Indikationen die Cystotomia perinealis empfehlen. Vom 5.—8. Lebensjahre an konkurriert wieder die Lithotripsie mit den Schnittmethoden, wenn das Kaliber der Urethra die Einführung stärkerer Instrumente gestattet; die Weite der Urethra unterliegt zum Teil individuellen

Fixation des Steines in der Blasenwand scheiterte. Die Behandlungsdauer schwankte von 15—110 Tagen. Ein Exitus letalis trat infolge von Ileus am 9. Tage nach der Operation ein und war vielleicht auf die bei der Operation vorgenommene Beckenhochlagerung zurückzuführen.

Total 195 (seit 1. August 7) = 202, Sectio alta 111 Fälle.

I. Serie 93 (13 Todesfälle), Mortalität 12%
II. Serie 18 (1 Ileus), " 5% } 11%

Alter: I. Serie:	1— 5 Jahre	= 12 Fälle		
	5—10 "	= 30 "	mit 2 Todesfällen	
	10—20 "	= 33 "	" 3 "	
	20—30 "	= 5 "	" 3 "	
	30—40 "	= 3 "	" 1 Todesfall	
	40—50 "	= 5 "	" 2 Todesfällen	
	60—70 "	= 1 Fall		
	70—80 "	= 1 "	" 1 Todesfall	

II. Serie: Alter 3—23 Jahre. Dreimal Lithotripsieversuch. 4, 4½, 6, 4, 3, 4, 15, 7, 14, 5, 15, 10, 18 (23), 11, 7, 12, 22. Ein Todesfall Ileus (23). Behandlungsdauer: I. Serie: 5 bis 152 Tage, Durchschnitt 33·4 Tage. II. Serie: 17—88 Tage, Durchschnitt 38 Tage.

I. J.-Nr. 1034. J. D., 22 Jahre, Bauer, röm.-kath., aus Mostar. Harnbeschwerden seit 4 Monaten. Großer, schwächlicher, schlecht genährter Mann. Penis klein, Testikel kaum kirschengroß; in der Blase mit der Sonde ein rauhes, taubeneigroßes Oxalat nachweisbar,

welcher Befund durch die endoskopische Untersuchung bestätigt wird. Harn klar, sauer, spärliche Leukozyten, zahlreiche Kristalle von oxalsaurem Kalk.

Am 13. März Sectio alta in Rückenmarksanästhesie mit 0·07 Tropakokain, zum Schlusse oberflächliche Narkose wegen Unruhe erforderlich. Typische Bloßlegung der vorderen Blasenwand; nach Inzision derselben Extraktion eines walnußgroßen Oxalates. Einfache Blasennaht mit Suspension. Drainage des Cavum Retzii. Dauerkatheter. Stein: Kern: Urate. Rinde: Urate, Kalziumoxalat. Dekursus: Wundverlauf mit Eiterung und Temperatursteigerung, die am 8. Tage die Eröffnung der Wunde erforderte. Endstatus am 28. Mai: In der Medianlinie eine 3 *cm* breite, 5 *cm* lange, etwas unter dem Hautniveau liegende, granulierende Wunde ohne Fistel, deren Ränder in beginnender Überhäutung. Harn klar, keine abnormen Bestandteile.

II. J.-Nr. 3412. V. M., 4 Jahre, Knabe, islam., Bihač. Krankheitsdauer 2 Jahre. Zystitis. Sectio alta 1. September. Dauerkatheter 6 Tage. Naht hielt. 30. September mit verheilter Wunde entlassen. Stein: $11^1/_2$ *g*. Kern: Urate, Magnesiumammonphosphate, Kalziumphosphate, Kalziumkarbonat. Dauer der Operation 13 Minuten. 2 Tage Fieber (38·6).

III. J.-Nr. 3452. M. C., $4^1/_2$ Jahre, Knabe, röm.-kath., Komin (Metković). Krankheitsdauer 2 Jahre. Zystitis. Sectio alta 3. September. Dauerkatheter; mit verheilter Wunde entlassen 23. Oktober. Stein: 7 *g*. Kern: Urate. Rinde: vorwiegend Urate, wenig Phosphate und Kalziumkarbonat. Dauer der Operation 10 Minuten. Temperatursteigerung bis 38·3. Naht hielt nicht, Drainage der Blase.

IV. J.-Nr. 3975. N. S., 6 Jahre, Knabe, or.-orth., Oborci (Bugojno). Steinbeschwerden 3 Jahre. Zystitis. Sectio alta 3. September 1902. Drainage der Blase. 2. Tage Temperatursteigerung bis 38·2. 16. Oktober Wunde verheilt. Stein: Kern: vorwiegend Urate, wenig Phosphate. Rinde: Hauptmenge Magnesiumammonphosphat, Kalziumphosphat, wenig Urate und Kalziumkarbonat. Gewicht: 71 *g* (hühnereigroß).

V. J.-Nr. 3583. M. S., 4 Jahre alt, röm.-kath., Travnik. Steinbeschwerden seit 3 Monaten, litt oft an Darmkatarrh, minimale Zystitis. Sectio alta 12. September, kein Dauerkatheter, reaktionslose Heilung. Geheilt entlassen 29. September. Stein: Kern: Urate, Phosphate. Rinde: vorwiegend Magnesiumammonphosphat, wenig Kalziumphosphat. Gewicht: 1 *g*.

VI. J.-Nr. 3659. P. M., 3 Jahre alt, Knabe, röm.-kath., Imotski (Dalmatien). Steinbeschwerden seit 6 Monaten. Zystitis. Sectio alta 19. September. Dauerkatheter 3 Tage. Reaktionslose Wundheilung; am 6. Oktober geheilt entlassen. Stein: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat und Phosphat. Gewicht: 1 *g*.

VII. J.-Nr. 3670. Bruder des Obigen. P. N., 4 Jahre, röm.-kath., Imotski (Dalmatien). Steinbeschwerden seit 10 Monaten. Sectio alta 19. September. Dauerkatheter 6 Tage, reaktionslose Wundheilung. Am 6. Oktober geheilt entlassen. Stein: Kern: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat und Phosphat. Rinde: Kalziumoxalat, -phosphat und Magnesiumammonphosphat. Gewicht: 4·5 *g*.

VIII. J.-Nr. 3810. T. D., 15 Jahre, Knabe, or.-orth., Luka (Sarajevo). Steinbeschwerden seit 10 Tagen. Zystitis. Sectio alta 30. September. Der im Blasenhals fixierte Stein wird mit der Sonde in die Blase geschoben. Dauerkatheter 5 Tage. Bronchitis; mäßige Eiterung. Geheilt entlassen am 26. Oktober. Stein: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat und Phosphat. Gewicht: 1 *g*.

IX. J.-Nr. 4015. A. P., 7 Jahre, islamit., Brezopolje (Brčka). Steinbeschwerden seit 6 Monaten. Sectio alta 16. Oktober. Dauerkatheter 6 Tage. Dauer der Operation 11 Minuten. Reaktionsloser Wundverlauf. Wunde verheilt am 7. November. Stein: Kern: vorwiegend Urate, ferner Phosphate. Rinde: viel Urate, ferner Magnesiumammonphosphat, Kalziumphosphat und -karbonat.

X. J.-Nr. 4118. M. G., 14jähriger Knabe, serb.-orth., Vukovsko (Bugojno). Steinbeschwerden seit 1 Jahr. Sectio alta 23. Oktober. Dauerkatheter 5 Tage, reaktionslose Wundheilung, am 7. November verheilt. Stein: Kern: vorwiegend Urate, ferner Phosphate. Rinde: vorwiegend Magnesiumammonphosphat, wenig Kalziumphosphat, -karbonat und Urate. Gewicht: 14 *g*.

XI. J.-Nr. 4511. N. M., 5 Jahre alter Knabe, röm.-kath., Tepčiri (Mostar). Steinbeschwerden seit 2 Jahren. Mastdarmprolaps. Gut entwickelter magerer Knabe. Zystitis: Stein im Blasenhals fixiert. Zystitis und Dysurie. Sectio alta 20. November. Stein (kirschgroß) fand sich in der Pars prostatica fest eingekeilt, der durch Druck am Perineum in die Blase vorgeschoben wurde. Wegen Quetschung des Blasenhalses kein Dauerkatheter, sondern Heberdrainage; am 27. November Dauerkatheter für 5 Tage. Am 22. Dezember mit verheilter Wunde entlassen. Stein: Urate, Kalziumkarbonat, -oxalat, Kalzium und Magnesiumammonphosphate. Gewicht: 1·8 *g*.

XII. J.-Nr. 3967. N. S., 18 Jahre alter Bauer, röm.-kath., Glavina Imotski. Steinbeschwerden seit 5 Jahren. Schwere Zystitis; hühnereigroßer, im Blasenhals fixierter Stein. 12. September Sectio alta. Da der Stein fest in die Blasenhalswand eingelagert war und die Schleimhaut nach Extraktion des Steines blutete, kein Dauerkatheter, sondern partielle Blasennaht und Heberdrainage. Dekursus: Blasennaht insuffizient, Skrotalabszeß. Am 5. Jänner 1905 mit verheilter Wunde entlassen. Stein: Kern: vorwiegend Urate, ferner Phosphate. Rinde: Urate, Phosphate, Kalziumkarbonat. Gewicht: 54 *g*.

XIII. J.-Nr. 5183. J. M., 11 Jahre alter Knabe, röm.-kath., Grabovnik. Steinbeschwerden seit 2 Jahren. Zystitis: taubeneigroßes Konkrement, hart mit rauher Oberfläche. 3. Dezember Sectio alta: Stein hühnereigroß, so fest in die Blasenwand eingebettet, daß die Loslösung nur mit Mühe gelingt. Blasennaht. Dauerkatheter. Blasennaht hielt nur teilweise. Am 5. März mit verheilter Wunde entlassen. Stein: Kern: Urate, Kalziumoxalat, Phosphate. Rinde: vorwiegend Magnesiumammonphosphate und Kalziumphosphat, wenig Urate. Gewicht: 18 *g*.

XIV. J.-Nr. 3736. M. E., 10jähriger Knabe, or.-orth., Mandra Rogatica. Blasenbeschwerden seit 6 Monaten. Zystitis: walnußgroßer harter Stein. Am 17. September Lithotripsieversuch in Rückenmarksanästhesie mit 0·05 Tropakokain, die komplett 30 Minuten anhielt. Das Konkrement ließ sich mit dem leicht eingeführten Lithotriptor Nr. 20 nicht zertrümmern, daher Sectio alta in typischer Weise. Dauerkatheter 4 Tage. Reaktionslose Wundheilung, geheilt am 19. Oktober. Stein: Kern: Urate, Kalziumoxalat. Rinde: Urate, Kalziumoxalat, Phosphate. Gewicht: 14 *g*.

XV. J.-Nr. 4664. 23 Jahre alt, islamit., Visoko. Steinbeschwerden seit der Kindheit? Im Blasenhals fixierter Stein. Am 24. Oktober Versuch der Lithotripsie; da es jedoch nicht gelang, den Stein in die Blase zu schieben, Sectio alta: es gelang nur mit großer Mühe, den im prostatischen Teil der Harnröhre fest eingekeilten haselnußgroßen, glatten, harten Stein durch Druck mit dem in das Rektum eingeführten Finger in die Blase zu schieben und dann zu extrahieren. Am 9. November gestorben.

Sektionsbefund: Sectio alta vesicae urinariae propter lithiasim dies ante mortem l. a facta vulnus post operationem non sanactum propter phlegmonem textus cellulosi praevesicalis et abdominalis. Cystitis chronica haemorrhagica et dilatatio partis prostaticae urethrae. Torsio mesenterica gravis magnae partis intestini ilei et jejuni cum stasi venosa gravissima intestini grassi peritonitide septica recente. Kern: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalatphosphatkarbonat und Magnesiumammonphosphat. Rinde: wenig Urate und Kalziumkarbonat, dagegen viel Kalziumoxalatphosphat und Magnesiumammonphosphat.

XVI. J.-Nr. 2093. M. P., 15 Jahre alter Knabe, serb.-orth., Osmaci (Vlasenica). Steinbeschwerden seit 7 Jahren, Bronchitis, harter, walnußgroßer, glatter Stein. 13. Mai Versuch der Lithotripsie, der Stein glitt immer wieder ab, und da die Narkose gestört, so wurde die Sectio alta vorgenommen und in 8 Minuten ausgeführt. Blasennaht mit Heberdrainage. Am 6. Juni Verband nach Weglassen von Drainage und Katheter trocken. Am 24. Juni mit verheilter Wunde entlassen. Stein: Innerste Partie: fast nur Urate, Spuren von Kalziumoxalat. Mittlere Partie: Urate, Kalziumoxalat in größerer Menge. Weiße Rinde: Magnesiumammonphosphat. Gewicht: 16 *g*.

XVII. A. S., 12jähriger Bauerssohn, islamit., aus Čajire Tešanj. Am 21. April d. J. wurde Pat. nach Cystotomia perinealis wegen eines kirschgroßen Uratsteines mit verheilter Wunde entlassen. Bald darauf begannen wieder Harnbeschwerden und am 11. Juli gelangte Pat. mit Harnretention zur neuerlichen Aufnahme. Am 12. Juli Sectio alta in Chloroformnarkose. Haselnußgroßer Stein im Blasenhals derart fixiert und von der geschwellten Schleimhaut überlagert, daß er vorerst gar nicht sichtbar ist. Durch Druck auf die vordere



Wand der Blase mit dem in die Blase eingeführten Finger wird der Stein gelockert und dann leicht extrahiert; exquisiter Pfeifenstein, der in mehrere Stücke zerbricht. Blasennaht bis auf die Drainagestelle; Fixation der Blase an die Blasenwand. Muskelhautnaht mit Seide. Reaktionsloser Verlauf; nach 8 Tagen Entfernen der Heberdrainage und Einführung eines Dauerkatheters. Abgang eines kleinen Konkrementes per urethram. Stein: vorwiegend Magnesiumammonphosphat, wenig Urate und Kalziumphosphat. Am 20. August geheilt entlassen. (Fortsetzung folgt.)

Über Kolpozöliotomie.

Von **Privatdozent Dr. Rob. Ziegenspeck,** München.*)

Nach v. WINCKELS Lehrbuch der Frauenkrankheiten[1]) hat THOMAS GAILLARD 1870 zuerst die Ovariotomie von der Scheide aus erfolgreich ausgeführt. Sein zweiter Fall von 1876 verlief unglücklich. BATTEY führte seine Kastrationen am häufigsten von der Scheide her aus und DAVIS, CLIFTON-WING und GOODELL haben bis zu 9 Pfund schwere Eierstöcke auf diesem Wege entfernt.

Im Jahre 1886 beschrieb PÉAN[2]) seine Methode der vaginalen Exstirpation subseröser und interstitieller Myome unter Eröffnung der Excavatio vesico-uterina, des Cul de sac des DOUGLASschen Raumes oder des seitlichen Scheidengewölbes. Diese beiden Publikationen veranlaßten mich, den vaginalen Weg zwecks Exstirpation von kleineren Ovarialtumoren, zwecks Kastrationen und zwecks Myomenukleationen mit und ohne Morcellement zu versuchen und bald zu bevorzugen.

Die erste Myomenukleation, und zwar unter Eröffnung der Excavatio vesico-uterina, nahm ich im Jahre 1889 (19. Dezember) bei der 32 Jahre alten Frau H . . . . . ck vor und war so von der Ungefährlichkeit derselben überzeugt, daß ich sie als Sprechstundenoperation ausführte, was ich heute wegen Gefahr der Nachblutung allerdings auch nicht mehr empfehlen möchte. Herr Dr. SCHÜLEIN aus Cheriffon auf Java hat mir dabei assistiert. Zur Ausführung meiner ersten vaginalen Ovariotomie bot sich mir allerdings erst am 27. September 1893 Gelegenheit, wo ich eine Frau S . . . . . r operierte. Dieselbe war 51 Jahre alt. Es handelte sich um eine Colpocoeliotomia lateralis sinistra. Der Schnitt war spiralig vom hinteren Scheidengewölbe rechts durch das linke seitliche bis einige Zentimeter unterhalb der Portio vaginalis in der Vorderwand der Vagina geführt worden, um in der senilatrophischen Vagina Raum zu gewinnen. Die beabsichtigte, vollkommen extraperitoneale Ausschälung des intraligamental entwickelten Tumors mißlang, die Peritonealhöhle wurde eröffnet und es zeigte sich, daß ein zweiter Tumor, eine Hämatosalpinx von zirka 5 *cm* Durchmesser vorhanden war, welcher beim Versuche, den Stiel zu isolieren, einfach abriß, ohne daß es gelang, den Stumpf ausfindig zu machen, um ihn zu unterbinden. Der erste Tumor hatte etwa 10 *cm* Durchmesser. Meinem damaligen Assistenten Dr. PALM gegenüber äußerte ich noch während der Operation Bedenken vor Wiederholung der Operation wegen der Unsicherheit der Hämostase. So sehr ich auch die Wundränder und das angrenzende Gewebe mittelst MUZEUXscher Zangen faßte und umstülpte, ich konnte kein spritzendes Gefäß entdecken und mußte mich wegen der venösen Blutung mit einer kräftigen Tamponade der bindegewebigen Wundhöhle begnügen.

Als ich aber den absolut reaktionslosen Heilverlauf gemeinsam mit P. beobachtete, nahm ich diesem gegenüber meine Bedenken zurück und erklärte, die Versuche fortsetzen zu wollen, es würden und müßten sich Wege ausfindig machen lassen, auch die Unsicherheit der Blutstillung zu überwinden.

Diese Versuche habe ich seitdem fortgesetzt, trotzdem die örtlichen Verhältnisse mir in Beibringung eines größeren Beweismaterials sehr hinderlich waren.

So ist es gekommen, daß ich den ersten Fall von Kastration per vaginam erst im Jahre 1895 am 4. Juli an Fräulein E . . ., München, ausführen konnte.

Auf dem Gynäkologen-Kongreß zu Wien im Jahre 1895 demonstrierte DÜHRSSEN seine Methode der Vaginofixation auf dem Wege der „Colpotomia anterior". DÜHRSSEN prägte somit auch den Namen „Colpotomia" und die schon vorher von vielen Seiten publizierte Eröffnung des Cul de sac des DOUGLASschen Raumes wurde seitdem als Colpotomia posterior bezeichnet. Auf der Naturforscherversammlung zu München teilte dann STRATZ eine Anzahl von Fällen unter dem Namen Colpotomia lateralis mit.

Der Sammelbegriff der Zöliotomie ist meines Wissens von weiland SAENGER auf dem Gynäkologen-Kongreß zu Breslau geprägt worden. Er wollte mit diesem Namen einen gemeinsamen Begriff für Eröffnung der Peritonealhöhle, gleichgültig auf welchem Wege, aufstellen.

Es obliegt mir, an dieser Stelle zu begründen, weshalb ich die Hysterectomia vaginalis wegen Karzinoms der Colpocoeliotomia nicht zuzähle.

Vollkommen bin ich der Meinung, welche DOYEN in seinem Referat für den internationalen Gynäkologen-Kongreß zu Amsterdam im Jahre 1899 implizite zum Ausdruck brachte, daß nicht die Art der Geschwulst, wegen deren die Operation ausgeführt wird, dieser den Namen zu geben hat, sondern daß der Weg, welchen man nimmt, und das Verfahren den Ausschlag gibt.

Die abdominale Totalexstirpation des Uterus wegen Myomen nannte man damals „MARTINsche Operation", die abdominale Totalexstirpation wegen Karzinoms hieß Operation nach FREUND. Nach DOYENS damaliger Auffassung war beides dasselbe. Und doch hat gerade hier die Folgezeit gelehrt, daß beide Operationen verschieden sind, weil es bei der einen auch auf Entfernung des Beckenbindegewebes ankommt und die Technik beider Operationen dadurch eine ganz himmelweit verschiedene Richtung angenommen hat.

Bei der vaginalen Totalexstirpation kommt es ebenfalls vorzugsweise auf die Entfernung der bösartigen Geschwulst und ihrer Metastasen im Beckenbindegewebe an. Die Entfernung des erkrankten Organs wie die Eröffnung der Leibeshöhle nimmt man nur gezwungen mit in den Kauf und hat sie anfangs sogar zu vermeiden gesucht.

Daher habe ich die vaginale Totalexstirpation wegen Karzinoms aus der Serie meines Beobachtungsmaterials fortgelassen und, so paradox es klingen mag, die Totalexstirpation wegen Myomen mit aufgenommen, wenn nach Enukleation der Geschwülste es sich herausstellte, daß die Erhaltung des Organs nicht mehr möglich war. Ja, selbst eine vaginale Radikaloperation habe ich beigezählt, weil hier die Entfernung der eitergefüllten Tubenzysten die Hauptaufgabe war und der Uterus nur entfernt wurde, weil ein Zurücklassen des gonorrhoisch erkrankten Uterus zunächst die Operation erschwert und der Trägerin nach Verlust der Tuben keinerlei Vorteil gebracht haben würde.

Selbstverständlich finden sich auch die wenigen Fälle von Hysteropexie, welche ich nach meiner Methode ausgeführt habe, mit in der Serie. Ich verstehe also unter Kolpozöliotomie die Eröffnung der Leibeshöhle von der Scheide aus zum Zwecke der Ausführung einer intraperitonealen Operation. Daher sind andrerseits auch eine Anzahl von Inzisionen eitergefüllter Tuben und Eröffnungen der Leibeshöhle von der Scheide her zwecks Entleerung intraperitonealer Abszesse fortgelassen.

Derartige Operationen habe ich im ganzen 36 ausgeführt. In 17 Fällen handelte es sich um Eierstocksgeschwülste.

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran.

[1]) v. WINCKEL, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, I. Aufl., pag. 671; II. Aufl., pag. 683.

[2]) PÉAN, „Gazette des Hôpitaux", 1888, pag. 66 et 250; Thèse de Paris von SECHAYRON.

3

Bei einem um doppelseitige. Einer, der letzte, erwies sich als Teratom; bei dem größten handelte es sich um eine Pseudomuzingeschwulst von sicher mehr als 9 Pfund Gewicht, da die Geschwulst bis gut eine Hand breit über den Nabel hinaufreichte. Diagnose und Indikation war von mir schon 12 Jahre früher gestellt worden, als der Tumor erst 5 *cm* Durchmesser zeigte. 2 waren Tuboovarialzysten, 7 Hysteropexien, davon 3 gleichzeitig Myomenukleationen.

In 13 Fällen handelte es sich um Myomenukleationen, von welchen 4 als Totalexstirpation abgeschlossen werden mußten, nachdem sich herausstellte, daß das Organ nicht erhalten werden konnte. Einen der ersten derartigen Fälle habe ich verloren, weil ich mich nach Entfernung von 8 Myomen nicht entschließen konnte, das Organ zu entfernen, sondern dasselbe nach schwieriger Vernähung der Geschwulstbetten hysteropexierte. Die Patientin ging ohne Temperatursteigerung infolge Resorption von Produkten der Nekrose zugrunde. Einen zweiten Fall verlor ich an Nachblutung. Hier handelte es sich statt des diagnostizierten Tumor ovarii dextri um eine Extrauteringravidität in zirka 8. Woche, auf deren Existenz auch nicht die geringste Vermutung hingedeutet hatte. Patientin war 2 Jahre vorher von mir wegen Sterilität und Oophoritis dextra behandelt worden.

Weder Amenorrhöe, Decidua spuria, noch Veränderung der Mammae hatte den Zustand angedeutet. Offenbar war hier die Operation nicht angezeigt. Vielleicht wäre Patientin durch nachfolgende Laparotomie gerettet worden, hätte mich nicht ein handhoher Pannikulus der Bauchdecken mit der Operation zaudern lassen. Tamponade erwies sich als erfolglos. Exitus 2 Tage post operationem.

Beide Verluste fallen somit nicht dem Verfahren zur Last und die Mortalitäts-Statistik ist so günstig wie bei keinem anderen Verfahren. Bekanntlich hat PFANNENSTIEL in seinem Referat für den Gynäkologen-Kongreß vor der Kolpozöliotomie gewarnt, weil durch die notwendige Verkleinerung der Eierstocksgeschwülste die Gefahr des Rezidivs durch Verschmierung erhöht würde. Dagegen behaupte ich, daß diese Gefahr, nach seiner eigenen Statistik, schon für die Laparozöliotomie minimal, für die Kolpozöliotomie noch geringer ist, da sich bei Punktion des Tumors dieser ebenso vor die Peritonealwunde ziehen läßt wie dort. PFANNENSTIEL sucht den Hauptnachteil der Laparozöliotomie, den Bauchbruch, zu bekämpfen durch den von ihm erfundenen Faszienschnitt.

Da beim Faszienschnitt dennoch Bauchbrüche vorkommen, beim Scheidenschnitt nie, ist an der Überlegenheit des letzteren nicht zu zweifeln. Weitere Vorteile sind die Erleichterung der Drainage, der Wiederöffnung der Wunde bei Fieber und der nachträglichen Desinfizierbarkeit des Operationsgebietes durch Spülungen.

Alle Exkrete und Sekrete folgen dem Gesetz der Schwere und sammeln sich im DOUGLASschen Raum. Daher bevorzuge ich, wenn mir die Wahl gelassen wird, die Colpocoeliotomia posterior, was nicht ausschließt, daß ich die Colpocoeliotomia anterior oder die Colpocoeliotomia lateralis mache, wenn sie mir Vorteile gewähren. Zum Unterschiede von P. STRASSMANN, welcher in Kiel einem nach vorn konkaven Hufeisenschnitt auf der vorderen Vaginalwand das Wort redete, bevorzuge ich einen T-förmigen Schnitt, bei welchem der Querbalken gekrümmt ist und der Portio parallel verläuft. Am häufigsten beginne ich mit einem Längsschnitte gegen die nach vorn und oben gezogene Zervix im hinteren Scheidengewölbe. Rasch vollzieht sich so die Eröffnung des Peritoneums. Dann wird der Finger in den Cul de sac eingeführt und bis zum Boden desselben der Längsschnitt verlängert, um tote Räume zu vermeiden. Dann wird rechts wie links mittelst Schere ein Querschnitt konkav nach der Portio vaginalis zu aufgesetzt. Schon wegen Stillung der meist reichlichen Blutung empfiehlt es sich, die Peritonealwunde sofort mit der Scheidenwunde zu vernähen. Ähnlich verfahre ich ceteris paribus im vorderen Scheidengewölbe und halte diese Schnittführung für besonders geeignet, Ureterenverletzungen zu vermeiden. Die Bauchfelloperationen von der Vagina aus kann ich nur empfehlen.

Aus dem Institute für Mechanotherapie der DDr. A. Bum und R. Grünbaum in Wien.

Weitere Beiträge zur Kasuistik der Myositis ossificans traumatica.

Von **Dr. Robert Grünbaum.**

(Schluß.)

Das früher Gesagte beweisen jene Fälle, wo im Muskel weit entfernt von seinem periostalen Ansatze intramuskulär eichelförmige Verknöcherungen auftreten. Die definitive Entscheidung dieser Frage können aber, wie ich glaube, niemals theoretische Diskussionen erbringen, sondern nur exakte Tierexperimente. Und derartige Untersuchungen und Versuche liegen bis heute nicht vor.

Ebensowenig ist die Frage gelöst, ob es sich in diesen Fällen um einen echten Entzündungsprozeß oder um eine Neubildung handle, ob für die Erkrankung der Name Myositis ossificans traumatica oder traumatisches Osteom des Muskels der richtige ist. Es liegen wohl eine Reihe von mikroskopischen Untersuchungen vor; dieselben geben aber kein einheitliches Bild, sondern lassen sich zum Teil für die eine, zum Teil für die andere Annahme verwerten. Ich selbst hatte nur bei Fall II an dem durch die Operation gewonnenen Präparate Gelegenheit, mikroskopische Untersuchungen hierüber anzustellen, aber ohne aus meinen Präparaten eine bestimmte Entscheidung treffen zu können. Der Grund liegt wohl darin, daß diese Untersuchungen zumeist in relativ späten Stadien der Entwicklung vorgenommen wurden. Nur CAHEN [8]) hatte Gelegenheit, anläßlich der frühzeitigen Operation eines rezidivierenden Osteoms, das sich nach Exstirpation des primären Tumors in der Narbe entwickelt hatte, Präparate aus einem frühen Stadium der Entwicklung zu gewinnen. Auf dem Querschnitte dieser Präparate zeigte sich als Hauptbestandteil fibrilläres Bindegewebe mit vielen Gefäßen und reichlicher Pigmentation. Muskelgewebe konnte nirgends gefunden werden, dagegen im Bindegewebe zerstreut vereinzelte Verknöcherungen. Es ließen sich deutlich drei Schichten abgrenzen. Die erste umfaßte eine dichte Anhäufung von stark gewucherten Bindegewebszellen, die zweite war von kleinzelligem hyalinen Knorpel gebildet, der durch Einsenkung von Gefäßen mit Riesenzellen in die dritte Schichte, in Knochen übergeführt wurde. Knochen und Knorpel gingen vielfach ohne scharfe Grenze ineinander über, die Zellen wurden kleiner und schmäler, verloren ihre Kapseln, die Zwischensubstanz war dichter.

Man konnte in den jungen Knochenbälkchen hie und da noch große Knorpelzellen sehen. Außer dieser Knochenneubildung durch Osteoblasten erfolgte die Verknöcherung auch auf metaplastischem Wege. Irgend welche Befunde, die für die begründete Annahme eines Entzündungsprozesses sprachen, waren nicht zu erkennen. In allen untersuchten Fällen aber stand die Entwicklung des Neoplasmas mit einer starken Wucherung des Bindegewebes in direktem Zusammenhange, welche Tatsache zuerst von VIRCHOW hervorgehoben und von allen späteren Autoren bestätigt wurde. Speziell HOLZKNECHT [9]) hat nachdrücklich darauf hingewiesen, daß mit Rücksicht auf diese Bedeutung des Bindegewebes eine einheitliche Pathogenese aller extraossalen Verknöcherungen, gleichgültig, ob periostalen oder muskulären Ursprunges, gegeben sei.

[8]) CAHEN, „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", 1891.
[9]) HOLZKNECHT, „Wiener klin. Rundschau", 1902, Nr. 40.

streut ... ich drei Schichten ... Anhäufung von ... die zweite war ... bildet, der durch ... in die dritte Schicht ... Knochen und Knorpel ... ineinander über, die ... verloren ihre Kapseln ...

... Knochenbälkchen ... Außer dieser ... erfolgte die Verknöcherung ... Irgend welche Befunde ... eines Entzündungsprozesses ... In allen untersuchten ... des Neoplasmas mit ... webes in direkten Zusammenhang ... von Virchow hervorgehoben ... bestätigt wurde. ... darauf hingewiesen ... tung des Bindegewebes ... ostalen Verknöcherungen ... muskulären Ursprungs ...

Chirurgie", 1891. ... 1902, Nr. 40.

richten Timan[12]), Rasmussen[13]) und Nadler[14]) über Fälle, bei denen angeblich spontane Rückbildung des neuen Knochengewebes eingetreten sei. Aber selbst wenn das Osteom unverändert besteht, sind vielfach die verursachten Beschwerden so gering, daß kein Anlaß zu einer radikal operativen Therapie gegeben ist. Sind jedoch die Schmerzen bedeutend, die Funktionsstörung beträchtlich, die Arbeitsfähigkeit der Patienten vermindert, so kann ein operatives Vorgehen indiziert sein. Die Operation geht in der Mehrzahl der Fälle leicht vor sich, besonders wenn das Osteom scharf begrenzt ist und mit dem Periost des darunter gelegenen Knochens gar nicht oder in geringem Umfange verwachsen ist. Schwieriger wird dieselbe, wenn flächenhafte Verwachsungen bestehen. Helferich[15]) stellt für die Operation folgende Forderungen auf:

1. daß nicht allein die Knochenschwellung, sondern womöglich die anatomische Region, der Muskel in ganzer Dicke exstirpiert werde, mindestens so weit, als nur die geringsten Ausläufer der eigentümlichen schwieligen Veränderung im Muskel sich finden;

[10]) Busse und Blecher, „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", Bd. 73.
[11]) Bier, „Medizinische Klinik", 1905, Nr. 1.
[12]) Timan, „Deutsche militärärztliche Zeitschrift", 1879.
[13]) Rasmussen, Hospital Tidende, R. III, Bd. 1.
[14]) Nadler, „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", Bd. 74.
[15]) Helferich, Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1887.

v. Ozrao, „Der Militärarzt", 1900, Nr. 13 u. 14. — Köhler, Knochenerkrankungen im Röntgenbilde, Wiesbaden 1901. — Grünbaum, „Wiener Med. Presse", 1901, Nr. 1. — Overmann, „Deutsche militärärztl. Zeitschr.", 1902, Nr. 11. — G. Schmidt, „Deutsche militärärztl. Zeitschr.", 1902. — Holzknecht, „Wiener klin. Rundschau", 1902, Nr. 40. — Katter, Demonstration im wissenschaftlichen Verein der Ärzte zu Stettin, 1902. — Vollrath, „Deutsche militärärztliche Zeitschrift", 1902. — Schulz, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1902, Bd. 33. — Berndt, „Archiv f. klin. Chir.", Bd. 65. — Fargane, „Archives de Médecine et de Pharmacie milit.", 1902. — Schuler, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1902, Bd. 33. — Freitig, „Deutsche med. Wochenschr.", 1903, Nr. 46. — Kienböck, „Wiener klin. Rundschau", 1903, Nr. 47, 48 u. 49. — Taylor, „Ann. of surg.", 1903. — Borchardt, „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", Bd. 68. — Schulz, „Wiener klin. Wochenschr.", 1904, Nr. 14. — Dieterich, „Deutsche militärärztliche Zeitschrift", 1904, Nr. 1. — Fichtner, Demonstration in der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig, 1904. — Busse u. Blecher, „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", 1904, Bd. 73. — Nadler, „Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 74. — Bier, „Medizinische Klinik", 1905, Nr. 1 u. 2. — Helms, „Monatsschr. f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen", 1905, Nr. 8.

Referate.

A. Cleaves (London): Die Wirkung des konstanten Stromes auf entzündliche Exsudate.

Verf. hat die Wirkungen des konstanten Stromes auf entzündliche Exsudate geprüft bei Phlebitis, exsudativen Entzündungen der Gelenke und Sehnenscheiden rheumatischer sowie septischer Natur,

[16]) Cahen, l. c.

Beckenexsudaten, an der Urethra, der Blase, der Konjunktiva, der Membrana tympani, der Nasenschleimhaut, der Tuba Eustachii, dem Pharynx und den Tonsillen, im Darmkanal bei Darmkatarrh, Enteritis mucomembranosa, an der Leber, bei chronischer Hepatitis, bei Aszites infolge von Zirrhose, bei Perineuritis am Arm, in der Lumbosakralgegend etc. und bei Rückenmarksläsionen, wie Tabes und spinaler Hämorrhagie („Med. News", 1905, Nr. 4). Es gibt seiner Ansicht nach kein erkranktes Gewebe und Organ, in welchem sich nicht je nach der Dauer des Kontaktes der Elektrode die chemikophysikalische Energie des konstanten Stromes geltend macht. Je weniger vollkommen die Organisation ist, um so schneller und besser ist der Erfolg. Dies bezieht sich auf die Bildung bindegewebiger Bänder. Wenig wird hinsichtlich der Besserung der Zirkulationsverhältnisse erreicht. Krankhafte Gewebe werden erweicht und in besseren Zustand versetzt durch Massage oder durch die Einwirkung des faradischen Stromes. Dagegen, wo immer Exsudatmassen bestehen, welche Höhlen einnehmen, Schleimhäute infiltrieren, die verschiedenen Gewebe verfolgen, Gelenkoberflächen verbinden oder Sehnenscheiden festheften, kann ihre Resorption mit vollständiger oder annähernder Wiederherstellung der Funktion schmerzlos und prompt erreicht werden durch die Anwendung der konstanten elektromotorischen Kraft. In dieser Beziehung gehen die Meinungen über die Erfolge bei Urethralstrikturen auseinander. Ebenso sicher wie die Verengerung des Kanals durch die Anwesenheit von Produkten exsudativer Entzündung in der Schleimhaut bedingt wird, welche das Kaliber beschränken, ebenso sicher kann man einen Erfolg durch die Anwendung des konstanten Stromes erzielen, welcher das Kaliber zu vergrößern und die Funktion wiederherzustellen strebt. G.

F. PENZOLDT (Erlangen): **Über die Heilung des tuberkulösen Pneumopyothorax.**

Liegt der seltene Fall vor, daß der Pneumothorax einen Tuberkulösen im ersten Anfangsstadium betroffen hat, daß sich an Stelle der Luftansammlung ein eitriges tuberkelbazillenhaltiges Exsudat ohne andere Eitererreger gebildet hat, daß dabei der Kranke dauernd fieberfrei und bei gutem Kräftezustand ist, so soll die Behandlung 1. allgemein in unbedingter Ruhe-, Freiluft- und Überernährungskur, 2. örtlich in wiederholten einfachen Punktionen mit nachfolgender Jodoforminjektion bestehen. Aus solchen Fällen kann man vielleicht auch den Wahrscheinlichkeitsschluß ziehen, daß die Allgemeinbehandlung im Hochgebirgsklima von Vorteil sein kann (Festschrift für G. MERKEL — „Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 84). Wenn bei dem oben angeführten Befunde unter der genannten Behandlungsweise keine Besserung, keine allmähliche Verminderung des Exsudats, vielmehr Nachlaß der Kräfte eintritt, so wird man die Frage zu entscheiden suchen müssen, ob an der ungünstigen Wendung nur das Fortbestehen, bzw. die stete Wiederansammlung des Ergusses und nicht die Grundkrankheit (Lungentuberkulose) oder eine andere Lokalisation der Tuberkulose oder endlich eine andere gefährliche Komplikation schuld ist. Im letzteren Falle wird man von einem energischeren Eingriff absehen. Häufig ist eine sichere Entscheidung gar nicht möglich. Dann wird man um so mehr der Radikaloperation (Rippenresektion) zuneigen, je mehr der Befund nach den Punktionen auf eine Ausdehnung der komprimierten Lunge rechnen läßt. Sollte sich jedoch die Lunge wenig ausdehnungsfähig erweisen, durch die Erscheinungen aber nicht nur eine vorübergehende, sondern eine anhaltende Entleerung des Ergusses gefordert werden, so kann man an die Anwendung des BÜLAUschen, PICHLER- oder PERTHESschen Verfahrens denken. Wenn der Luftgehalt fortbesteht, Eiterkokken im Erguß gefunden werden, Eiterfieber eintritt und rascher Kräfteverfall droht, wenn kein eigentlicher tuberkulöser Pyopneumothorax, sondern ein „Pyopneumothorax bei einem Tuberkulösen" besteht (PEL), dann ist, gutes Allgemeinbefinden und geringe einseitige Ausbreitung der Tuberkulose vorausgesetzt, ein radikaler Eingriff angezeigt. Niemals aber dürfen wir bei der Behandlung eines noch innerhalb der Grenzen der Heilbarkeit liegenden Pneumopyothorax vergessen, daß wir in der unbedingten Freiluftruhe- und Überernährungskur eine starke Waffe in der Bekämpfung der Tuberkulose besitzen. Die Fälle von vorübergehend gebessertem Pneumothorax bei Tuberkulösen, welche man nicht so selten beobachtet, würden in viel größerer Zahl geheilt werden können, wenn die Kranken mehr in der Lage wären, auf Monate und Jahre das hygienisch-diätetische Verfahren durchzuführen und vor allen Dingen sich nicht von der zeitweise eintretenden Besserung verführen ließen, die unbedingt notwendige Ruhe zu früh aufzugeben. BR.

F. GREGORY CONNELL (New-York): **Schußverletzungen des Pankreas.**

Verf. beschreibt einen Fall („Ann. of Surg.", 1905, Vol. II), in welchem bei der Operation eine Verletzung des Pankreas übersehen wurde. Drei Tage nach der Operation starb der Patient bei subnormaler Temperatur. Bei der Autopsie zeigte sich eine Wunde im Pankreas. CONNELL fand, daß der Saft des Pankreas auf das verwundete Peritoneum eine nekrotisierende Wirkung ausübte. Die Wunde in der Leber befand sich in normalem Heilungsstadium, da bei der dorsalen Lage des Patienten das Pankreassekret kaum mit der Wunde in Berührung kam. Für die Behandlung derartiger Fälle rät CONNELL die Drainage und Vernähung der Pankreaswunde. Als beste Methode empfiehlt sich die durch Kombination von Gaze und Röhre erlangte Drainierung, welche man durch die Rückwand des Bauches anlegt. Der Operateur soll bei allen Fällen einer Verletzung der oberen Region des Leibes sich vergewissern, daß keine Verletzung der Pankreas besteht. Schließlich führt CONNELL 20 Fälle an, von welchen 11 starben und 9 gesund wurden. 6 Fälle, welche nicht operiert worden waren, starben. Bei keinem dieser Patienten bestanden pathognomonische oder irgendwie suggestive Symptome, welche direkt auf eine Verletzung des Pankreas hindeuteten. L.

DA COSTA (London): **Operative Therapie perforierter Darmgeschwüre bei Typhus.**

DA COSTA berichtet über einen Fall von Darmperforation bei Typhus, den er erfolgreich durch Anlegung eines Anus praeternaturalis mit nachfolgender Darmresektion behandelt hat („Ann. of Surg.", 1905, Nr. 2). Der Patient war ein 34jähr. Mann, der seit 3 Wochen fieberte. Die Inzision wurde in der rechten Regio iliaca 24 Stunden nach erfolgter Perforation angelegt. Sie zeigte, daß eine große Öffnung im Ileum unweit der Ileozökalklappe bestand. Diese wurde in der gewöhnlichen Weise durch zwei Nahtschichten geschlossen. In der Nähe der geschlossenen Perforationsöffnung und der Ileozökalklappe befanden sich einige Geschwüre, die im Begriffe waren, durchzubrechen, eines gerade am untersten Ende des Ileums. Da der Patient in einer zu elenden Verfassung war, um an eine Resektion schreiten zu können, wurde proximal von der vernähten Perforationsstelle ein Anus praeternaturalis angelegt, in der Absicht, in einem späteren Zeitpunkt diesen zu verschließen. Zehn Tage später hatte es den deutlichen Anschein, als ob proximal vom Anus praeternaturalis eine Perforation eines Geschwüres stattfände, allerdings nicht in die Peritonealhöhle, sondern in die Zone der Adhäsionen. 5 Monate nach der ersten Operation konnte der künstliche After beseitigt werden, indem eine laterale Anastomose angelegt wurde. Der Patient erholte sich vollkommen. J. ST.

SHIRRES (London): **Regeneration der Nervenfasern im Rückenmark.**

SHIRRES beobachtete einen Mann, der eine Fraktur der Wirbelsäule mit Dislokation zwischen dem 9. und 10. Wirbel erlitten hatte. 11 Monate nach der Verletzung faßte SHIRRES den Entschluß, ein Stück Hunderückenmark einzupflanzen („The Lancet", 1905, Mai). Der Kranke und ein Hund wurden gleichzeitig operiert. Die Distanz zwischen den Markenden betrug über 4 *cm*. Faradische Reizung erzeugte Kontraktionen der Beinmuskulatur. Es wurden nun 7 *cm* vom Hundemark in den Spalt eingelegt und die Arachnoidea beider Marke aneinandergenäht. Die Rekonvaleszenz war fieberfrei. Fünf Wochen nach dieser Operation empfand der Kranke Flatus im Darm, was er über ein Jahr nicht empfunden hatte. Wenige Tage hernach fühlte er das Einführen des Katheters bei der Blasenspülung. Nach

reichlich Gelegenheit, seine Zelluloidtuben zu prüfen; sie erwiesen sich in ihrer Brauchbarkeit den anderen Tuben gegenüber mindestens ebenbürtig. Ihre Einführung gelang fast ausnahmslos leicht; bei liegender Tube war die Expektoration der Sekrete durch die Tube hindurch fast stets genügend; die Atmung war fast immer ausreichend. Über schmerzhaften Druck wurde von den älteren Kindern nicht geklagt, erhebliche Schluckbeschwerden und Störungen der Nahrungsaufnahme kamen nicht vor. Die mittlere Intubationsdauer bei den mit Zelluloidtuben behandelten Fällen betrug nur 26·3 Stunden bei den Geheilten, 41 Stunden bei allen Operierten; die mittlere Zahl der eingeführten Einzelintubationen betrug drei. Sie hängt zusammen mit dem relativ häufigen Aushusten der Zelluloidtuben infolge ihres geringen Gewichtes. Es empfiehlt sich, nach dem Aushusten die nächst größere Nummer anzuwenden. Die Entwicklung von Tubendekubitus ließ sich nicht ganz vermeiden.

— Die **manuelle Aortakompression** findet SUBER bei Blutungen im Nachgeburtsstadium angezeigt („Hygiea", 1905, Nr. 2 und 3), wenn die Blutungen lebensgefährlich oder sehr bedeutend sind, wenn die Quelle der Blutung unbekannt ist, wenn nach einer stärkeren Blutung ein mit Blutverlust verbundener Eingriff gemacht werden soll, während man sich, um eine Blutung zu stillen, für aseptisches Verfahren vorbereitet, auch bei weniger ernstlicher Blutung, wenn die Gebärmutter auf mechanische Irritation nicht reagiert, wenn individuelle Verhältnisse den Blutverlust einzuschränken notwendig machen, während man wartet, bis bessere Assistenz ankommt. Die Methode ist auch von Nutzen bei Abort- und Molenblutungen, ferner bei Blutungen nach Ruptura uteri oder als Folge von Inversio uteri.

— Die **Zyklodialyse**, eine neue Glaukomoperation, bespricht HEINE („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 21). Diese Operation bezweckt, durch Herstellung einer künstlichen Kommunikation zwischen Vorderkammer und Suprachorioidealraum die Tension des Bulbus herabzusetzen. 8—9 *mm* oben außen vom Korneoskerallimbus hebt man eine kleine Bindehautfalte an und schneidet mit der Schere ein. Der so gebildete Lappen wird kornealwärts umgeschlagen und das darunter liegende Episkleralgewebe da entfernt, wo man den Einschnitt in die Sklera zu machen gedenkt. 4—5 *mm* vom Limbus entfernt führt man mit einer geraden Lanze durch vorsichtiges Auf- und Abschneiden die Inzision der Sklera aus. Man merkt es sofort, wenn man dieselbe an einer Stelle völlig durchschnitten hat. Im Zurückgehen verlängert man diese Schnittwunde noch etwas. Dieselbe kann die Sklera senkrecht oder auch etwas schräg kornealwärts durchsetzen. Nun geht man mit einem gewöhnlichen Stilett, indem man sich hart an der inneren Skleralfläche hält, bis zum Lig. pectinatum vor, durchstößt dieses, alsbald erscheint das Instrument in der Vorderkammer. Nun zieht man es langsam zurück. Hat man kein Kammerwasser verloren, so ist die Tension nach der Operation unverändert, und erst nach 2—3 Tagen kommt die Druckherabsetzung. Hat man etwas Kammerwasser abfließen lassen, so ist die Tension sofort entsprechend vermindert.

— In der **Behandlung des Ulcus ventriculi** verordnet REICHMANN („Deutsche Med. Ztg.", 1905, Nr. 63) absolute Bettruhe. Dem Kranken ist nicht nur der Genuß von Nahrungsmitteln und Wasser, sondern auch das Verschlucken seines Speichels verboten. Zur Vermeidung des Trockenheitsgefühls im Munde wird empfohlen, häufig zu gurgeln; um dem Körper das Wasser und die notwendigen Nährsubstanzen zuzuführen, gibt man Nährklystiere. Am ersten oder an den beiden ersten Tagen beginnt man, um sich von der Toleranz des Darmes zu überzeugen, mit Klistieren, die nur aus 150—200 *g* lauwarmen Wassers bestehen, rein oder mit Zusatz von Kochsalz und, wenn nötig, von einigen Opiumtropfen. Später wendet man Klistiere an, von denen das einzelne 150 *g* Fleischbrühe, 2 rohe Eigelbe und 1—2 *g* Kochsalz enthält; man kann noch 8—10 *g* Traubenzucker und einen Kaffeelöffel Kognak oder einen Eßlöffel starken Wein beifügen; außerdem empfiehlt es sich, zur Herabsetzung der Darmperistaltik 3—8 Tropfen Opiumtinktur hinzuzusetzen. Am besten wendet man nur 2—3 dieser Klistiere innerhalb 24 Stunden an. Eine solche Ernährung ist nur für 10—14 Tage zureichend. Nur selten aber erfordert die Kur einen längeren Zeitraum; in den meisten Fällen verschwinden die Magenschmerzen in kürzerer Zeit, nach 2—3tägiger Abstinenz. Ein Symptom, das im Verlauf der Abstinenz auftreten kann, ist die Parotitis. Sie dürfte durch Anhäufung pathogener Mikroben in der Mundhöhle und im Canalis Stenonianus zustande kommen, welche durch Verminderung der Speichelabsonderung und konsekutive „Beschmutzung" der Mundschleimhaut begünstigt wird. Deshalb ist auf möglichst gründliche Reinigung der Mundhöhle zu achten, am besten durch Gurgelungen und Abreibung der Mund-, besonders der Wangenschleimhaut mit kleinen, in 4%iges Borwasser getauchten Wattebäuschchen.

— Die **Behandlung der Menorrhagie und Hämoptoe** mit Amylnitrit schildert COLMAN („Scott. Med. and Surg. Journ.", Mai 1905, Nr. 5). Verf. verfolgt die Absicht, zur Stillung der Uterus- und Lungenblutungen den Blutdruck durch Erweiterung der peripheren Gefäße herabzusetzen. Dies ist nach seiner Ansicht eine bedeutend bessere Methode als die Vasokonstriktion der Arteriolen, welche die blutende Stelle mit Blut versorgen. Die Vasokonstriktion vermehrt den Blutdruck, wenn nicht gleichzeitig die Herztätigkeit herabgesetzt wird, hierdurch kann starke Hirnanämie erzeugt werden. Die Vasodilatation aber stillt die Lungenblutung, vermindert aber nicht den Husten (was durch Morphium geschieht); so kann dann das ergossene Blut viel rascher ausgehustet werden und es bleibt nichts zurück, was zur Zersetzung Anlaß geben könnte. Als bestes Mittel dient die Einatmung von Amylnitrit, wodurch der Blutdruck rasch herabgesetzt wird. Es bildet sich dann ein Blutgerinnsel und die Blutung kommt zum Stehen. Bei Lungenblutungen und Metrorrhagien ist das Amylnitrit nach Verf.s Meinung das beste Mittel.

— Eine **Kontraindikation der Salbenanwendung** sieht LEREDDE („Rev. prat. des malad. cut.", 1905, Nr. 2) bei Staphylokokken- und Streptokokkeninfektion. In solchen Fällen ist die Anwendung von Argentum nitricum-Lösungen oder Pasten angezeigt. Auch bei Furunkeln und Follikulitis beobachtet man nach Anwendung von Vaseline mit geringem Borsäurezusatz öfter Dissemination des Prozesses. In Fällen, wo man zur Bekämpfung der durch schwefelhaltige Salben erzeugten Hautreizung Borvaseline oder Zinkoxydsalbe anwendet, beobachtet man nicht selten Dermatitis, Geschwürs- und Furunkelbildung, so daß die Salbenanwendung hier kontraindiziert ist; das gleiche gilt für die Behandlung der infektiösen Läsionen an der Glans penis. In dem feuchtwarmen Medium zwischen Salbendecke und Epidermis finden die Infektionskeime günstige Bedingungen für ihre Entwicklung. Bei Rückgang der Infektionsprozesse ist die Anwendung von Salben angezeigt, welche durch Gehalt an wirksamen chemischen Agenzien eine Tiefenwirkung zu entfalten imstande sind. Auch bei akuten Ekzemen, beziehungsweise bei akuten Nachschüben und Intertrigo, ist die Anwendung der Salben wegen der Reizwirkung kontraindiziert. Speziell bei Anwendung von Jodoform-, Orthoform- und Salolsalben kann es zu disseminierten Hauteruptionen kommen — für Geschwürsflächen sind Kokain und Stovain, für unversehrte Hautstellen Menthol, Thymol und Phenol vorzuziehen. Bei pruriginösen Erkrankungen mit oberflächlichen entzündlichen Läsionen sind Pulver und Pasten vorzuziehen.

— Die **Frühoperation bei akuter Appendizitis** erörtert ALI KROGIUS („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 78). Er hält in den entschieden leichten Fällen jede Operation während des Anfalles für unnötig. Frühzeitige Operation ist dagegen in allen schweren Fällen von Appendizitis indiziert, wo die Symptome auf einen drohenden oder bereits erfolgten Durchbruch des infektiösen Wurmfortsatzinhaltes in die Peritonealhöhle hindeuten. Unter den schweren Appendizitisanfällen lassen sich in klinischer Hinsicht zwei verschiedene Typen unterscheiden, der Perforationstypus und der Gangräntypus. Von einzelnen Symptomen, denen eine ernste Bedeutung beizumessen ist, sind in erster Linie zu nennen: Diffuse Spannung der Bauchmuskeln, beziehungsweise ausgebreitete Druckempfindlichkeit über dem Bauch, gewaltsame spontane Schmerzen, ein schwer angegriffenes Aussehen, frequenter und weicher Puls, wiederholte Schüttelfröste, Brechanfälle, welche einige Zeit nach dem ersten Erkranken mit erneuter Stärke wiederkehren, totale Verstopfung etc.

— Die **Operationserfolge bei Aneurysmen** der Aorta thoracica, Aorta abdominalis und der schwer zugänglichen Arterien, wie der A. iliaca, sind nach den Erfahrungen von KOLB („Beitr. z. klin.

letzungen, Schußwunden, Gefäßerkrankungen und -verletzungen, Unterbindung und Kompression der Blutgefäße, Verletzungen und Krankheiten der Beckennerven, Entzündungen der Beckenweichteile, der Knochen und Gelenke, ferner in die speziellen Abschnitte: Osteomalazie, Echinokokkus, Deformitäten, Spina bifida, Schwanzbildung, Doppelmißbildungen, Geschwülste, endlich Operationen und Verbände am Becken gewährleistet leichte Orientierung des Lesers. Dieser Vorzug, vereint mit klarer, präziser Diktion, dem Eindruck großer persönlicher Erfahrung des Autors auf dem von ihm bearbeiteten Gebiete sowie die gewohnt treffliche Ausstattung des Werkes seitens der Verlagsbuchhandlung sichern ihm volle Anerkennung der Fachgenossen und große Verbreitung. BUM.

Gynäkologie für Ärzte und Studierende. Von **Dr. Wilhelm Nagel**, a. o. Professor an der königlich Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 68 Abbildungen im Text und 38 auf Tafeln. Berlin 1904, Kornfeld.

Die zweite Auflage des NAGELschen Lehrbuches sucht den Zweck, hauptsächlich praktischen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, in erhöhterem Maße zu erfüllen. Ohne den Ballast umstrittener Theorien und umfangreicher Literaturnachweise ist überall auf Diagnostik und Therapie das Hauptgewicht gelegt. Hervorzuheben ist die Darstellung und Empfehlung der OLLIER-JERSILDschen Kaltwasserbehandlung der Endometritis, ferner die Beschreibung und

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

I.

Allgemeine Sitzungen.

NOCHT (Hamburg): **Über Tropenkrankheiten.**

Dem Auftrage, über Tropenkrankheiten zu sprechen, glaubt der Vortragende am besten nachkommen zu können, indem er über die großen Fortschritte der letzten Jahre in der Erkenntnis und Bekämpfung einiger besonders wichtiger Tropenkrankheiten berichtet. Man kann die Tropenkrankheiten in drei Gruppen teilen. Die erste Gruppe bilden die direkt durch das Tropenklima verursachten Krankheiten, wie Sonnenstich, Hitzschlag, gewisse nervöse Störungen und andere. Die zweite Gruppe umfaßt die tropischen Infektionskrankheiten. In die dritte Gruppe reiht der Vortr. Tropenkrankheiten von unbekannter Ätiologie ein, von denen man zum Teile auch noch nicht weiß, ob das klinische Bild, das sie bieten und das man mit einem Krankheitsnamen bezeichnet, tatsächlich immer ein und dieselbe Krankheit darstellt. Hierzu rechnet der Vortr. unter anderen die Beri-beri-Krankheit. Er gibt eine Übersicht über die verschiedenen, zum Teile miteinander ganz unvereinbaren Theorien über das Wesen dieser Krankheit, die zum größten Teile aber wohlbegründet erscheinen. Der Umstand, daß sie dabei so sehr voneinander divergieren, läßt sich vorläufig nicht anders erklären, als daß wir es bei der Beri-beri nicht mit einer einheitlichen Krankheit, sondern mit einem Symptomenkomplex zu tun haben, dem verschiedene Ursachen zugrunde liegen können. Ähnlich verhält es sich ja auch mit manchen heimischen Krankheiten, z. B. mi der perniziösen Anämie.





Die Tropenkrankheiten, in deren Erkenntnis wir am weitesten vorgeschritten sind, sind die tropischen Infektionskrankheiten. Obenan steht als wichtigste Krankheit die Malaria, die jetzt, während sie bis vor wenigen Jahren allen Versuchen, in ihr Wesen tiefer einzudringen, hartnäckigen Trotz bot, zu den am besten bekannten Infektionskrankheiten gehört. Natürlich sind auch hierbei immer noch Lücken auszufüllen, aber die Grundlage der Einsicht in das Wesen der Malaria, die wir durch die Entdeckungen von LAVERAN, ROSS, GRASSI, KOCH und anderen gewonnen haben, steht unerschüttert fest. Um den weiteren Ausbau unserer Kenntnisse über die Malaria hat sich namentlich SCHAUDINN verdient gemacht, insbesondere durch seine Entdeckung der Latenzformen der Malariaparasiten und die Feststellung der Art, wie diese Latenzformen sich wieder zu vermehren anfangen und Rezidive der Krankheit hervorrufen.

Die Bekämpfung der Malaria hat sich schwieriger gezeigt, als man es bei den ersten mit Begeisterung unternommenen Angriffen, die nach der Klarstellung der Malariaätiologie vor wenigen Jahren überall begonnen wurden, glaubte. Indessen sind auch in den Tropen doch schon sehr bemerkenswerte Erfolge erzielt worden, namentlich haben die Todesfälle von Europäern an Malaria überall in den Tropen entschieden abgenommen. Die Schwierigkeiten, die sich im übrigen bei der Bekämpfung der Krankheit entgegenstellen, haben wenigstens das Gute gehabt, daß man jetzt nicht mehr darüber streitet, welcher von den verschiedenen Wegen, die für die Malariabekämpfung zur Auswahl stehen, der beste und kürzeste sei, sondern daß man von allen Mitteln, die sich darbieten, nach Lage der Verhältnisse ohne Vorurteil Gebrauch macht. Die Pathogenese der wichtigsten Komplikation der Malaria, des Schwarzwasserfiebers, hat in den letzten Jahren keine weitere Aufklärung gefunden, nur soviel steht fest, daß die einzelnen Anfälle von akuter Hämolyse bei dieser Krankheit in fast allen Fällen durch medikamentöse Einwirkungen, meist durch Chinin, aber auch durch andere Mittel, z. B. auch durch Methylenblau, ausgelöst werden und daß die Disposition dazu sich immer auf dem Boden einer Malariainfektion entwickelt.

Die Kenntnis von dem Generations- und Wirtswechsel der Malariaprotozoen hat uns den Schlüssel zu dem Verständnis der Ätiologie einer Anzahl anderer wichtiger tropischer Tier- und Menschenkrankheiten geliefert. Wir verstehen es jetzt, warum gerade die protozoischen Blutinfektionen das Charakteristische in dem Gesamtbilde der Krankheiten der wärmeren Länder ausmachen. Die Erreger dieser Krankheiten bedürfen zu ihrer Übertragung auf gesunde Menschen oder Tiere einer komplizierten Entwicklung in blutsaugenden Insekten, die gerade in den Tropen in besonderer Mannigfaltigkeit und Menge verbreitet sind. Unter dem Einflusse der erhöhten Temperatur und Feuchtigkeit in den Tropen finden die pathogenen Protozoen in diesen Insekten besonders günstige Entwicklungs- und Vermehrungsbedingungen.

Abgesehen von der Malaria ist für unsere tropischen Kolonien augenblicklich die Trypanosomenkrankheit die wichtigste protozoische Blutinfektion. Von den Trypanosomen — so werden die eigenartigen Flagellaten, die diese Krankheiten hervorrufen, genannt — können wir zwei Gruppen unterscheiden, nämlich solche, die in den Tieren, in deren Blut sie leben, keine deutlichen Krankheitserscheinungen verursachen, und solche, die ihre Wirte mehr oder weniger durch ihren Parasitismus schädigen. Dabei besteht das interessante Verhältnis, daß die Trypanosomen der harmloseren Gruppe je nach ihrer Art immer nur ein und derselben Tierspezies, in deren Blut sie leben, sich angepaßt haben, also ähnlich wie die meisten übrigen Protozoen sich verhalten, während die pathogenen Trypanosomen natürlich und künstlich auf eine große Anzahl von Tieren übertragen werden können und dabei große Schwankungen in ihrem morphologischen Verhalten wie in ihrer krankmachenden Wirkung zeigen. R. KOCH führt dies darauf zurück, daß diese Trypanosomengruppe noch nicht lange parasitiert und sich noch in einer Periode der Mutabilität befindet.

Zu dieser Gruppe gehören auch die Trypanosomen des Menschen. Die durch sie bedingten Krankheiten herrschen in weiten Bezirken des tropischen Afrika endemisch, in den am schwersten ergriffenen Gegenden sind 50—75% der Einwohner infiziert befunden worden. Auch Europäer bleiben von der Infektion nicht verschont. Die Krankheit verläuft fast immer sehr chronisch, oft macht sie nur sehr wenig Erscheinungen. Wo sie virulenter auftritt, äußert sie sich in unregelmäßigen, mit eigenartigen Erscheinungen im Gefäßsystem einhergehenden Fieberanfällen, die allmählich zur Kachexie und zum Tode führen, vielleicht aber auch heilen können. Einen Fall von Trypanosomenfieber bei einem Europäer hat Vortr. längere Zeit in seinem Institute beobachtet. Der Kranke ist jetzt wieder in Afrika tätig und beherbergt die Trypanosomen nun bald 4 Jahre in seinem Körper.

Mit der Trypanosomeninfektion in engstem Zusammenhange steht die jetzt im tropischen Afrika so sehr um sich greifende Schlafkrankheit, die schon weite Gebiete verheert und auch schon mehrere Europäer ergriffen hat. Auch einen solchen Fall hat Vortr. in seinem Institut beobachtet. Er endete wie alle Fälle von Schlafkrankheit tödlich. Die Trypanosomen, die man bei dieser Krankheit immer, und zwar in der durch Lumbalpunktion gewonnenen Zerebrospinalflüssigkeit findet, sind von den Erregern des Trypanosomenfiebers nicht zu unterscheiden. Man nimmt vielfach an, daß die Trypanosomeninfektion dann die Wendung zur Schlafkrankheit nähme, wenn die Trypanosomen in den Zerebrospinalraum Eingang gefunden hätten. Indessen liegen die Verhältnisse wohl nicht so einfach. Man findet bei allen an Schlafkrankheit Verstorbenen außer der Trypanosomeninfektion eine chronische Kokkenmeningitis, und es liegt nahe, die eigentlichen Symptome der Schlafkrankheit auf diese Meningitis zu beziehen. Da die Trypanosomiasis anscheinend immer die primäre Krankheit ist, so wird man annehmen müssen, daß dadurch eine besondere Disposition zu Kokkeninfektionen und zur Lokalisation dieser Kokkeninfektion in den nervösen Zentralorganen geschaffen wird. Vielleicht spielen dabei die umfangreichen Drüsenschwellungen, die die Trypanosomeninfizierten immer aufweisen, eine Rolle, und wir hätten es dabei mit einer ähnlichen Disposition zu meningitischer Kokkeninfektion zu tun, wie sie bei skrofulösen Kindern in bezug auf die epidemische Zerebrospinalmeningitis zu bestehen scheint. Diese Verhältnisse bedürfen dringend weiterer Aufklärung. Auch die Symptome der Schlafkrankheit, die durchaus nicht immer so verläuft, wie es ihr Name andeutet, sind noch nicht genügend geklärt. Es ist dringend zu wünschen, daß auch eine deutsche Forschungsexpedition sich mit diesen wichtigen Fragen an Ort und Stelle befaßt. Bisher verdanken wir unsere Kenntnisse über diese rätselhafte Krankheit in der Hauptsache den Engländern.

Dasselbe gilt von einer asiatischen Krankheit, die bisher vielfach lediglich für eine besonders bösartige Malaria gehalten wurde, der tropischen Splenomegalie, auch Kalar-Azar genannt. Bei dieser Krankheit findet man in den inneren Organen (Milz, Leber, Knochenmark), aber nicht im peripheren Blut, eigenartige Gebilde, die anscheinend Ruhezustände von trypanosomenähnlichen Flagellaten darstellen. Die Krankheit ist besonders in Indien verbreitet, ist aber in einzelnen Fällen auch schon in anderen Gegenden Asiens beobachtet worden, so von MARCHAND bei einem aus Ostasien zurückgekehrten deutschen Soldaten. Vielleicht beruhen auch manche Fälle von BANTIscher Krankheit auf einer solchen Infektion.

Auch das gelbe Fieber ist wahrscheinlich eine protozoische Blutinfektionskrankheit. Die Erreger dieser Krankheit gehören zwar zu den ultramikroskopisch kleinen und darum für uns unsichtbaren Lebewesen. Ihre Übertragung auf Mücken und der Umstand, daß die damit infizierten Mücken erst nach einer gewissen Zeit, nämlich nach Ablauf von mindestens 12 Tagen, die Krankheit wieder auf Menschen übertragen können, und andere Beobachtungen machen ihre Protozoennatur sehr wahrscheinlich, zumal SCHAUDINN nachgewiesen hat, daß es Protozoen gibt, die sich durch fortwährende Teilung schließlich so weit verkleinern, daß die einzelnen Individuen hart an der Grenze der mikroskopischen Sichtbarkeit stehen. Sehr interessant ist die jüngste Entdeckung von MARCHOUX, daß die Gelbfiebererreger sich auf die nächste Mückengeneration vererben, was im Einklange mit Beobachtungen bei anderen protozoischen Blutschmarotzern, die durch blutsaugende Insekten übertragen werden, steht.

Früher wurden fast alle fieberhaften Erkrankungen in den Tropen der Malaria zugerechnet. Jetzt wissen wir, daß es außer den Malariaparasiten noch andere protozoische Blutschmarotzer gibt, die Fieber hervorrufen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß auf diesem Gebiete noch weitere Entdeckungen folgen werden. Es gibt aber auch heimische fieberhafte Krankheiten, die in den Tropen weit verbreitet sind und vielfach noch der Malaria zugerechnet werden. Ganz besonders häufig wird Typhus und Malaria verwechselt oder zusammengeworfen.

Charakteristisch für die meisten protozoischen Blutinfektionen scheint eine Vermehrung der großen mononukleären Leukozyten zu sein und hat deshalb für den Fall, daß man, wie nicht selten, die Parasiten selbst nicht sofort im Blute findet, eine große diagnostische Bedeutung.

Sehr verwickelt sind die Verhältnisse bezüglich der Immunität bei den tropischen protozoischen Infektionskrankheiten. Eine angeborne Immunität der Eingebornen dagegen gibt es nicht. Wo man Immunität der Eingebornen beobachtet, ist sie dadurch erworben, daß die Leute schon als Kinder erkrankten, im Laufe der Jahre genasen und immun wurden; zum Teile wird diese Immunität unter großer Kindersterblichkeit und Rückgang der Bevölkerungszahl erworben.

Dabei kann man zwei Arten von erworbener Immunität unterscheiden. Bei manchen Tropenkrankheiten verschwinden mit der Genesung und der Ausbildung der Immunität die Krankheitserreger aus dem ergriffenen Organismus und die Individuen sind dann ungefährlich für

eine Inokulation nahe liegt, während beim gewöhnlichen Sitz im unteren Ileum vielleicht embolischer Ursprung anzunehmen wäre.

Hofmeister (Stuttgart): *a)* **Ergebnisse der Frühoperation des kompletten inneren Darmverschlusses.**

Von 27 Fällen mit komplettem inneren Darmverschluß, welche Vortr. in den zwei letzten Jahren operierte, verlor er nur 7. Entscheidend für das Schicksal dieser Kranken war, wie bald sie in chirurgische Behandlung kamen. Von den 16 innerhalb der ersten 3 Tage Operierten starb keiner, vom 4.—6. Tage stieg die Mortalität auf 50%, die noch später Operierten (3) starben alle. Bei frühzeitiger Operation wurden auch die größten Eingriffe mit Lösung ausgedehnter Verwachsungen gut vertragen. Bei bedrohlichem Allgemeinzustand verzichtet Vortr. auf primäre Aufsuchung des Hindernisses und beschränkt sich auf Anlegung einer Enterostomie, eventuell in Lokalanästhesie. Die Enterostomie wendet er aber nicht nur als Notbehelf, sondern auch prophylaktisch neben der Radikaloperation an in Fällen, wo es fraglich ist, ob der Darm sich seines Inhalts entledigen wird, oder wenn die Gefahr der Bildung neuer Hindernisse gegeben ist. Läßt sich der Sitz des Hindernisses vor der Operation feststellen, so wird auf dieses eingegangen. „Es ist Pflicht des praktischen Arztes, jeden Ileusfall als von Anfang an dem Chirurgen gehörig zu betrachten."

b) **Zur Technik der Enterostomie.**

Von einem brauchbaren Verfahren muß man verlangen, daß der Darminhalt die Wunde und die Bauchhaut nicht verunreinigt, daß das Ventil, wenn es seinen Dienst getan hat, spontan sich schließt und daß der Eingriff sehr rasch, eventuell in Lokalanästhesie ausführbar ist. Besser als mit den klassischen Methoden erreicht Vortr. dies dadurch, daß er statt eines Gummischlauches eine Metallkanüle in den inzidierten Darm einfügt und diese Kanüle nicht durch die Laparotomiewunde, sondern mittelst einer den M. rectus von innen durch- bei postoperativem Ileus die Enterostomie allein schon Heilung bringen kann. Wir legen sie an, nicht um den Darm zu „entlasten", sondern um den oberen Teil des Darms zu entleeren und dadurch das mechanische Moment auszuschalten.

In der Diskussion pflichtet Hofmeister dieser Auffassung vollkommen bei.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Schatz (Rostock): **Die Suche nach dem Vater.**

Schatz will durch Blutdruckuntersuchungen während der Schwangerschaft ein Verfahren gefunden haben, welches gestattet, den Zeitpunkt der Niederkunft auf Tage hin genau zu bestimmen und umgekehrt durch Rückwärtsrechnung den Tag der Konzeption zu berechnen. Dadurch lasse sich, wenn Verkehr mit mehreren Männern stattgefunden hat, in vielen Fällen der Erzeuger mit ziemlicher Sicherheit feststellen. Schatz nimmt eine gewisse Periodizität während der Schwangerschaft an, die im allgemeinen 27·3 Tage betrage und mit den Elektrizitätsperiodizitäten von Arrhenius zusammenfalle. Die Methode bedarf noch weiterer Ausbildung.

In der Diskussion bemerken **Blechmann** (Riga), daß die Frage nach der Alimentation in Rußland viel einfacher geregelt sei, indem bei Verkehr mit mehreren Männern sämtliche zu Alimenten herangezogen werden, und **Kisch,** daß auch Fadeus einen Einfluß der Schwangerschaft auf den Blutdruck hat feststellen können.

Reeb (Straßburg): **Erfahrungen über Klinik und Technik der Pubeotomie.**

Die Pubeotomie wurde in den fünf referierten Fällen nach dem Verfahren von Döderlein ausgeführt, alle Kinder wurden lebend geboren, einmal war die Pubeotomie mit der künstlichen Frühgeburt kombiniert. In einem Falle, wo die Nadel ohne Leitung des Fingers

um den Knochen geführt wurde, trat eine Blasenverletzung, Abszeßbildung in der großen Schamlippe und Thrombose ein; trotzdem gute Verheilung der Knochenwunde. Die Größe des sich bildenden Kallus hängt von der Ausdehnung der Periostablösung und von der Art des Verbandes ab.

Rosenfeld (Wien) fand bei seinen anatomischen Experimenten, daß das Klaffen recht verschieden ist; es sei daher bei ferneren Pubeotomien hauptsächlich auf die Weite der Knochendiastase das Augenmerk zu richten.

Zweifel (Leipzig) bekennt sich als Anhänger der Symphyseotomie und hält sie der Pubeotomie, die er in zwei Fällen ausgeführt hat, für überlegen, hauptsächlich deshalb, weil nach der Symphyseotomie dauernd eine Erweiterung des Beckens bestehen bleibt, die ihn unter 50 symphyseotomierten Frauen, von denen eine größere Anzahl später nochmals gebar, nur bei zweien zu einer erneuten Durchtrennung der Symphyse zwang.

Frank (Köln) zieht die Symphyseotomie der Pubeotomie vor; eine feste Verknöcherung sei gar nicht erwünscht, der Gang der Frauen bleibe auch bei nicht fester Vereinigung der Knochenenden intakt.

Hofmeier (Würzburg) betont, daß auch die Pubeotomie die Perforation des lebenden Kindes nicht ganz zu verdrängen imstande sein wird. Gerade bei Erstgebärenden mit schlechten Wehen, ungenügender Erweiterung des Muttermundes, überlanger Dauer der Geburt und eintretender Temperatursteigerung sei jede andere Entbindung als die Perforation gefährlich. Von 3 Fällen von Pubeotomie kam 1 Fall, bei dem Inzisionen in den Muttermund notwendig waren, am 10. Tage ad exitum. Das prophylaktische Einlegen der Säge ist ihm unsympathisch.

Busse (Jena) erwähnt einen Todesfall nach Pubeotomie bei einer Mehrgebärenden, die unter den Erscheinungen der Anurie an Thrombophlebitis der Venae spermaticae wenige Tage nach der Geburt zugrunde ging.

POLANO (Würzburg): **Über Prophylaxe der Streptokokkeninfektion bei der Geburt und Operation durch aktive Immunisierung.**

Ausgehend von der Ansicht, daß die Virulenz der Streptokokken nichts Stabiles, Selbständiges, sondern im wesentlichen abhängig von dem Nährboden ist, auf dem sie zur Entwicklung kommen, sucht POLANO eine Umstimmung des als Nährboden dienenden Organismus herbeizuführen, und zwar dadurch, daß er eine abgetötete menschenpathogene Streptokokkenkultur prophylaktisch injiziert. Nach Versuchen am eigenen Körper injizierte er eine solche 60 Frauen (Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen, gynäkologisch Kranken), ohne daß stärkere örtliche oder Allgemeinerscheinungen aufgetreten wären. Über die praktische Bedeutung des Verfahrens läßt sich vorläufig noch nichts Bestimmtes aussagen. Im Tierexperiment gelang es, in der größten Zahl der Fälle, die Tiere gegen sonst sicher tödliche Streptokokkeninfektion zu schützen. Da im klinischen Leben die Verhältnisse unendlich viel günstiger gelegen sind als im Tierexperiment, so genügt für prophylaktische Zwecke eine derartige Resistenzvermehrung durchaus und Vortr. richtet an die Kliniker die Bitte, mit den Injektionen weitere Versuche anstellen zu wollen, um über den Wert der Methode Erfahrungen zu sammeln.

Krönig (Freiburg) begrüßt das Verfahren freudig. Mit dem ARONSONschen Antistreptokokkenserum hat KRÖNIG keine günstigen Erfahrungen gemacht. Bei den Untersuchungen des Uterussekretes lasse sich auch keine Verminderung der Streptokokken nachweisen, dasselbe bleibt ebenso wie ohne Injektion.

H. W. FREUND (Straßburg): **Über Diphtheritis vaginae und Osteomyelitis im Wochenbett.**

F. berichtet über 2 Fälle, von denen nach spontanem Verlaufe der Geburt und bei dem einen Falle ohne jede vaginale Exploration Fieber auftrat mit Geschwürsbildung am Damm, das ohne bakteriologische Untersuchung leicht für gewöhnliches Puerperalfieber hätte angesprochen werden können. Die Untersuchung auf Bakterien stellte die Anwesenheit des Diphtheriebazillus fest und die Frauen genasen rasch unter Anwendung des Diphtherieserums. Das erste Kind ging an Diphtherie und Nabelinfektion zugrunde. In einem dritten Falle, der anfänglich für primäre puerperale Infektion angesehen wurde, stellte die Sektion einen (anfänglich bei der Sektion selbst übersehenen) osteomyelitischen Prozeß an der Grenze zwischen Kreuz- und Steißbein fest, der sekundär zu einer Thrombophlebitis geführt hatte. F. betont auf Grund dieser Erfahrungen, daß man in der Beurteilung von Puerperalfieber in forensischen Fällen besonders vorsichtig sein soll.

Krönig (Freiburg) bezweifelt, ob in dem letzten Falle der Prozeß im Kreuzbein wirklich primärer Natur war. KÖTTNITZ berichtet ebenfalls über einen Fall von Diphtherie der Genitalien im Wochenbett, ZIEGENSPECK über einen solchen, wo von einem Geschwür des Unterschenkels, und einen Fall, wo von einem kalten Abszeß im Beckenbindegewebe die Infektion ausging.

ZWEIFEL (Leipzig): **Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett.**

Vortr. bespricht sein Verfahren, 2 Stunden nach der Geburt die im Scheidengewölbe gelegenen Blutgerinnsel unter aseptischen Maßregeln mittelst Klappspekulum und trockenem Tupfer zu entfernen, und berichtet über die Erfahrungen, die er seit mehr als 2 Jahren mit dem Verfahren an der Leipziger Klinik gemacht hat. Die Morbidität im Wochenbett betrug in dieser Zeit nur 7·8%, während sie während eines Vierteljahres, in dem ohne Handschuhe untersucht, und in einem weiteren Vierteljahre, in dem nur Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung nach der Geburt gemacht worden waren, je 11·5% betrug, mit Handschuhen dagegen in der gleichen Zeit nur 5·7%. Der Wochenfluß war bei Anwendung der Auswischungen auffallend gering.

PREISS (Kattowitz): **Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers.**

P. befürwortet ein Merkblatt, welches die breiten Massen über die Entstehung und die Vermeidung des Wochenbettfiebers aufklären soll. Er hofft dadurch eine Verminderung des Wochenbettfiebers herbeiführen zu können.

In der Diskussion über den Vortrag treten verschiedene Bedenken (ZWEIFEL, SCHATZ, FRANK) gegen ein Merkblatt in dieser Abfassung auf, weil dadurch das Publikum in manchen Fällen ohne Grund gegen die Hebammen und gelegentlich wohl auch gegen den Arzt mobil gemacht würde. Es kommen auch Infektionen durch Kohabitation kurz vor der Geburt, durch Selbsttuschieren, Tuschieren durch den Ehemann etc. vor.

Notizen.

Wien, 30. September 1905.

Die 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Orig.-Korrespondenz der „Wiener Med. Presse".)

II.

Der Himmel wollte kein Einsehen haben, als die deutschen und österreichischen Naturforscher und Ärzte einzogen in die flaggengeschmückte Stadt. Schlaff und traurig hingen die Fahnen von den Dächern und Türmen, empörend naß präsentierte sich der schöne Triumphbogen mit dem „Herzlich Willkommen!", das Meran den Gästen entbot, als sie in hellen Haufen kamen, aus Nord und Ost und West, die Gelehrten und Ärzte mit und ohne Damen, als sie die in prunkvollem Lichte erstrahlende Festhalle füllten, die — ein für die Naturforscher errichtetes Provisorium — ein Riesenzelt darstellte. Doch, wann hat einen echten und rechten Kongreßbummler das Wetter je geniert? Kaum war es Abend geworden, als die Menge — sorgsam nach den wissenschaftlichen Abteilungen geordnet — alle Tische und Stühle der Halle füllte und ein Brausen, einem stürzenden Wildbach vergleichbar, die Töne der Militärkapelle und die Gesänge der Original-Tirolertruppe übertönte, die bestimmt waren, den Begrüßungsabend des 24. September zu verschönen. Bald hatten sich Kollegen und Freunde, Gleichgesinnte und Gleichstrebende zusammengefunden zum „fröhlichen Tun". Das Bier war gut und der edle Tiroler noch besser. Gewissenhafte Berichterstatter erzählen, es sei schon stark Montag gewesen, als die Beharrlichsten zur wohlverdienten Ruhe kamen.

Und siehe, es kam der zweite Tag, der Tag der offiziellen Eröffnung der Versammlung. Blendender Sonnenschein überstrahlte das herrliche Etschtal, vergoldete die Türme der alten Tirolerstadt, die Zinnen der Burgen, die das Gelände schmücken, und begrüßte, wenn auch verspätet, die regen Naturforscher, die wieder der Festhalle zuströmten, diesmal zur Eröffnungsversammlung. Es dürften zur Stunde mehr als 3000 Mitglieder und Teilnehmer anwesend sein. Österreich ist quantitativ nicht sehr reich vertreten. Wir sahen u. a. die Professoren V. EISELSBERG, ESCHERICH, FINGER, V. NEUSSER, V. WAGNER-JAUREGG, TOLDT, OBERSTEINER, LORENZ, ENGLISCH, SCHLESINGER, ELSCHNIG, NEUBURGER, GHON, SCHLAGENHAUFER, KRETZ (Wien), CHIARI (Prag), V. HACKER, KNAUER, KRATTER, PFAUNDLER, FOSSEL (Graz), BERNHEIMER, LOOS, EHRENDORFER, SCHLOFFER (Innsbruck), die Dozenten KNÖPFELMACHER, SINGER, KRAUS, C. STERNBERG, O. ZUCKERKANDL, BUM, MARBURG, KATZ, M. HERZ, EBERSTALLER (Graz), MÜLLER, RÉTHI, die Doktoren HEINRICH ADLER, Prim. PREINDLSBERGER (Sarajevo), CLAIRMONT, V. HOVORKA, KORNFELD, SCHMEICHLER (Brünn), SCHÜLER, OPPENHEIM, E. STRANSKY, H. FREY, H. NEUMANN, BRANDWEINER, Prim.

der Arbeit, sie ist unzerstörbar, ihr gehört der Sieg.“ — „Sie haben gut getan, hierher zu kommen, wo Süd und Nord harmonisch sich vereinen, wo Tausende und Tausende jährlich Erholung, Gesundheit suchen und finden. Von den einzelnen Themen, die Sie beschäftigen werden, möchte ich eines hervorheben, das hervorragendes Interesse bietet: Die Pellagra, jene weit verbreitete Krankheit, die, zu langem Siechtum, Geistesumnachtung und Selbstmord führend, im südlichen Teile des Landes in Zunahme begriffen ist. Eine Aktion, zu welcher ich selbst 1904 die Anregung geben konnte, um gegen die Krankheit ins Feld zu ziehen, befindet sich noch in ihrem ersten Stadium, weil die wissenschaftliche Grundlage eine noch schwankende ist. Diese Aktion ist auch wirtschaftlich-politischer Natur, da wir bestrebt sind, die Notlage der Bevölkerung zu heben und sie in die Lage zu bringen, bessere und gesündere Nahrung sich zu beschaffen. Wenn die Regierung mit freudiger Genugtuung eine so große Zahl berühmter Gäste begrüßt, so wird sich mit dieser Freude auch das Gefühl des Dankes verbinden, wenn es gelingen sollte, dieses Problem einer gedeihlichen Lösung zuzuführen und unsere Aktion auf eine sichere, unumstößliche Grundlage zu stellen. Die Regierung nimmt an Ihren Arbeiten lebhaften Anteil. Mögen dieselben den altbewährten, ruhmreichen Traditionen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte entsprechen und mögen Ihre Verhandlungen im Geiste jener Heroen geführt werden, deren Genius noch heute Ihre Pfade erhellt!“

Rauschender Beifall folgte der auch in der Form trefflichen Rede des Statthalters von Tirol, worauf der Bürgermeister von Meran Jur. Dr. WEINBERGER den Erschienenen treuherzigsten Gruß entbot und Prorektor Prof. HEIDER die Versammlung namens der Universität Innsbruck begrüßte. Der erste Vorsitzende der Gesellschaft deutscher

experimentelle Pathologie in Budapest habilitiert. — Das neue pathologische Institut der Universität Erlangen wird demnächst eröffnet werden.

(Auszeichnungen.) Professor HERING in Leipzig hat von der ophthalmologischen Gesellschaft die Graefe-Medaille erhalten. — Der Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Heidelberg Geh. Rat v. ROSTHORN hat das Ritterkreuz des Ordens vom Zähringer-Löwen, Hofrat Prof. Dr. ADAM POLITZER in Wien das Kommandeurkreuz des griechischen Erlöserordens erhalten.

(I. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie.) Aus Brüssel schreibt man uns: Was vor zwei Jahren auf dem belgischen Chirurgenkongresse beantragt und beschlossen wurde, es ist nunmehr zur Tat geworden; der I. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie, der am 18. v. M. in unserer Stadt eröffnet worden ist und 5 Tage lang gewährt hat, durfte in bezug auf Teilnehmerzahl und Reichhaltigkeit seiner Themen alle Erwartungen übertreffen. Schon zählt die Gesellschaft mehr als 700 Mitglieder. Bei ihrer ersten Tagung waren die namhaftesten Chirurgen fast aller Nationen vertreten. Unter KOCHERS Vorsitz hatten sich u. a. eingefunden: v. EISELSBERG, KÜMMEL, CZERNY, GARRÈ, DOLLINGER, HOFFA, FRIEDRICH, GRASER, SONNENBURG, BROCA, RICARD, HARTMANN, TUFFIER, GIORDANO, HARRISON, LAMBOTTE, DEPAGE, WILLIAMINOFF, BARTOS, REVERDIN, JONNESCO, ALBARRAN, LEJARS. — Wir werden über die wichtigsten Verhandlungsgegenstände baldigst berichten.

(Ärzte und Lebensversicherungsanstalten.) Die Innsbrucker als derzeit geschäftsführende Kammer setzt mit Zuschriften vom 2. d. M. die Lebensversicherungsanstalten davon in Kenntnis,

daß nach Beschlüssen der letzten Ärztekammertage das Verhältnis zwischen Versicherungsärzten und Versicherungsanstalten in folgender Weise geregelt wird: *a)* Die Aufnahmsuntersuchungen sollen in der Wohnung des Arztes vorgenommen werden und sind die Parere, wenn keine besonderen Leistungen verlangt werden, ohne Rücksicht auf die Höhe der Versicherungssummen mit mindestens K 10 (zehn) zu honorieren. *b)* Sollten zur Abfassung der Aufnahmsparere ein oder mehrere Besuche bei der Partei verlangt werden, so sind diese Besuche von der Anstalt separat zu honorieren. *c)* Die Frage der Honorierung bei Volksversicherungen wird ganz dem Gutdünken der einzelnen Kammern überlassen.

(Die 10. Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder) hat vor einigen Tagen zu München stattgefunden. Man schreibt uns darüber u. a. folgendes: Nach Eröffnung der Versammlung durch den Vorsitzenden O. LASSAR sprach als erster Redner HOCHEDER (München) über die „Ästhetische Anforderung an moderne Badeanlagen". Vortr. wies auf die rasche Entwicklung des Badewesens in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts hin und betonte die baulichen Erfordernisse einer allen hygienischen Anforderungen entsprechenden modernen Badeanstalt. RICHARD SCHACHNER berichtete sodann über die Münchener Bäder, RECKNAGEL (München) über „Künstliche Wellenerzeugung für Bassin- und Wannenbäder", HOLLÄNDER (Berlin) schilderte in historisch interessanter Weise „Das Bad in kunstgeschichtlicher Beziehung", JUNK diskutierte die Frage, ob es nicht möglich sei, zumal in größeren Städten, Volksbrausebäder unentgeltich abzugeben. BENZ (Westfalen) erörterte das Thema, wie man in mittleren und kleinen Städten die Benutzung der öffentlichen Badeanstalten durch die Einwohner fördern könne, BÜTTNER (Uerdingen a. R.) stellte Leitsätze über die Benutzung von Fabrikswasser, insbesondere Kondenswasser, für Schwimmbäder auf, und EWALD (Berlin) sowie HAHN (München) besprachen die Möglichkeit der „Übertragung ansteckender Krankheiten durch das Wasser".

(Wiener Hauskrankenpflege.) Im n.-ö. Landhause hat am 15. d. M. eine Enqueteverhandlung über die geplante Organisation der Hauskranken- und Wochenpflege in Niederösterreich stattgefunden. Es wurden für die Hauskrankenpflege in Wien zunächst die seitens des „Katholischen Wohltätigkeitsverbandes" in Aussicht genommenen Schwesternstationen in Betracht gezogen. In jedem Wiener Gemeindebezirke soll sukzessive eine Bezirkshauptstation für Hauskrankenpflege geschaffen werden, welcher nach Bedarf Nebenstationen beigegeben werden. Sämtliche Bezirkshauptstellen sollen einer Zentralstelle untergeordnet werden, welche die Leitung des gesamten Hauskranken- und Wochenpflegedienstes besorgt.

(VII. Internationaler Kongreß für Hydrologie, Klimatologie und physikalische Therapie.) Dieser Kongreß wird am 10.—18. Oktober d. J. in Venedig unter dem Vorsitze des italienischen Unterrichtsministers und des Senators Professor A. v. GIOVANNI (Padua) tagen. Das ständige Bureau des Kongresses steht unter Leitung des Prof. A. ROBIN (Paris). Die Referate der wissenschaftlichen Thesen werden in Druck gelegt und den Kongreßmitgliedern noch vor der Eröffnung des Kongresses übersendet werden. Die italienischen und französischen Eisenbahnverwaltungen sowie die Schiffsgesellschaften gewähren den Mitgliedern eine 50%ige Ermäßigung. Während des Kongresses finden Ausflüge nach Abacco, Battaglia, Roncegno und Levico, an den Gardasee etc. statt.

(Ein Paradies für weibliche Ärzte) ist nach einer Mitteilung der „Med. Ref." das Königreich Holland. Daselbst praktiziert bereits seit drei Dezennien eine große Zahl von Ärztinnen. Dieselben werden gut bezahlt und erreichen in der Privatpraxis ein Einkommen von jährlich 12.000—15.000 Gulden. Es gibt Zahnärztinnen, die 25.000—30.000 Gulden Jahreseinkommen besitzen. Ihre soziale Stellung ist auch äußerst befriedigend, so daß man also in der Tat behaupten kann, Holland sei das Paradies der weiblichen Ärzte.

(Statistik.) Vom 17. bis inklusive 23. September 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7006 Personen behandelt. Hiervon wurden 1496 entlassen, 165 sind gestorben (9·9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 70, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 22, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 33, Scharlach 42, Masern 38, Keuchhusten 165, Rotlauf 31, Wochenbettfieber 3, Röteln 1, Mumps 1, Influenza 1, Cholera nostra 1, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand 1, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 629 Personen gestorben (+ 40 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der k. k. Primarius am Krankenhause Rudolfsstiftung Dr. LUDWIG WINTERNITZ, ein pflichtgetreuer und wahrhaft humaner Arzt, im 52. Lebensjahre; in Berlin der Geh. Sanitätsrat Dr. MORITZ WIESENTHAL und der ärztliche Direktor der Berliner Charité, Generalarzt der preußischen Armee, Dr. HERMANN SCHAPER, im Alter von 65 Jahren.

Dr. Martin Szigeti ist aus Gleichenberg in Abbazia angelangt und hat seine kurärztliche Tätigkeit wieder aufgenommen.

Neue Warenzeicheneintragungen für Lebertran! Wie wir dem Reichsanzeiger entnehmen, sind dem **Apotheker Wilh. Lahusen in Bremen,** dessen seit langen Jahren im Handel befindliches Präparat „Jod-Eisen-Lebertran" auch des öfteren in dem Inseratenteil unseres Blattes angeboten wurde, drei Eintragungen in die Rolle für Warenzeichen, vom kaiserlichen Patentamte genehmigt worden. Es sind dies das Wort „Jodella" (geschützter Name für Lahusens Jod-Eisen-Lebertran), das Bildzeichen „Dr. Eisenbart" und ein neues Etikett, welches beide ersteren Eintragungen in sich birgt. Veranlassung zu den Eintragungen gaben die immer mehr zunehmenden Nachahmungen des Präparats Lahusen. Wir dürfen darauf aufmerksam machen, daß man „Lahusens Jod-Eisen-Lebertran", um das echte Medikament zu erhalten, künftig nur unter dem Namen „Jodella" in den Apotheken und Drogerien verlangen muß.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

M. Hirschfeld, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. 7. Jahrgang. Bd. 1 u. 2. Leipzig 1905, Max Spohr. — M. 21·—.

v. Leyden u. Klemperer, Deutsche Klinik. Lief. 155—162. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

G. Arends, Neue Arzneimittel und Spezialitäten. 2. Aufl. Berlin 1905, Julius Springer.

L. Hoche u. P. Hoche, Ärztliches Rechtsbuch. Lief. 5. Hamburg 1905, Gebr. Lüdeking.

Ebstein u. Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin. 2. Aufl., 2. Bd., 2. Hälfte. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 10·—.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Feuchtigkeit der Luft und des Bodens bei großen Barometer- und Temperaturschwankungen mit ihrem bekannten Einfluß auf die Keimung und Zersetzung der Nahrungsmittel, die anstrengende Feldarbeit im Frühjahr, die langandauernden Osterfasten, wie dies z. B. bei den Griechisch-Orientalen in Rumänien der Fall ist, alles das muß überlegt und berücksichtigt werden.

Diese wechselnden Phasen der Krankheit, nämlich die Exazerbation im Frühjahr und die fast vollständige Remission im Winter erklärt Ceni, der das Krankheitsagens in den Toxinen von Schimmelpilzen sucht, als eine Vegetationseigentümlichkeit derselben, indem nach seinen Untersuchungen der Aspergillus fumigatus im Winter seine Toxizität verliert und dieselbe im Frühjahr wieder erlangt.

Das größte Kontingent für Pellagra liefert in Italien und in Rumänien die arme Bevölkerung, die sich fast ausschließlich von Maispolenta nährt. Von besonderer Wichtigkeit sind aber jene, allerdings seltenen Fälle, wo Pellagra Individuen befällt, die nie Polenta genossen haben, wie solche ich selbst beobachtet habe und wie sie Huertas in reichlicher Anzahl auf dem letzten Internationalen Kongresse in Madrid zitiert.

Das **Krankheitsbild** besteht aus einer Gruppe von Haut-, Darm- und Nervenerscheinungen und gestaltet sich ihr klinischer Verlauf folgendermaßen: Nachdem Schwächezustände, Kopfschmerz, Schwindel, Rückenschmerzen, gastrointestinale Störungen vorausgegangen waren, treten zu Anfang des Frühjahrs, in den meisten Fällen an den entblößten Körperstellen, am häufigsten am Hand- und Fußrücken, oft auch im Gesichte Erytheme auf. Diese Erscheinungen gehen im Laufe der nächsten Monate unter Desquamation der erythematösen Hautstellen zurück und es tritt scheinbare Genesung ein, bis im nächsten Frühjahre das alte Bild sich von neuem einstellt, meistenteils unter Steigerung der einzelnen Symptome. Die Schwäche nimmt zu, die Zunge wird rot und trocken, der Kranke klagt über Brennen und salzigen Geschmack im Munde, Magenschmerzen, Erbrechen und Diarrhöe. Dazu treten nun schwere zerebrospinale Symptome, Krämpfe und Kontrakturen, häufig mit Muskelatrophien, Sensibilitätsstörungen, Kopfschmerzen, bohrenden Schmerzen in den Extremitäten, und oft gehen die Kranken in diesem Stadium, sei es durch Selbstmord oder unter typhösen und meningealen Erscheinungen zugrunde. Im weiteren Verlaufe der Krankheit tritt Herzschwäche mit ihren Begleiterscheinungen auf, der Marasmus nimmt zu und Lähmungen der Extremitäten und der Blase, vollständige Verblödung, kolliquative Diarrhöen beschließen das jammervolle Dasein.

Der **Verlauf** der Krankheit ist entweder chronisch oder akut.

Die chronischen Formen dauern 10—15 Jahre und darüber; die akuten Fälle treten als Exazerbation des chronischen Verlaufes auf oder sie entwickeln sich ohne vorausgegangene Prodrome oft in foudroyanter Weise; das wäre die sogenannte Pellagra typhosa, die manchmal robuste und scheinbar ganz gesunde Individuen in der kürzesten Zeit, ja in einigen Tagen dahinrafft. Die chronischen Formen zeigen neben der Frühjahrsexazerbation auch eine Rekrudeszens im Herbst, während in den Wintermonaten eine Remission Platz greift, derart, daß die Mehrzahl der Kranken sich scheinbarer Gesundheit erfreut.

Heilungen können in den Anfangsstadien, in denen keine eingreifenden Veränderungen an den lebenswichtigen Organen sich nachweisen lassen, nur dann erfolgen, wenn die Kranken in günstige Lebensverhältnisse versetzt werden, während bei vorgeschrittenen Leiden die Prognose eine sehr ungünstige ist.

Die Reihenfolge der kardialen Pellagrasymptome kann außerordentlich verschieden sein. Manchmal treten die Nervenstörungen, manchmal die Magen- und Darmerscheinungen und ein andermal die Hauterytheme in den Vordergrund. Nach meinen eigenen Beobachtungen geht in der Mehrzahl der Fälle dem Ausbruche der Erytheme ein Prodromalstadium voraus, charakterisiert durch gesteigerte Sehnenreflexe, häufig Fazialisphänomäne, Starrheit des Blickes, psychische Aufgeregtheit, verbunden mit fahler Hautfarbe und allgemeiner Schwäche, insbesondere der Beine. Die Nervenstörungen betreffen die allgemeine Sensibilität und Motilität, die Sinnesorgane und die Gehirntätigkeit. Sie bestehen in Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schlaflosigkeit oder Schläfrigkeit, Nacken- und Rückenschmerzen, Hautjucken, Kältegefühl in den unteren Extremitäten, selten in Formikationen. Der Schwindel kann ein Frühsymptom der Krankheit sein und nimmt im späteren Verlaufe manchmal die Eigenschaften eines Drehschwindels mit Gleichgewichtsstörungen an, in welche Gruppe auch das Gefühl des Fallens nach vorne oder nach hinten gehört. Dieser Schwindel in Verbindung mit Propulsion und Retropulsion tritt anfallsweise auf und hinterläßt hochgradige Schwäche der Beine, welchen Zustand schon Strambio als Scelotyrbe festinans beschrieben hat. Ebenso wie der Schwindel gehören die Kopfschmerzen zu den Initialsymptomen der Pellagra. Die Patienten klagen über Bohren, Brennen im Kopfe, lästiges Ohrensausen und mannigfaltige Parästhesien in den verschiedensten Gebieten, vornehmlich über Hitzegefühl, Brennen und Jucken in der Haut, insbesondere an den erythematösen Stellen derselben, auch im Pharynx und im Epigastrium. Charakteristisch ist manchmal ein unerträgliches Brennen im Handteller und an der Fußsohle, auch zu einer Zeit, wo noch keine Erytheme zu konstatieren sind, ja das Brennen an der Planta kann selbst durch lange Zeit das dominierende Krankheitssymptom bilden. Häufig sind neuralgische Schmerzen im Rücken, welche in die oberen und unteren Extremitäten ausstrahlen, plötzlich auftreten und plötzlich verschwinden. Auch blitzartig ausstrahlende Schmerzen in das Auge, in die Nase, in die Ohren kommen vor; dazu gesellen sich schmerzhafter Trismus, Spasmen in den Extremitätsmuskeln, Wadenkrämpfe, klonische Krämpfe der Bauchmuskeln, auch Konvulsionen vom Charakter der kortikalen Epilepsie, Tetanus, kurzdauernder Opisthotonus, choreatisches Zittern des Kopfes, schleppender Gang, Konstriktionsgefühl im Rachen, Globus und gustatorische Krämpfe.

Nicht selten finden wir auch eine Ausstrahlung der Schmerzen in die Harnblase und Harnröhre. Die sexuelle Potenz ist manchmal erhöht, im späteren Stadium jedoch vermindert, selbst erloschen. Im vorgeschrittenen Krankheitszustande, nachdem sich die erwähnten Symptome wiederholt eingestellt haben, treten Störungen der Psyche auf. In der Regel ist schon im Beginne der Krankheit eine Verwirrtheit, Gedächtnisschwäche, Urteils- und Willensschwäche, Angstgefühle, zeitliche und örtliche Desorientiertheit, Stimmungswechsel, melancholische Verstimmung von leichter gemütlicher Depression bis zu hypochondrischen Wahnideen und Selbstmordneigung, Kleinheits- und Verfolgungswahn, Selbstanklagen und Nahrungsverweigerung vorhanden; manchmal beobachtet man maniakalische Zustände, indem die vorher traurigen und stuporösen Kranken plötzlich lärmend und unruhig werden. Nach solchen Erregungen verfallen die erschöpften Patienten in einen apathischen Zustand. Zwangsbewegungen und kataleptische Erscheinungen, desgleichen Gesichts- und Gehörshalluzinationen gehören zu den häufigsten Symptomen der vorgeschrittenen Stadien. Im Endstadium, welches man als paralytisches bezeichnen kann, ist das Gedächtnis vollständig erloschen, die Defekte des Intellektes nehmen progressiv zu, die Kranken werden bettlägerig zum Teil infolge der Schwäche, zum Teil infolge der sekundären Veränderungen im Rückenmarke, doch bekunden sie im scharfen Kontraste zu ihrem traurigen Lose eine auffallende Euphorie.

Objektiv finden wir schon frühzeitig gesteigerte Sehnenreflexe, zumeist jene an der Patella, in manchen Fällen sind die Reflexe an den oberen Extremitäten gesteigert, an den

ordinationsstörungen, Fehlen der Patellarreflexe, dem tabischen Typus entsprechen, wie dies auch die anatomischen Veränderungen des Rückenmarks bestätigen. Bei Ergotinismus finden wir graue Degeneration der BURDACHschen Stränge und der hinteren Wurzeln, die im Gesamtbilde eine Ähnlichkeit mit dem Anfangsstadium der Tabes darbieten. Es handelt sich wie bei Tabes um eine Affektion des sensiblen Neurons mit Degeneration der extra- und intramedullären Hinterwurzelfasern. Im Gegensatze zu den Veränderungen bei Ergotinismus und bei Tabes fand sich bei Pellagra Intaktheit der hinteren Wurzel, daher Intaktheit der LYSSAUERschen und cornuradikulären Zone sowie der CLARKEschen Säulen.

MARIE sieht in den Veränderungen der Pellagra eine Poliomyelitis posterior, welche zur Degeneration der endogenen Fasern der Hinter- und Seitenstränge führt, also der zweiten sensiblen Neurone. Es handelt sich demnach nach MARIE um eine Poliomyelitis der Strangzellen mit konsekutiver, regionärer Degeneration der Seiten- und Hinterstränge des SCHULZschen Kommafeldes, der hinteren FLECHSIGschen Zonen und der endogenen Fasern des GOLLschen Stranges.

Die Bedeutung der von TUCZEK im Rückenmarke gefundenen Veränderungen, welche zum größten Teile auch das Fundament für die Schlußfolgerungen MARIES bilden, ist rücksichtlich des genetischen Zustandekommens der systematischen Degenerationen noch vollständig unklar, doch geht aus ihnen hervor, daß die Einwirkung der Pellagranoxe sich vorwiegend auf Rückenmarkssegmente im engeren Sinne beschränkt, unabhängig von den fast immer fehlenden Veränderungen an

tischer Greise, trocken, dünn, pergamentartig. An der übrigen Haut kommen vasomotorische Störungen, wie Gänsehaut und Schweißausbrüche vor, sowohl bei febrilem als auch bei afebrilem Verlauf. Der Schweiß nimmt nach STRAMBIO einen widerlichen Geruch an, der an den mazerierter Seidenraupenkokons erinnert.

Es gibt Fälle, wo die Pigmentierung auch der nicht befallen gewesenen Haut eine so intensive wird, daß die Kranken den Eindruck eines Morbus Addisonii machen, was um so mehr auffällt, wenn es sich um blonde Individuen handelt, wie ich diese gerade bei den blonden Ungarn, den sogenannten Czangos, beobachtet habe.

Ich hebe das noch aus einem anderen Grunde hervor, nachdem FINOTTI und TEDESCHI in zahlreichen Untersuchungen von Pellagraleichen regelmäßig Veränderungen in den Nebennieren fanden. Erytheme am Halse, bei denen die Infiltration der Haut weniger ausgeprägt ist, treten gewöhnlich in der Gegend des oberen Halsdreieckes in Form eines schmalen, langen, parallel mit dem Unterkiefer verlaufenden Streifens auf, das ist der sogenannte CASALsche Kragen.

Die Erytheme an den Handrücken reichen vom 2. Interphalangealgelenke bis zu einer scharf begrenzten Linie, zirka 5 cm oberhalb des Handgelenkes. Manchmal übergeht das Erythem auf Thenar und Antithenar, scheint jedoch die eigentliche Vola manus frei zu lassen. RAYMOND beschreibt seltene Fälle, wo nach Ablauf des Erythems auch Abschuppung der Mittelphalanx sichtbar war, trotzdem auf derselben kein Erythem vorhanden war. Die Nagelphalanx bleibt nach

meiner Beobachtung immer intakt. Am Fuße erscheint das Erythem auch an der Dorsalseite und überschreitet gewöhnlich nicht eine Grenze zwischen dem Metatarsophalangealgelenke und dem oberen Sprunggelenke, aber auch hier beobachtet man ein Abklingen der erythematösen Röte an den Übergängen in die Sohle. Am Gesichte, an der Stirne, an den Wangen und an der Nase kommen Erytheme ebenfalls vor. Ich habe dieses Gesichtserythem in den leichtesten Fällen, namentlich in solchen, die keine Störungen von seiten des Gehirns zeigten und insbesondere bei Kindern gesehen. Bei Frauen fällt eine scharfe Begrenzung der befallenen Partie auf, was höchstwahrscheinlich von der Form der Kopfbedeckung abhängt. Die Friaulerinnen tragen nach italienischer Sitte ihre Kopftücher derart nach vorne gezogen, daß ein großer Teil der Stirn und der Wangen davon beschattet wird; an den belichteten Stellen entwickelt sich, scharf begrenzt, das Erythem. Bei Männern dagegen, welche gewöhnlich große, breitkrempige Hüte tragen, ist das Gesicht selten befallen. Man könnte also aus diesen Erscheinungen mit Berechtigung schließen, daß die Pellagraerytheme einfach solären Ursprungs sind, aufgetreten auf vulnerabler Haut; dagegen jedoch sprechen einzelne von mir in Görz und in Rumänien gesehene Fälle. So erkrankte ein ins Spital aufgenommener Potator nach mehreren Wochen dortselbst an charakteristischen Erythemen, und ebenso sah ich in Rumänien einen pellagrösen Kaufmann, der stets Fußbekleidung trug und dennoch Residuen eines abgelaufenen Erythems am Fußrücken darbot.

Bei ganz nackten Zigeunerkindern waren die Pellagraerytheme nur an den Händen und Füßen sichtbar, während die übrige Haut nur dunkel pigmentiert, aber keineswegs pathologisch verändert erschien. Ferner fand ich in Kudalbi in Rumänien bei einem im Endstadium der Pellagra befindlichen, seit mehreren Monaten bettlägerigen Bauern nebst Resten eines Erythems an der Hand und Fuß auch an der übrigen Haut, namentlich an der vorderen Körperfläche ein Pellagraexanthem in Abschuppung. Damit stehen auch die Beobachtungen von STAMBIO im Einklang, welcher einen Kranken sah, der sich gegen das Erythem durch Tragen von Handschuhen zu schützen suchte und bei dem dennoch das Erythem unter den Handschuhen auftrat.

RAYMOND behauptet, daß an Stellen, wo das Erythem einmal aufgetreten war, in den folgenden Jahren trotz Schutz der ergriffen gewesenen Partien Erytheme auftraten. Es geht aus diesen vereinzelten Beobachtungen hervor, daß das Pellagra-Erythem nicht ausschließlich unter der Wirkung der Sonne entsteht, sondern daß den Sonnenstrahlen nur die Rolle einer Cauterisatio provocatoria, einem Locus minoris resistentiae zukommt.

DÉJÉRINE fand Neuritis bzw. Atrophie in den Hautnerven des Handrückens und erklärt auf Grund dieses Befundes die pellagröse Hautaffektion für trophischen Ursprungs. RAYMOND dagegen fand die Nerven der betreffenden Hautpartien vollkommen intakt.

Die Symptome von seiten des Verdauungstraktes bestehen, wie schon früher erwähnt wurde, in Sodbrennen, Speichelfluß, Gastralgien, Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Fleisch und Polenta, Heißhunger, Diarrhöen, welche manchmal blutig dysenterieähnlich sind, oder Koprostasen mit aufgetriebenem, seltener eingezogenem Unterleib, manchmal bis zum Tod persistierend, insbesondere auch bei akuter schwerer Pellagra. Die Zunge ist gewöhnlich belegt und zeigt in den meisten Fällen eine epitheliale Abschürfung, so daß sie an diesen Stellen hellrot erscheint. Oft sieht man Einkerbungen zwischen den vergrößerten Papillen, namentlich am Zungenrande, welche Beschaffenheit von diagnostischer Wichtigkeit sein kann. Das Zahnfleisch ist beinahe immer aufgelockert, schwammig, leicht blutend und zeigt oft einen weißgelben Belag am Rande. Skorbutische Stomatitis, Hautpetechien, livide Verfärbungen an den Unterschenkeln, am Handrücken, Ellbogen und Gesicht waren schon STRAMBIO bekannt; der Speichel reagiert sauer und vermißte ich in einem Falle die diastatische Wirkung desselben. Der Magensaft zeigt Verminderung der Salzsäure oder es fehlt dieselbe. Einmal fanden sich Sarzinen. Der Hypoazidität des Mageninhaltes schreibt CAMURRI eine diagnostische Bedeutung für das Initialstadium der Pellagra zu. Die Stühle sind bald fest, dunkelbraun, sterkobilinhaltig und anscheinend normal, bald flüssig und gallenarm, bald vollkommen acholisch ohne gleichzeitig bestehenden Ikterus. Trümmer waren in den flüssigen Stühlen von mit Polenta sich nährenden Kranken entweder gar nicht oder nur in spärlichen Mengen nachweisbar, woraus die erhaltene Wirksamkeit der diastasischen Fermente des Darmes hervorgeht. Bei in Spitalspflege befindlichen Pellagrösen fand ich halbverdaute, manchmal noch deutlich quer gestreifte Muskelfasern in größerer Menge, ein Befund, der möglicherweise mit der Hypoazidität des Magens zusammenhängt. Fette waren kein seltenes Vorkommnis in den Stühlen; fast konstant waren in den gallenarmen und gallenfreien Stühlen ohne gleichzeitig bestehenden Ikterus Kristalle der Erdkaliseifen zu finden. Fast alle von mir untersuchten Patienten hatten Parasiteneier, wie Ascaris, Oxyuris, Trichocephalus, aber nie Anchylostomum. Eosinophile Zellen nebst CHARCOTschen Kristallen ließen sich in großer Menge nachweisen. Diese Befunde sind nicht zu unterschätzen, da es möglich ist, daß zum mindesten ein Teil der nervösen Störungen bei Pellagrösen durch die Darmparasiten bedingt sein kann. Von Mikroorganismen fanden sich nebst den gewöhnlichen Bakterien der Fäzes ziemlich konstant Clostridien in reichlicher Menge, dagegen ergaben Grampräparate nichts Abnormes, d. h. keine Zunahme der grampositiven Darmflora. KUBONI fand in den Stühlen Pellagröser den Bacillus maidis, welchen Befund PALTAUF in den diarrhoischen Stühlen der im Görzer Spital verpflegten Pellagrösen nicht bestätigen konnte. Diesen Bacillus maidis, welcher gramfest ist, ist nach PALTAUF mit dem Kartoffelbazillus identisch und in verdorbenen Maiskörnern fast immer nachweisbar. Es ist daher möglich, daß in der Polenta, die aus solchem Maise bereitet und 12—15 Minuten lang gekocht wird, die Sporen des Bacillus maidis fortleben und bei reichlicher Aufnahme in den Darm und rascher Passage des Darminhaltes, wie dies bei den initialen Diarrhöen der Fall ist, dieser Bazillus im Stuhle erscheint. CENI konnte aus den Stühlen Pellagrakranker mehrere Aspergillusarten kultivieren. GIAXA fand im wesentlichen die Stuhlflora in bakteriologischer Hinsicht normal, namentlich fand er in den Stühlen von pellagrösen und nicht pellagrösen Polentaessern keinen Unterschied in der Zahl der Kolonien. Bacillus mesentericus fand er nur in einem Falle und nie in den Stühlen dieselben Mikroorganismen, die in den Mehlsorten und in der Polenta nachweisbar waren. Die Kulturen von Bacterium coli, welche aus den Stühlen von Pellagrösen gezüchtet wurden, waren für Versuchstiere sehr virulent und toxisch. GIAXA schreibt diesem Befunde eine wichtige ätiologische Bedeutung für die Entwicklung der Pellagra zu. Die Untersuchungen des Blutes ergaben folgende Resultate; das Blut zeigte sich, was Gerinnbarkeit, Farbe, spektroskopisches Verhalten und das Vorhandensein von Mikroorganismen anbelangt, normal. Auch in einem Falle von Pellagra typhosa fand SACCONAGHI keine Mikroorganismen, weder bei der kulturellen Prüfung noch in Versuchen bei Tieren. Zuweilen fanden sich mäßige Leukozytose und relative Vermehrung der eosinophilen Zellen, auch in Fällen, die keine besondere qualitative Veränderung der Erythrozyten zeigten.

GRIGORESCU und GALASESCU fanden immer Anämie mit Verminderung der Zahl der Erythrozyten und des Hämoglobins, der Dichte und einer schwachen Vermehrung der Leukozyten, außerdem relative Vermehrung der mononukleären Leukozyten, sie erblicken in dem mononukleären Leukozytentypus ein charakteristisches Zeichen für Pellagra, im Gegensatze zu den anderen Erythemen.

Sepilli fand normale Zahl der Erythrozyten oder Hyperglobulie.

Sturli fand bei pellagrösen Kindern (4 Fälle), die gleichzeitig auch an Würmern gelitten haben, die Zahl der Leukozytenmenge 8000—10.000, bei 6 Erwachsenen 4000—5000, bei einer Frau mit pellagröser Melancholie, Kachexie und Diarrhöen Verminderung der Leukozyten auf 2000.

Wir sehen also, daß die Blutbefunde außerordentlich variieren, je nach dem Alter und dem Bestehen von Komplikationen. Die Leukopenie und Hyperglobulie finden ihre hinreichende Erklärung in der bestehenden Kachexie und Diarrhöe. Vor allem besteht kein Parallelismus zwischen der Schwere der pellagrösen Symptome und den qualitativen Veränderungen an den Erythrozyten. Lucatello fand mehr Eisen im Blute als dem Hämoglobin entspricht. Mauritio Ascoli fand in einigen Fällen von Pellagra Temperatursteigerungen nach Injektion von toxischen Maisextrakten. (Lucatello fand, daß das Blut vom Kaninchen, welchem Pellagraserum injiziert wurde, stärkere Präzipitinreaktion mit Serum Pellagrakranker gibt, als mit Serum Gesunder oder anderweitig kranker Individuen.)

Mario Serena zeigte, daß Tiere, mittelst steigenden Dosen von Maisgiften präpariert, eine Resistenz gegen größere Dosen erlangen und daß dieses Serum antitoxische Eigenschaften annimmt.

V. Babes ist es gelungen, die toxische Wirkung der Maisextrakte mittelst Serum geheilter Pellagröser zu neutralisieren. Während die mit einfachem Extrakte injizierten Tiere in kurzer Zeit verendeten, zeigte sich bei Injektionen eines Gemisches von Extrakt mit dem Blutserum Pellagröser eine Hemmung der toxischen Wirkung, ja selbst vollständiges Ausbleiben derselben. Sie schlossen daraus, daß im Blute geheilter oder gebesserter Pellagröser ein spezifisches Antitoxin gegen die toxischen Extrakte des verdorbenen Mais enthalten ist. Noch stärkere antitoxische Wirkung als das Serum geheilter Pellagröser vermag nach Antonini und Mariani das Serum der mit verdorbenem Mais infizierten Ziegen auszuüben. Sollten sich nun wirklich die Ergebnisse der genannten Forscher bestätigen, und gelänge es durch systematische Injektion der Maistoxine, ein hochwertiges Antiserum zu erzeugen, so wäre damit die Serumtherapie der Pellagra angebahnt.

Die vorliegenden Darmuntersuchungen bei Pellagrösen ergeben widersprechende Befunde. Nach meinen Beobachtungen zeigt der Harn schwach saure Reaktion und normales spezifisches Gewicht, in einzelnen Fällen wurden Spuren von Eiweiß nachgewiesen, Zucker und Azeton jedoch niemals. Die Indigoreaktion war immer sehr schwach ausgeprägt; die Erd- und Alkaliphosphate zeigten keine Verminderung.

Lombroso fand bei pellagrösem Typhus niedriges spezifisches Gewicht und Spuren von Eiweiß. Foa konstatierte verfettete Nierenepithelien. Vassale fand nebst Eiweiß Verfettung der Nierenepithelien, zahlreiche Zylinder als Zeichen einer chronischen, parenchymatösen Nephritis. Von mehreren Forschern wird die neutrale oder alkalische Reaktion des frischen Urins hervorgehoben, insbesondere bei schweren Fällen von Pellagra typhosa. Moreschi fand sehr häufig vermehrte Ammoniakausscheidung. Bonfanti, Lucatello und Malfatti beobachteten bei vielen Kranken alimentäre Glykosurie und herabgesetzte Harnstoffausscheidung. Devoto fand weder Albumosen noch Azeton oder Azetessigsäure, also keine Zeichen vermehrter Eiweißspaltung und Inanition. Nach Camurri ist die Menge und das spezifische Gewicht normal, die Azidität geringer, die Ausscheidung des Harnstoffes im allgemeinen herabgesetzt, die Chlorausscheidung in überwiegender Mehrzahl der Fälle vermehrt. Bezüglich der Nierenfunktion wäre zu bemerken, daß D'Ormea eine raschere Ausscheidung des in die Glutealmuskeln injizierten Methylenblau als bei Gesunden konstatierte. Diese so mannigfachen, sich widersprechenden Befunde, welche von der Nahrung, vom Stadium der Krankheit und von den Komplikationen abhängig sind, zeigen uns, daß ein diagnostisches Kriterium der Pellagra aus den Untersuchungen des Urins resp. des Stoffwechsels bis jetzt nicht gewonnen wurde. Die Menstruation ist in den meisten Fällen, außer bei hochgradiger Anämie, normal, Abortus, Uterus und Uterusblutungen kommen nicht auffallend häufig vor.

Antonini hebt hervor, daß Pellagröse im allgemeinen weniger Kinder haben. Die Atmung war stets normal, die Herztätigkeit in schweren Fällen herabgesetzt, die Pulse dementsprechend schwach und nicht komprimierbar. Strambio beschrieb Bradykardie bis auf 30 Pulse in der Minute, und auch ich fand bei einem an Meningitis erinnernden Falle 48 Pulsschläge, ferner beobachtete ich, daß bei einigen auch noch ziemlich jungen Individuen erhöhte Spannung des Pulses mit Akzentuierung des 2. Aortentones vorhanden war, ohne daß im Urin Eiweiß gefunden wurde. Zanon fand bei 25 Männern und ebensovielen Frauen unter 50 Jahren Blutdrucksteigerung. Sturli fand in seinen Fällen den Blutdruck normal.

Alpago Novello findet Arteriosklerose in 30% von Pellagrakranken unter 40 Jahren, bei denen Arthritis, Syphilis, Alkoholismus und Saturnismus nicht nachweisbar waren.

Auch Manini betont die Häufigkeit der Arteriosklerose bei Pellagra.

Tachykardie mit Schwellung der Schilddrüse und leichtem Exophthalmus konstatierte ich bei einer Pellagrakranken in Friaul. Magendilatationen waren nicht selten; die Leber war von normaler Größe, in einzelnen Fällen verkleinert.

Ikterus kommt bei Pellagrösen trotz des Magen- und Darmkatarrhs äußerst selten vor. Das Fehlen eines Milztumors wird sogar als Kriterium des Pellagratyphus hervorgehoben.

Die Pellagra verläuft, wenn unkompliziert, fieberlos, doch gibt es, wie schon früher erwähnt, akute Formen, die unter dem Bilde eines hochfebrilen Typhus zum Tode führen. Hochgradige Prostration, Benommenheit des Sensoriums, Subsultus tendinum, Blepharospasmus, Nystagmus, Trismus, Nackenstarre, manchmal Opisthotonus, Trockenheit der Zunge und der Lippen, fötide Transpiration, Meteorismus und Delirien und Fieber bis 41° bilden den Symptomenkomplex dieser explosiven Manifestation der Krankheit.

In vielen Fällen handelt es sich um akute Infektionsprozesse bei pellagrösen Individuen, insbesondere um Sepsis, noch häufiger um veritablen Ileotyphus, welcher durch Milztumor, Roseola, Widalsche Reaktion und den Nachweis der Typhusbazillen zweifellos als solcher erkannt werden kann. Anders verhält sich die Sache, wenn bei Fehlen der für Typhus charakteristischen Merkmale sich ein typhöses Krankheitsbild entwickelt, gerade bei hochgradig kachektischen Individuen, Schwangeren und Wöchnerinnen und die Autopsie vollkommen negativen oder doch einem Typhus nicht entsprechenden Sektionsbefund ergibt. Gerade dieser Umstand als auch das nicht epidemische Auftreten dieser Form sprechen schon vom rein klinischen Standpunkte dafür, daß diese typhoide Pellagraform mit dem Ileotyphus nichts Gemeinsames hat. In einem von Sacconaghi musterhaft beobachteten Falle handelt es sich um eine 34jährige, seit 3 Jahren an typhischer Pellagra leidenden Bäuerin, welche mit 38·3°, kleinem schwachen, rhythmischen und frequenten Pulse (120) bei normaler Respirationsfrequenz aufgenommen wurde; dazu gesellte sich Stupor, Trismus, Mydriasis, rote Zunge, mastikatorische Bewegungen, Nackenstarre; die Lunge war intakt, Meteorismus, Leber normal, die Milzdämpfung in normalen Grenzen, Hypertonie der Rumpfmuskulatur, Trousseausche Flecke, Steigerung der Sehnenreflexe, alkalische Reaktion des Harns ohne Diazoreaktion, breiige Stühle. Blutbefunde, sowohl was Zahl der roten und weißen Blutkörperchen als auch das bakteriologische Verhalten anbelangt, normal. Widal vollkommen negativ. Liquor cerebrospinalis klar, mit sehr spär-

lichen Lymphozyten ohne Mikroorganismen. Im weiteren Verlaufe zunehmende Muskelstarre mit Dysphagie, reichliche Schweiße, Temperatur zwischen 39—40·3°, fast continua mit unregelmäßigen Remissionen, keine Roseola, keine Dyspnoe, kein Ileozökalgeräusch, unwillkürliche flüssige Stühle und Inkontinenz der Blase, träge, enge Pupillen, deutliches Fazialisphänomen. Exitus unter zunehmender Pulsfrequenz und Abnahme der Kräfte nach 17tägiger Krankheitsdauer. Sektion: Venöse Hyperämie des Gehirns, Rückenmarkes und der Meningen ohne Hämorrhagien und Mikroorganismen in denselben. Herzmuskulatur schlaff, braungelb, subpleurale Ekchymosen, Hypostase der Lunge, mäßige Vergrößerung der schlaffen Milz mit freiem braunen Pigment. In den Nieren trübe Schwellung mit leichter fettiger Degeneration. Leber verkleinert, braungelb, kleiner kontrahierter Magen, Atrophie der Magen- und Darmschleimhaut mit Verdünnung der Wand. An den PEYERschen und solitären Follikeln keine Veränderung, rotes Knochenmark.

Resümieren wir diesen und ähnliche in der Literatur beschriebene Fälle von Pellagratyphus, so tritt ein Bild vor Augen, welches an jene akuten, bei Geisteskranken, marantischen Individuen vorkommenden Erkrankungen erinnert, wo die Befallenen unter Fieber, tiefer Bewußtseinstrübung, Nackenstarre und Rigidität der Muskulatur und zunehmender Herzschwäche nach kurzer Zeit zugrunde gehen, ohne daß der bakteriologische Befund und die Obduktion uns Klarheit über die Natur des Leidens verschaffen können.

Berücksichtigen wir nun die Vielgestaltigkeit im klinischen Bilde unserer Krankheit, die Häufigkeit ihrer Komplikationen, speziell mit Syphilis, Malaria und Alkoholismus, sowie den Umstand, daß in Gegenden, wo Pellagra endemisch ist, ebenfalls Geisteskrankheiten anderen Ursprunges, die verschiedensten Darmerkrankungen und dergleichen vorkommen, ferner den Mangel eines verläßlichen diagnostischen Kriteriums für die Initialstadien der Pellagra, so wird es uns nicht wundernehmen, daß die richtige Diagnosenstellung besonders für jenen, der nie Pellagra gesehen hat, auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt. Aber auch für den erfahrenen Pellagrologen ergeben sich in komplizierten Fällen manchmal diagnostische Rätsel. Wir finden die Pellagra unter dem Bilde einer funktionellen Geistesstörung, unter dem Bilde eines paralytischen Blödsinns, unter dem Bilde einer Seitenstrangsklerose mit Muskelatrophie, einer spastischen Spinalparalyse, Tetanie, Meningitis, Typhus, chronischer Gastroenteritis, Dysenterie, chronischer Degeneration der Organe, einer essentiellen Kachexie oder Anämie, unter dem Bilde von Morbus Addisonii, ferner als reine Dermatose mit nur rudimentär entwickelten anderweitigen Störungen und schließlich als Pellagra, bei welcher vor dem Eintritt der Hauterkrankung andere unbestimmte Symptome das Krankheitsbild beherrschen.

Schildern doch manche Autoren direkt eine Pseudo-Pellagra, welche ein Gemisch von den verschiedensten Syndromenkomplexen vorstellt, wie Erytheme bei Säufern, Geisteskranken, namentlich bei Paralytikern, Komplikationen von mykotischen Dermatosen, bei Irren und Darmkranken u. dgl. m. Selbstverständlich werden auch viele verschleierte Formen der wirklichen Pellagra unter dem Namen Pseudo-Pellagra als diagnostische Irrtümer beschrieben, namentlich von den Anhängern der Maisätiologie, welche die Pellagra ohne Mais nicht anerkennen, während andrerseits Ekzeme und andere Dermatosen vornehmlich bei Individuen, die aus Pellagragegenden stammen, schlechterdings als Pellagra gedeutet werden. So leicht nun die Diagnose der typischen Fälle der Pellagra, wo sämtliche Symptome in typischer Weise ausgeprägt sind, selbst für einen erfahrenen Laien ist, so schwer kann sie werden, wenn die Krankheit als Pellagra sine Pellagra einsetzt, d. h. wenn das sinnfälligste Symptom der Krankheit an der Haut fehlt und die Erytheme monate-, selbst jahrelang auf sich warten lassen. Solche Fälle können unter dem Bilde eines Pruritus analis, genitalis, einer Vulvovaginitis, eines Myxödems, einer Stomatitis, Angina, Rachensyphilis, Dilatation und Karzinom des Magens, Darmtuberkulose, Enteritis, Dysenterie, Hysterie, Neurasthenie, Tabes u. dgl. m. verlaufen. Dann ist die Diagnose nur unter peinlichster Würdigung und Isolierung sämtlicher Erscheinungen möglich.

Das plötzliche Auftreten der Beschwerden im Frühjahr und im Herbst, die vollständige Remission im Winter, die Inkongruenz der Symptome, wie die Schmerzlosigkeit der Diarrhöen, rudimentäre Erscheinungen an der Haut, z. B. eine leichte Abschuppung an der Nase, die Ackerfurchung an der Zunge, das Auftreten des Schwindels gerade im Frühjahr bei den im Freien arbeitenden Bauern, der Gesamteindruck des Kranken, der starre Blick desselben, seine Wortkargheit und schließlich die Besserungsfähigkeit bei entsprechendem Regime, insbesondere aber bei vollständiger Maisabstinenz: alle diese Momente können ausschlaggebend sein.

Die Autopsie der an Pellagra Verstorbenen ergibt widersprechende Befunde, die man an verschiedensten Leichen finden kann; die Obduktionen pellagröser Selbstmörder, die einen verhältnismäßig guten Ernährungszustand zeigen, ergeben nichts für die Krankheit Charakteristisches. In einigen Fällen fand man Verdickung und Verknöcherung der Dura mater und der Sichel, Anwachsung an das Schädeldach, Trübung und Verdickung der Meningen, kapillare Injektion der Dura, das Gehirn selbst meist normal, häufiger anämisch als hyperämisch, meistens Hirnödem und Atrophie der Kortikalsubstanz. Die Rückenmarkshäute waren in der Regel injiziert, manchmal adhärent. Subarachnoidale Blutungen, Erweichung und Anämie des Rückenmarkes, welches teilweise sklerosiert oder atrophisch war. Es fanden sich Pigmentierung und Verfettung der Adventitia, Pigmentierung der Vorderhornzellen, Arteriosklerose der Hirngefäße, Pigmentierung der Ganglienzellen im Sympathikus und den Spinalganglien, ferner anatomische Veränderungen im Plexus solaris und den Zervikalganglien. Das Herz war gewöhnlich klein, gelbbraun verfärbt, morsch. Der Magen zeigte sich dilatiert, seine Schleimhaut blaß, atrophisch und er enthielt oft bei pellagrösen Irren Fremdkörper. Im Darme konstatierte man bei chronischen Enteritiden Verdünnung der Muskularis mit Anämie und Hyperämie der Schleimhaut und Atrophie der Zotten mit frischen oder veralteten Geschwüren. Die Leber war bald atrophisch, bald voluminöser, gelb und leicht zerreißlich. Die Milz bald geschwellt, bald atrophisch, selbst bei Pellagratyphus. Die Nieren boten das Bild der Verfettung, Atrophie und Sklerose des interstitiellen Gewebes. Bemerkenswert ist nach LOMBROSO die Brüchigkeit der Rippen und langen Röhrenknochen, selbst bei verhältnismäßig jungen Individuen. Die Muskulatur fand sich normal oder atrophisch oder fettig degeneriert. — Wir finden also bei den Pellagrösen im großen und ganzen jene Veränderungen, die dem Greisenalter eigentümlich sind und hat schon VERDA auf diese vorzeitige senile Involution der Organe aufmerksam gemacht. Gerade so, wie es eigentlich keine pathologisch-anatomische Diagnose der Pellagra gibt, so kennen wir auch keine spezifische Therapie derselben.

Die alten Ärzte, von CASAL angefangen, verwendeten innerlich und äußerlich Milch. BOUCHARD betont, daß die Kuhhirten in Pellagragegenden von der Krankheit verschont bleiben. Von Medikamenten gegen die einzelnen Symptome wurden alle möglichen angewendet. Von allen scheint das Arsen einen günstigen Einfluß auf den Allgemeinzustand auszuüben. HOCH in Zagor verwendet Kalibichromicum allein oder mit Sublimat innerlich mit angeblich günstigem Erfolge. In der allerletzten Zeit wird von BOSCOLO-BRAGADIN und D'ORMEA gegen die Darmerscheinungen Protargol in Dosen von 1—3 *g* pro die empfohlen, was in Anbetracht des Umstandes, daß das Silber nach den Erfahrungen von ROUX selbst in minimalsten Spuren den Aspergillus tötet, mit Rücksicht

Freude zu begrüßen. Ein solches Pellagrosarium schwebte ja schon vor 120 Jahren dem großen Menschenfreunde Kaiser Josef vor, als er eine Pellagrastation in Legnano errichtete und mit deren Leitung den Vater der Pellagraforscher Strambio betraute.

Für alle Staaten, in welchen die Pellagra zu einer wahren Volksseuche geworden ist, wäre ein derartiges, modern eingerichtetes internationales Institut, in dem hervorragende Fachmänner aus aller Herren Länder sich dem erstrebten Ziele widmeten, von eminenter Wichtigkeit und ich zweifle nicht im mindesten, daß unsere gegenwärtige Regierung sich in munifizenter Weise an diesem so dringenden, so ehrenvollen, so segensreichen Werke zum Heile der leidenden Menschheit beteiligen wird. Und so lade ich Sie, meine verehrten Herren und insbesondere die Herren Korreferenten ein, diesen meinen Vorschlag zu erwägen und denselben nach Tunlichkeit zu unterstützen, auf daß das angeregte Werk, entsprechend dem Wahlspruche unseres erhabenen Monarchen „Viribus unitis", baldigst erstehe!

Über Myasthenie.

Von **Dr. Karl Wassing**, Elbigenalp, Tirol.

Während das Krankheitsbild der Myasthenie durch zahlreiche Beobachtungen als Krankheitseinheit scharf begrenzt ist, wissen wir über die Ätiologie und pathologische Anatomie der Krankheit noch recht wenig. Pathologisch-anatomische

bei der Pat. die Ptosis wieder ein. Auch trat eine Bewegungsstörung in beiden Armen und Beinen ein, die darin bestand, daß sie die Arme nicht nach hinten auf den Rücken oder die Hände zum Haarmachen auf den Kopfe bringen und die Beine nur schwer hochheben konnte. Andere Bewegungen der Arme waren nicht gestört, auch das Gehen gut möglich. Das Schielen hörte im Sommer 1901 auf. Die Ptosis besserte sich allmählich und war im September 1902 nicht mehr bemerkbar. Die erwähnte Bewegungsstörung der Arme und Beine besserte sich bis zum Frühjahr 1901. In der Neujahrsnacht 1901 trat plötzlich ein Anfall von heftiger Atemnot ein, der zirka 10 Minuten dauerte, und nach etlichen Stunden ein zweiter Anfall von $^1/_2$stündiger Dauer. Dabei soll das Atmen verlangsamt und stöhnend gewesen sein und die Pat. das Gefühl gehabt haben, wie wenn ihr die untere Thoraxapertur zusammengepreßt würde. Die Anfälle gingen wieder vorüber. Seit Herbst 1902 ist Pat. sehr stark abgemagert. Ptosis und Schielen ist in der letzten Zeit wieder aufgetreten. Es muß noch eine außerordentlich starke Ermüdbarkeit hervorgehoben werden. Dieselbe äußerte sich darin, daß, wenn Pat. eine Zeitlang ging, ihr die Füße versagten, dann mußte sie niedersitzen, worauf es wieder eine Weile ging. Wenn Pat. eine Zeit lang las, senkten sich die Oberlider, so daß sie dieselben mit den Fingern hinaufheben mußte. Auch beim Reden, Kauen resp. Schlucken war die Ermüdbarkeit auffallend. Am Abend befand sich Pat. immer am schlechtesten. Jetzt klagt Pat. über Doppeltsehen, daß sie schlecht reden könne, über erschwertes Schlucken und über Verschlucken, auch habe sie viel Schleim im Halse und könne nicht längere Zeit ins Licht schauen. Appetit ziemlich gut. Stuhlgang täglich. Husten und Nachtschweiße bestehen nicht. Für Lues sind sichere Anhaltspunkte nicht vorhanden.



Aus der objektiven Untersuchung will ich folgendes hervorheben: Geistig gut entwickeltes, intelligentes Mädchen von sehr grazilem Knochenbau, äußerst dürftiger Muskulatur und geschwundenem Fettpolster. Gesichtsfarbe und Schleimhäute nicht auffallend blaß. Respirations-Zirkulationsapparat, Bauchorgane, Urin geben durchaus normale Verhältnisse. Der Nervenstatus ist folgender: Kein Kopfschmerz, Sensorium frei. Sprache: Es besteht keine deutliche, eigentliche Anarthrie, sondern nur etwas undeutliches und erschwertes Sprechen. Geruch normal. Sehschärfe normal, ebenso das Gesichtsfeld, keine Hemiopie. Es besteht beiderseits mäßige Ptosis, die beim längeren Fixieren stärker wird. Das linke Auge schielt etwas nach innen. Es bestehen gleichnamige Doppelbilder. Die Bewegungen beider Bulbi nach rechts über die Mittellinie hinaus unmöglich, nach oben und unten ebenfalls gleichmäßig und stark eingeschränkt. Nach links, soweit es die Abduzenslähmung am linken Auge zuläßt, ziemlich gut möglich. Die sogenannten reflektorischen Augenbewegungen beim Drehen des Kopfes sind ebenfalls nicht erhalten. Pupillen gleichweit. Ihre Reaktion prompt. Geschmack normal. Mundfazialis linkerseits paretisch. Pfeifen, Blasen, Lachen unmöglich. Laryngoskopischer Befund normal. Schluckakt: erschwertes Schlingen, manchmal Verschlucken. Zunge nicht atrophisch, keine fibrillären Zuckungen, ihre Bewegungen prompt, nur starkes Hervorstrecken geht nicht. Motorische Störungen an der Körpermuskulatur nicht vorhanden, auch keine Atrophien, keine Entartungsreaktion. Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten nicht auslösbar. Die Patellarreflexe gesteigert. Myasthenische Reaktion (geprüft an den Oberextremitäten), wenn auch nicht auffallend, so doch deutlich vorhanden.

Es ist also bei der Patientin beiderseitige Ptosis, Abduzenslähmung am linken Auge, gleichmäßige und starke Bewegungsbeschränkung der konjugierten Augenbewegungen nach rechts, oben und unten, bei Nichterhaltensein der reflektorischen Augenbewegungen vorhanden. Ferner eine linksseitige Fazialislähmung (vorwiegend der Mundfazialis), Sprach-, Schling- und Kaumuskelstörung, die anamnestische Bewegungsstörung der Ober- und Unterextremitäten, sowie die myasthenische Reaktion. Ein Zweifel an der Diagnose „Myasthenie" kann nach allem kaum vorhanden sein.

Ich behandelte die Pat. mit faradischen Strömen und gab innerlich Jodkali in großen Tagesdosen, zirka 3 *g* pro die aber nur durch 3—4 Tage, worauf ich 4 Wochen aussetzte. Unter zahlreichen Remissionen besserte sich der Zustand allmählich, zuerst wurde die Sprache deutlicher und das Schlucken und Kauen leichter, das Körpergewicht nahm rasch zu, dann verschwand die Fazialislähmung und die Ptosis; sehr langsam besserte sich die Blicklähmung und am hartnäckigsten war die Abduzenslähmung am linken Auge.

Derzeit besteht gar kein Krankheitssymptom, außer einem etwas starren Gesichtsausdruck. Ermüdbarkeit ist nicht vorhanden. Patientin verrichtet häusliche Arbeiten, geht, ohne zu ermüden, weite Strecken, tanzt sogar trotz Verbot.

Auffallend ist, daß in letzter Zeit eine sich äußerst rasch entwickelnde Skoliose an der Wirbelsäule, und zwar Dorsalskoliose nach links und verhältnismäßig sehr starke Lumbalskoliose nach rechts auftrat.

Das Jodkali, das am Anfang der Erkrankung ohne Nutzen war, schien später, als ich die Pat. in Behandlung bekam, in den verabreichten großen Dosen nicht ganz wirkungslos zu sein, obwohl ich weit entfernt bin, darüber Bestimmtes behaupten zu wollen.

Was die Lokalisation des Krankheitsprozesses im pathologisch-anatomischen Sinne betrifft, so spricht schon der, ich möchte sagen apoplektiforme, Beginn mit Schwindel und Übelkeit für einen zentralen Sitz. Das erste war Abduzenslähmung links und beiderseitige Ptosis, dann folgten Bulbärsymptome. Diese Symptome lassen sich wohl ohne Zwang durch nukleare Herde erklären. Die auch in meinem Falle beiderseits gleichmäßig entwickelte Blicklähmung, welche nach genau gepflogenen Erhebungen erst später auftrat, macht ein Übergreifen von den Kernen auf die supranukleären Blickzentren wahrscheinlich (siehe Bielschowsky, Die Augensymptome der Myasthenie, „Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 51).

Über Lokalisation der übrigens stark im Hintergrunde stehenden Bewegungsstörung der Arme und Beine dürfte sich streiten lassen; jedenfalls wäre es verlockend, dieselbe auch in die Medulla oblongata zu verlegen.

Für die Ätiologie des Falles sind sichere Anhaltspunkte nicht vorhanden. Bemerkenswert ist der ganz akute Beginn, der an kleinste Blutungen resp. kapilläre Embolien denken ließe. Eventuell könnte eine supponierte infektiös-toxische Schädlichkeit zur Schädigung der Blutgefäßwände und dadurch, wie gesagt, zu Blutungen, Thrombosen oder Embolien führen. Die starke allgemeine Abmagerung wäre durch Einwirkung von Toxinen resp. durch Autointoxikation leicht erklärbar.

Es würde mich freuen, wenn dieser in verschiedener Beziehung nicht uninteressante Fall pathologischen Anatomen und Neurologen als Steinchen zum weiteren Ausbau der Pathologie der Myasthenie willkommen erschiene.

Neue elektrische Heißluftapparate.

Von **Dr. J. Lamberger**, Wien.

In dem vom Schreiber dieses in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums am 14. November 1904 gehaltenen Vortrage „Über lokale Heißluftbehandlung" (publiziert in der „Wiener Med. Presse", 1905, Nr. 1 und 2) erscheint ein ausführliches Kapitel der Frage der Apparatekonstruktion gewidmet. Dasselbe stellt sich auf Grundlage sowohl praktischer Erfahrungen als auch theoretischer Studien als ein warmes Plaidoyer für die Notwendigkeit von grundlegenden Änderungen im Bau der Heißluftapparate dar, sollen nicht zutage getretene Mängel und Übelstände hemmend und zerstörend wirken auf die ansonst so rationelle und erfolgreiche Heißlufttherapie. So heißt es in obiger Publikation:

„Es läßt sich nicht bestreiten, daß der Heißluftbehandlung eine Reihe von Mängeln und Übelständen anhaftet, es wird dies nicht allein von den Gegnern behauptet, sondern auch von allen objektiven Anhängern anerkannt; und wenn es trotz alledem den konkurrierenden Thermalmethoden nicht gelungen ist, jene zu verdrängen, so beweist dieser Umstand in prägnanter Weise, daß eben die Erfolge der lokalen Heißluftapplikation so groß sind, daß sie die unangenehmen Begleiterscheinungen in den Hintergrund treten lassen.

Eine mehrjährige praktische Erfahrung hat mir gezeigt, daß die so vielseitig konstatierten Übelstände keineswegs der lokalen Wärmeanwendung an und für sich anhaften, daß sie nicht in physikalischen oder physiologischen Verhältnissen begründet sind, sondern daß die mangelhafte Konstruktion der Apparate in erster Linie und die durch die Neuheit des Verfahrens begründete mangelhafte Technik die Veranlassung sind. Ich glaube nicht zu weit zu gehen, wenn ich behaupte, daß die Anwendung technisch vollendeter Apparate und Verwertung der im Laufe der Jahre gemachten Erfahrungen zu einer Durchbildung der Methodik die Heißluftbehandlung von den anhaftenden unangenehmen Erscheinungen zu befreien und dadurch indirekt den Heileffekt zu steigern vermögen."

Parallel mit Konstruktionsfehlern mancher Systeme, die aus mangelhafter Beachtung physikalischer Grundgesetze resultieren und unter Umständen nichts weniger als irrelevante physiologische Übelstände nach sich ziehen, geht eine souveräne Verachtung der primitivsten hygienischen Anforderungen, die nicht einmal dem Auge des Laien entgeht und öfters peinliche Rekriminationen von Seite des Patienten provoziert. . . . .

der heißen Luft in das Innere des Heißluftkastens und von da teils direkt, teils indirekt in die Atmungsluft. Ausführlich habe ich über die Verschlechterung der Zimmerluft durch die Heizung der Heißluftapparate, sei es mit Gas, sei es mit Spiritus, in meinem Vortrage am 14. November 1904 gesprochen und auf die schweren Nachteile dieser Heizform in physiologischer Beziehung hingewiesen. Ich habe den Nachweis erbracht, daß ein überwiegender Teil der Übelstände, die auf das Konto der Heißluftbehandlung geschoben werden, wie stärkere Allgemeinreaktion, hie und da vorkommende Üblichkeit etc., durch die fehlerhafte Konstruktion der Apparate, speziell puncto Heizung, hervorgerufen wird und daß eine diesbezügliche Remedur voll und ganz zu erzielen ist.

So ging ich denn an den Bau neuer Apparate. In logischer Konsequenz der von mir verfochtenen Anschauungen mußte die Lösung der mir gestellten Aufgabe nachfolgende Momente wahrnehmen:

1. Waschbarkeit und Desinfektionsfähigkeit der Apparate, solide, gefällige Ausstattung und Haltbarkeit.

2. Elektrische Heizung.

3. Möglichste Lokalisation der Heißluftapplikation auf die erkrankte Körperstelle und möglichst komfortable Lagerung der erkrankten Teile unter möglichster Einschränkung der Typenanzahl.



Schaltbrett.

Materiale, sowohl für die äußere Bekleidung als auch für die Innenwände, gewährleisten die Vermeidung von all den Mängeln, welche in größerem oder geringerem Maße den bisher verwendeten Apparaten anhaften. Als einen wesentlichen

Fortschritt in bezug auf die bisher so vernachlässigte Hygiene wird der Praktiker es empfinden, daß sämtliche Stoffbestandteile aus waschbarem Stoffe und auswechselbar selben angestrebt und — wie ich glaube — auch erreicht habe. — Die Heißluftapparate (System Dr. LAMBERGER) sind auf kein Untergestell montiert, wegen ihrer Leichtigkeit überall hin transportabel, können auf jeder Unterlage, Bett, Tisch, Sessel, aufgestellt und mittelst eines Kabels an jeden Steckkontakt oder Glühlampe angeschlossen werden.

Fig. 3 *a*.



Modell *A*. Fußbehandlung im „Universalapparat".

Fig. 3 *b*.

Modell *A*. Handbehandlung im „Universalapparat".

sind, da sie mittelst Knöpfvorrichtung am Apparate befestigt werden. Ein solider Rahmen aus trockenem Erlenholz, die innere Auskleidung mit starken Asbestschieferplatten, ein Überzug mit poliertem, gegen jede Temperaturhöhe widerstandsfähigen „Vulkanfiber", durch Messingleisten gesichert und geschmückt, gewähren diesen Apparaten eine Vereinigung von Zweckmäßigkeit und Solidität mit ausgesprochen geschmackvoller Ausstattung.

Ungleich schwieriger gestaltet sich das Problem der Heizung. Eine rationelle Beseitigung der Bedenken, die in praktischer wie theoretischer Beziehung gegen die bisherige Heizform mit Gas oder Spiritus vorgebracht werden, ist nur möglich durch den Übergang zur elektrischen Heizung. Den überwältigenden Vorzügen dieser, gegenüber der von ihm geübten Benutzung der QUINCKEschen Öfen, hat sich auch BIER[1]), der Begründer der Heißlufttherapie, nicht verschlossen, er anerkennt ausdrücklich den Fortschritt, der in der Konstruktion des LINDEMANNschen elektrischen Heißluftapparates — Elektrotherm — liegt, führt aber eine Reihe von Nachteilen an, welche die Verwendbarkeit dieser Apparate sehr beeinträchtigen. Diese Nachteile sind nach BIER die schwere Beweglichkeit derselben, ihre beschränkte Anwendbarkeit auf eine Reihe von Gelenken unter Ausschluß von Hüfte und Schulter und ihr teurer Preis.

Es ist sehr naheliegend, daß ich bei meinen Versuchen, elektrisch geheizte Heißluftapparate zu konstruieren, auf die von BIER hingewiesenen Nachteile Bedacht genommen, die sorgfältigste Beseitigung der-

Die Heizung sämtlicher Modelle erfolgt durch elektrische Heizkörper (Fig. 1), welche am Boden

[1]) BIER, Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1903.





Modell *C*. Behandlung von Arm und Schulter im „Langen Sturz".

der Apparate, sondern auch eine Beseitigung jeder Betriebsstörung, da sämtliche Heizkörper gleich und dem an der Seitenwand, knapp über dem Boden angebrachten Ausschnitt exakt angepaßt sind. Ein dreiteiliges Kabel führt vom Heiz-

formen und Eventualitäten genügt.

Modell *A:* Universalapparat, für Behandlung von Hand, Fuß, Knie und Ellbogen (Fig. 3*a* und 3*b*).

Modell *B:* Großer Sturz, für größere Körperpartien, Kreuz, Hüfte, beide Knie, beide Beine etc. (Fig. 4).

Modell *C:* Langer Sturz, für einen (ganzen) Arm oder Bein (Fig. 5*a* und 5*b*).

Modell *D:* Hautstellenapparat für zirkumskripte Partien, Schulter, Nacken etc. (Fig. 6).

Ad *C:* Eine sinnreiche Vorrichtung, ein in einer halbkreisförmigen Metallrinne am Apparatende verschiebbares Ansatzstück, ermöglicht die gleichmäßige Verwendung des Apparates sowohl für die rechte als auch für die linke Seite.

Als eine wohlüberlegte Konzession an die Lichttherapie, deren günstige Beeinflussung gewisser neuralgischer Schmerzzustände notorisch ist, stellt sich die Anbringung von länglichen Glühlampen, blauen und weißen, im Innern der Apparate dar. Die dadurch ermöglichte Kombination der Heißluft- und Bestrahlungstherapie erscheint als eine erwünschte Bereicherung der therapeutischen Potenz dieser Apparate.



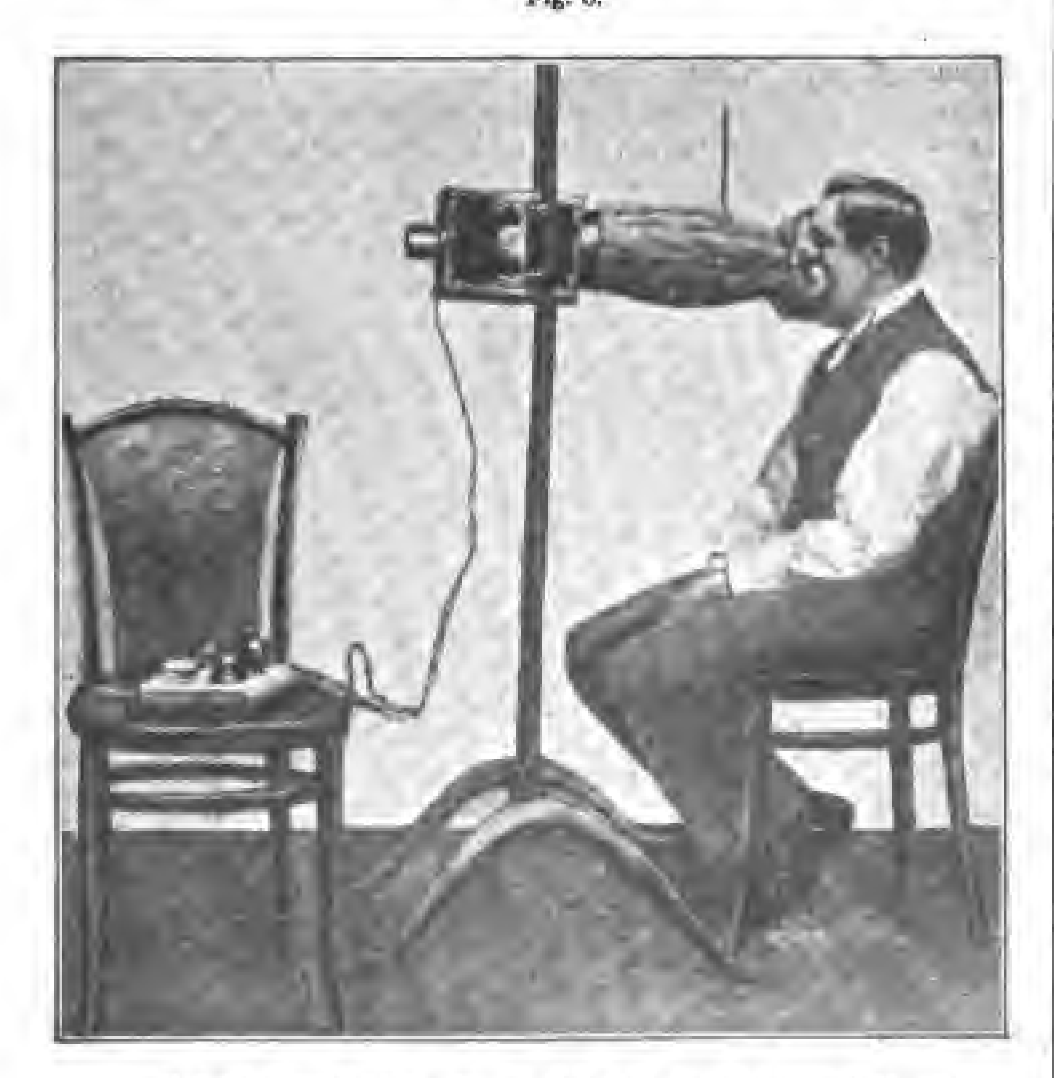
Außer den oben angeführten Typen, welche, wie bereits erwähnt, für alle Fälle genügen, wurden noch einige „Spezialapparate" konstruiert, die aber wohl hauptsächlich Anstaltszwecken dienen werden, resp. für die spezialistische Praxis bestimmt sind, wie beispielsweise der ausschließlich für gynäkologische Zwecke konstruierte „Exsudatapparat". Weiterhin erwähne ich das als eigentlicher „Universal-Heißluftapparat" zu bezeichnende „Heißluftbett", den speziellen „Schulterapparat", „Doppelschulterapparat", den „Lumbagoapparat" etc.

Fig. 5 *b*.



Modell *C*. Behandlung von Bein und Hüfte im „Langen Sturz".

Fig. 6.



Modell *D*. Gesichtsbehandlung mit (auf dem Stativ verschiebbarem) „Hautstellenapparat".

* * *

Zum Schlusse obliegt mir die Ehrenpflicht, der Firma Jurschitzka & Schmidl wärmsten Dank und Anerkennung auszusprechen für die unermüdliche sachverständige und opfervolle Unterstützung, die ich bei ihr gefunden. Weit über den Rahmen kaufmännischen Interesses hinaustretend, stellte mir Herr Schmidl, der hiesige Chef der Firma, seine reiche praktische Erfahrung und sein technisches Wissen zur Verfügung, in werktätigster Weise unterstützt von einer Schar hochintelligenter, selbständig denkender, tüchtiger Arbeiter.

Referate.

KATZENSTEIN (Berlin): **Die Unterbindung der Aorta, ihre physiologische und ihre therapeutische Bedeutung.**

Verf. konnte in zahlreichen Tierversuchen feststellen, daß sofort nach Unterbindung der Aorta die Entwicklung eines Kollateralkreislaufes beginnt, so daß schon nach wenigen Tagen etwa ein Drittel der früheren Blutmenge in die jenseits der Unterbindung gelegenen Gebiete gelangt. Die Höhe des vor der Unterbindung vorhanden gewesenen normalen Blutdrucks wird erst nach Monaten erreicht. Die Ausbildung des Kollateralkreislaufs schafft derartige Widerstände, daß stets eine Dilatation und Hypertrophie des Herzens eintritt („Archiv f. klin. Chir.", Bd. 76, H. 3). In Übereinstimmung mit anderen Autoren fand KATZENSTEIN, daß die beim Hunde nach der Aortenunterbindung oberhalb der Bifurkation eintretenden Lähmungen der hinteren Extremitäten peripherischer Natur sind. Denn diese Lähmungen sind vorübergehend, die elektrische Leitungsfähigkeit der Muskeln ist vorübergehend stark beeinträchtigt und dieselben sind anatomisch geschädigt; die Blase zeigte in den ersten Tagen schwere Zirkulationsstörungen, in zwei Fällen sogar so schwere, daß Perforation

handelt es sich nur um eine Trübung. Hier besteht eine arterielle Nephritis, die ebenso wie der Diabetes von dem arthritischen Zustande abhängig ist. Diese Nephritis kompliziert sich häufig mit Urämie. Endlich beobachtet man eine Anzahl von Diabetikern, die ohne interkurrierende Krankheit und ohne Arteriosklerose eine in der Regel reichliche Albuminurie (2—4 *g*) darbieten, die sich nach Gemütsbewegungen und Überanstrengung vermehrt, aber das Allgemeinbefinden nicht stört. Der Urin dieser Patienten enthält übrigens weder Zylinder noch Leukozyten; sein spezifisches Gewicht und seine Farbe sind nahezu normal. Dieser „Diabète albumineux" hängt nach LANCEREAUX von einer Störung in der Medulla oblongata ab.
B.

Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin (Direktor Prof. Dr. A. Baginsky).

KASSEL: **Über Erfahrungen mit einer neuen Buttermilchkonserve.**

Seit langem spielt die Buttermilch in der Therapie der Darmkrankheiten und Ernährungsstörungen im Säuglingsalter eine große Rolle. Da dieselbe als Säuglingsnahrung nur in ganz frischem Zustande verwendbar ist, war es bedauerlich, daß die Beschaffung einer einwandfreien Buttermilch mitunter auf erhebliche Schwierigkeiten stößt, die sich besonders in der ambulatorischen Praxis störend bemerkbar machen. Im Krankenhaus kommt es infolge sorgfältiger Milchkontrolle nicht zu nennenswerter Schädigung, während die auswärts milchtrinkenden Kinder bald wieder in der Ernährung

wir es mit einem starken Erschöpfungszustande zu tun. Nach einer Muskelanstrengung tritt im Liegen zunächst Verlangsamung und erst nach etwa 2 Minuten eine normale Pulsfrequenz ein. Besondere Phänomene, die durch die Tätigkeit einzelner Muskelgruppen hervorgerufen werden, als charakteristisch für diese oder jene Neurose konnte Verf. nicht feststellen. Die Untersuchung der Pulsfrequenz nach der von J. geschilderten Methode kann über die Leistungsfähigkeit des Herzens eine gewisse Vorstellung geben und zugleich bei der Beschäftigungstherapie von großem Nutzen sein.
B.

NADOLECZNY (München): **Über die Erkrankungen des Mittelohrs bei Masern.**

Aus Untersuchungen von NADOLECZNY an 100 Kindern geht folgendes hervor („Jahrbuch f. Kinderheilk.", Bd. 60): Der akute Mittelohrkatarrh und die akute exsudative oder perforative, also eiternde Mittelohrentzündung sind die gewöhnlichsten Komplikationen der Masern. Sie entstehen hauptsächlich in den ersten 2 Wochen nach der Eruption, bisweilen schon im Prodromalstadium, weniger häufig erst zur Zeit der Desquamation. Es ist also falsch, die Mittelohrerkrankungen zu den „Nachkrankheiten" der Masern zu zählen, sie sind vielmehr meist nosogener, seltener sekundärer Natur. Ihre Entwicklung wird dann durch Erkrankungen der oberen Luftwege und der Lungen häufig gefördert oder sogar erst veranlaßt, weshalb, wie bei anderen Infektionskrankheiten, auch hier der akute Schnupfen schonend und sachgemäß (ohne Nasenspülung) behandelt werden muß. Die entzündlichen Prozesse treten in der Regel mit deutlichen subjektiven Symptomen auf. Die objektiven Zeichen sind ebenfalls

die der genuinen Otitis media acuta. Sie sind im großen und ganzen gutartig und haben sogar Tendenz zur Spontanheilung, jedoch sind schwere Affektionen mit Caries mastoidea und anderen Komplikationen, auch Taubstummheit nach Übergreifen auf das innere Ohr, nicht ausgeschlossen. Durch frühzeitige Prophylaxe gelingt es oft, die Entwicklung der Exsudation in der Paukenhöhle hintanzuhalten. Eine rechtzeitige Therapie erreicht in den meisten Fällen eine Resorption des Exsudats. Ist aber eine Perforation des Trommelfells eingetreten, so gelingt dennoch die glatte Heilung der Otitis media suppurativa so gut wie immer nach durchschnittlich 3 Wochen. Rezidive der Mittelohreiterung bei Masern sind selten. Unbehandelte oder vernachlässigte Fälle kommen dagegen häufig nicht zur Heilung, oder aber sie hinterlassen beträchtliche Zerstörungen im Mittelohr und demenstprechende Schwerhörigkeit. L.

IMPENS (Berlin): **Über Alypin.**

Alypin ist ein Glyzerinabkömmling, und zwar das Monochlorhydrat des Benzoyl-1·3-tetramethyldiamino-2-äthylisopropyl-alkohols. Es ist ein weißes, in Wasser außerordentlich leicht, aber auch in Alkohol gut lösliches Kristallpulver, das (bei 100° getrocknet), bei 169° schmilzt. Die Lösungen des Alypins reagieren neutral und lassen sich durch 5—10 Minuten währendes Aufkochen unzersetzt sterilisieren. Das Alypin besitzt vor allem die guten Eigenschaften des salzsauren Kokains: Es wird von den Schleimhäuten und dem subkutanen Zellgewebe leicht aufgenommen und durch die alkalisch reagierenden Körpersäfte nicht ausgefällt. Die Resorption ist sehr prompt und niemals treten, nach Injektion von 4—5%igen Lösungen, Entzündungen oder Nekrosen an der Applikationsstelle auf. Der anästhesierende Effekt des Alypins ist demjenigen des Kokains durchaus ebenbürtig. Einprozentige Alypinlösungen erzeugen nach 50—60 Sekunden nicht allein eine vollkommene Anästhesie der oberflächlichen Schichten, sondern üben auch eine bedeutende Tiefenwirkung aus. Es ist bedeutend weniger giftig als Kokain. Im Gegensatz zu Kokain und den meisten anderen Anästhetizis ruft Alypin keine Mydriasis hervor, auch nicht als Nachwirkung, ebenso keine Akkommodationsstörungen, keine Erhöhung des intraokularen Druckes. Im Unterschied zum Kokain erzeugt das Alypin keine Ischämie. Die Indikationen des Alypins sind die gleichen wie beim Kokain. Es dient zur lokalen Applikation in der laryngologischen, ophthalmologischen und zahnärztlichen Praxis. Für die Infiltrations- sowie die regionäre und Lumbalanästhesie nach SCHLEICH, RECLUS, BIER und anderen eignet sich das Alypin gleichfalls vorzüglich. Die Dosierung ist in allen Fällen ungefähr die gleiche wie die des Kokains. Das Alypin stellt sich in der praktischen Anwendung auch etwas billiger. Zur Erzeugung lokaler Ischämie können Alypinlösungen ohne Nachteil mit den üblichen Nebennierenpräparaten (Adrenalin, Suprarenin) kombiniert werden. G.

LAŠEK (Leitomischl): **Ein Beitrag zur Skopolaminmorphiumnarkose.**

Verf. berichtet, daß es ihm gelungen sei, die Vorzüge und die unangenehmen Wirkungen der Skopolaminmorphiumnarkose zu erkennen. Er gebrauchte eine stets frisch bereitete Lösung, von welcher eine halbe Pravazspritze vor der Operation, die andere Hälfte eine Stunde später eingespritzt wurde. Im ganzen wurden 10 *dmg* Scopolamini hydrobrom. (MERCK) und 25 *cg* Morphium injiziert. Es wurde diese Narkose in 16 Fällen gebraucht ohne Unterschied des Alters, zwischen 16—68 Jahren. In allen diesen Fällen, außer zweimal, konnte die Operation ohne Zuhilfenahme des Chloroforms nicht beendet werden, eine vollständige Muskelrelaxation kam nicht zustande. Freilich war dann die nötige Chloroformmenge nur klein. Die Atmung und der Puls blieben sonst gut, nur in drei Fällen kam es zur Atmung nach CHEYNE-STOKESschem Typus. In einem Fall steigerte sich diese Atmungsart mit der Pulsabnahme in dem Maße, daß es zum Exitus kam, für den außer der Skopolaminnarkose nichts anderes beschuldigt werden konnte („Časopis českých lékařů", 1905, Nr. 2). Daß alsdann mit weiteren Versuchen nicht mehr fortgesetzt wurde, steht eben mit diesem unangenehmen Falle in Zusammenhang. STOCK.

B. NIEDERLE (Kladno): **Über Neuralgie des Nervus buccinatorius.**

Verf. beobachtete einen Fall einer isolierten Neuralgie des N. buccinatorius, die durch eine Operation (äußere Methode nach ZUCKERKANDL) glücklich behoben wurde. Diese Neuralgie ist rar und wenig bekannt. Die charakteristischen Symptome sind am Anfange neuralgische Schmerzen, lokalisiert in den Wangenmuskeln bis zum Mundwinkel. In der Gegend der Molaren findet man einen auf Druck sehr schmerzhaften Punkt, was einen Anfall hervorruft. Verf. fand, daß dieser Punkt mit dem Verlaufe der Arteria maxillaris korrespondiert, auf welcher eine erhöhte Pulsfrequenz zu verzeichnen ist. Es handelt sich augenscheinlich um einen Schmerzpunkt nach VALLEIX („Revue v neur., psych., fys. a diaet. ther.", 1905, Nr. 1). Die Beobachtung bezieht sich auf eine 72jährige Frau, die nicht rezidiv wurde. STOCK.

HUTINET (London): **Die Kontagiosität des Diabetes.**

Von Zeit zu Zeit werden Fälle von Koexistenz von Diabetes bei Eheleuten berichtet. BEBOVE lenkt 1889 ernstlich die Aufmerksamkeit auf den konjugalen Diabetes. HUTINET („British Medical Journal", Februar 1905) hat jüngst mehrere derartige Fälle beobachtet und im ganzen 161 Fälle von konjugalem Diabetes zusammengestellt. Auch andere Autoren, wie TESSIER, MARIE und TALAMON glauben an die Möglichkeit einer Ansteckung beim Diabetes. HUTINET nimmt an, daß das Kontagium, von welcher Art immer es sei, im Munde enthalten sei und durch den Speichel übertragen werde. Die derart übertragene Zuckerkrankheit unterscheidet sich einigermaßen von der gewöhnlichen Form derselben. Sie verläuft weniger schwer, ist leichter der Therapie zugänglich und sicherlich heilbar. Es fehlen die Symptome des Dursts und der Polyurie und die Glykosurie verschwindet zuweilen spontan, wenn der Patient sich von der Infektionsquelle entfernt. Wenn der kranke Teil des Ehepaares stirbt, so gesundet der infizierte. Natürlich sollten prophylaktische Maßregeln niemals außer acht gelassen werden. Die größte Sorge ist darauf zu richten, den Speichel unschädlich zu machen; jede Gingivitis eines Diabetikers ist sorgfältig zu behandeln. J. ST.

MITROFANOFF (Moskau): **Über die Behandlung mit Kolumnisation und Druck auf die Bauchwand.**

MITROFANOFF beschreibt die verschiedenen Methoden, deren sich die Gynäkologen behufs Kolumnisation (mit Karbolsäure getränkte Wattetampons, gepreßte Schwammzylinder, Einführung von Glyzerin in die Scheide mit nachfolgender Tamponade, Gazebänder etc.) bedienten („Wratschebnaja Gazetta", 1904, Nr. 36). Die Methoden und Materialien, die zum Zwecke der Behandlung mittelst Druckes auf die Bauchwände nebst Gegendruck von seiten der Scheide angewendet werden, sind gleichfalls verschieden (Auflegung eines Sackes mit Schrot auf das Abdomen, Einführung eines Luftpessars in die Scheide, Einführung eines mit Schrot gefüllten Condoms in die Scheide und Auflegung eines mit Schrot gefüllten Sackes auf das Abdomen, Einführung eines mit Quecksilber gefüllten Kolpeurynters in die Scheide, Auflegung eines mit Schrot gefüllten Sackes auf das Abdomen usw.). Der Einfluß des Sackes wird nach der Ansicht der Mehrzahl der Autoren erstens durch die Wirkung des Druckes als solchen auf die flüssigen Bestandteile der Entzündungsprodukte bedingt, wodurch die gesteigerte und beschleunigte Absorption derselben durch das Lymphsystem erklärt wird. Zweitens setzt der von seiten der Vagina ausgeübte Druck, indem er die Gebärmutter hochhebt und die breiten Mutterbänder mit den in denselben enthaltenen Gefäßen dehnt, die Blutfüllung der Beckenorgane herab. Drittens verringert der Druck von seiten der Vagina und der Bauchwand, indem durch denselben die Gefäße, vornehmlich die Venen, als nachgiebigere und dünnwandigere komprimiert werden, die venöse Stauung und fördert auf diese Weise die Absorption, indem die Blutzirkulation reguliert wird. Viertens werden durch den Druck von seiten der Scheide die kranken Organe mobilisiert. Fünftens wird von einigen Autoren die Vermutung ausgesprochen, daß bei der Anwendung von Druck durch die Vagina und die Bauchwand an den Angriffspunkten

Kolumnisation (auf ...
e Schwammzylinder, Einführung e
folgender Tamponade, Gaseklader s
ettia", 1904, Nr. 36). Die Metho
cke der Behandlung mittels Druc
gendruck von seiten der Scheide e
falls verschieden (Auflegung e
domen, Einführung eines Luftpess
nes mit Schrot gefüllten Condom
nes mit Schrot gefüllten Sackes a
mit Quecksilber gefüllten Kolpeurynter
s mit Schrot gefüllten Sackes auf d
s Sackes wird nach der Ansicht d
durch die Wirkung des Druckes d
ndteile der Entzündungsprodukte w
nd beschleunigte Absorption derselbe
wird. Zweitens setzt der von eine
indem er die Gebärmutter hochhe
mit den in denselben enthaltenen G
r Beckenorgane herab. Drittens ve
r Vagina und der Bauchwand, inde
ehmlich die Venen, als nachgiebiger
werden, die venöse Stauung a
sorption, indem die Blutzirkulation
durch den Druck von seiten d
bilisiert. Fünftens wird von einige
rochen, daß bei der Anwendung vo
Bauchwand an den Angriffspunkten

jektionsflüssigkeit gefüllt, mit der Sonde armiert in eine Nasenöffnung eingeführt und so weit vorgeschoben, daß das kugelige Ende den freien Rand des Gaumensegels überschreitet. Während der Patient ruhig atmet, wird der Kopf leicht nach rückwärts gebeugt und die Injektionsflüssigkeit entsprechend den Inspirationen tropfenweise entleert. So gelangt sie in die Trachea, ohne besondere Reizwirkungen, von vorübergehendem Husten abgesehen, zu entfalten. Die Reaktion ist gewöhnlich geringer, wenn der Patient sich selbst die Injektion macht. Bei sehr empfindlichem Kehlkopf empfiehlt sich der Zusatz einer kleinen Menge von Kokain. Die gebräuchliche Injektionsflüssigkeit hat folgende Zusammensetzung: Ol. amygd. dulc. 100·0, Gomenol, Menthol aa. 2·0, Kokain 0·1. Es werden täglich 2—3mal je 3 cm^3 injiziert. Die geschilderte Methode ist auch bei Kindern durchführbar. Bei chronischer und tuberkulöser Bronchitis werden schon nach den ersten Injektionen Abnahme des Hustens, Erleichterung der Expektoration, Abnahme des Auswurfs, Schwinden des Fiebers und Besserung des Allgemeinbefindens beobachtet.

— Eingehende Mitteilungen über die **operative Beeinflußbarkeit des Epileptikergehirns** veröffentlicht FRIEDRICH (Med. Ver. in Greifswald, 1905, 1. Juli). Er bezieht sich ausschließlich auf Fälle, deren Operation 4—6 Jahre zurückliegt und die dauernder, ärztlicher Kontrolle unterstanden haben. Im wesentlichen hat er sich des KOCHERschen Verfahrens, Trepanation im hinteren Umfang des Stirnhirnes mit gleichzeitiger Exzision der Dura mater ohne operatives Eingreifen im Hirn selbst, bedient und dabei in einer Reihe von Fällen eine dauernde, namhafte Beeinflussung im günstigen Sinne erzielt. Er legt auf die Auslese der Fälle das größte Gewicht, hebt besonders,

und vierten Mal. 16 Kranke litten an akutem Rheumatismus, 5 an subakutem. Anfangs wurden geringe Serumdosen (5—10 *ccm*), in der Folge jedoch je 50 *ccm* injiziert. In sämtlichen Fällen wurde nach der Seruminjektion eine deutliche Reaktion beobachtet, bestehend aus Temperatursteigerung, erhöhter Schmerzhaftigkeit und erheblicherer Schwellung der befallenen Gelenke. Je größer die Serumdosis, desto bedeutender die Reaktion. Mit jeder nachfolgenden Injektion wurde sie jedoch immer geringer. Sofort nach Abklingen der Reaktion begann auch der Abfall der Temperatur, welche mitunter kritisch, meist jedoch lytisch, im Laufe von mehreren Tagen bis zur Norm sank. Gleichzeitig mit dem Fieberabfall nahm auch die Schmerzhaftigkeit der Gelenke an Intensität ab, die Kranken empfanden Erleichterung.

— Aus klinischen Beobachtungen von GHEORGHIN („Med. Klin.", 1905, Nr. 36) über **Gonorrhöebehandlung** geht hervor, daß das Gonosan als ein ausgezeichnetes Präparat bezeichnet werden kann. Dasselbe ist eine grünlichbraune, balsamdicke Flüssigkeit, welche 20% Kawaharz und 80% feinstes ostindisches Sandelholzöl enthält, das seinerseits einen Mindestgehalt von 96% Santalol (der wirksame Terpenalkohol des Öls) aufweist. Es ist auf Gelatinekapseln von je 0·3 *g* Inhalt gefüllt, so daß jede Kapsel also 0·06 *g* Kawaharz und 0·24 *g* Sandelöl enthält. Die Einführung des Gonosans in die Gonorrhöetherapie wird als ein wertvoller Fortschritt bezeichnet. Verf. verfügt über eine große Anzahl von Gonorrhöefällen, die mit Gonosan teils im Krankenhause, teils in der Privatpraxis behandelt wurden.

— Über **Dauererfolge nach Ventrofixatio uteri** berichtet WEINDLER („Monatschr. f. Geb. u. Gyn.", Bd. 21, H. 6). Von 51 in

den Jahren 1896—1903 operierten Fällen kamen 32 zur Nachuntersuchung. In allen Fällen lag der Uterus anteflektiert; in 30 von 32 Fällen war völlige Beschwerdefreiheit erreicht. In keinem Falle bestand eine Hernie. Die Konzeptionsfähigkeit war nicht herabgesetzt, eher erhöht. Mehrere vorher vollkommen sterile Frauen konzipierten. Die 9 Geburten verliefen ohne besondere Störung; die von anderen Autoren beobachteten Geburtsstörungen (Querlage, Überdehnung der hinteren Wand) kamen nicht vor. Um diese guten Resultate zu erreichen, ist eine genaue Befolgung der von LEOPOLD gegebenen Vorschriften notwendig. Der Uterus wird mit 2 Seidenfäden fixiert, die unterhalb des Ansatzes der Ligamenta rotunda durch das Organ und durch die ganze Dicke der Bauchwand geführt werden. Versenkung unresorbierbaren Materials führt leicht zu Beschwerden oder zu Eiterungen; bei Verwendung von Catgut wird die Fixation nicht genügend fest. Wird zu hoch am Fundus fixiert, so können Geburtsstörungen entstehen. Die Methode kann als fast ungefährlich angesehen werden; unter im ganzen 124 in LEOPOLDS Klinik operierten Fällen kam kein Todesfall vor. Ein weiterer Vorzug der Operation ist ihre Universalität; keine andere Retroflexionsoperation paßt wie sie für alle Fälle.

— Zur **Vermeidung der Nierenreizung nach großen Salizylgaben** muß man nach FREY („Münch. med. Wochenschr.", 1905, Nr. 28) zunächst die Bedingungen ermitteln, unter welchen nach Salizyldarreichung die Nierenschädigung eintritt. Die Salizylwirkung an sich beruht auf einer örtlichen Reizung und auf resorptiven Wirkungen. Die lokale Reizwirkung kommt nur der freien Salizylsäure zu; es handelt sich dabei um eine örtliche Anätzung der betreffenden Partien. In den Nieren könnte sich einmal die resorptive Wirkung des Salizyls mit ihren Gefäßverlegungen und Blutextravasationen äußern, dann aber auch die lokale Reizwirkung der freien Säure, sofern durch sauer reagierenden Urin die Salizylsäure im Harn freigemacht wird. Dann müßte die Nierenreizung im alkalischen Urin fehlen; dagegen würde sie bestehen bleiben, wenn sie eine Folge der Giftwirkung des Salizyls an sich ist. Verf. hat nun diese Frage an Kaninchen, ferner am Hunde und schließlich auch am Menschen (Selbstversuch) geprüft, indem er durch geeignete Mittel dafür sorgte, daß der Urin sauer, neutral oder alkalisch wurde. Es zeigte sich in der Tat, daß die Reizung der Nieren, das Auftreten von Eiweiß und Zylindern nur im sauren Urin zustande kommt, während alkalischer Urin davon frei bleibt. Die Nierenreizung ist demnach eine lokale Reizwirkung der im sauren Harn freiwerdenden Salizylsäure. Um also die schädigende Wirkung der Salizylsäure auf die Niere zu verhindern, muß man durch Zufuhr von reichlichen Mengen Alkali den Urin des Patienten alkalisch machen. Die Wirkung des Salizyls auf die zu bekämpfenden Krankheitsprozesse wird nach Verf. durch die Darreichung des Alkali nicht beeinträchtigt. Man wird also entweder reichlich alkalische Wässer trinken lassen oder Natrium bicarbonicum geben. Gleichzeitig wird dadurch die unangenehme Wirkung des Natr. salicylic. und Aspirins auf den Magen vermieden.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. Bearbeitet von **Dr. Albert Hoffa**, Geh. Med.-Rat, a. o. Professor an der Universität Berlin. Fünfte Auflage. Mit 870 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart 1905, Ferd. Enke.

Wer die Entwicklung und Ausgestaltung der orthopädischen Chirurgie studieren will, braucht nur die einzelnen Auflagen dieses besten deutschen Werkes über diese Disziplin zu vergleichen. Es ist das standard work der Orthopädie, das, von Auflage zu Auflage an Bedeutung wachsend, die Gründlichkeit und Übersichtlichkeit der ersten Ausgabe bewahrend, dem Fachmanne wie dem praktischen Arzte unentbehrlich geworden ist. Auch die neue Auflage enthält alle nennenswerten Fortschritte der Disziplin, berücksichtigt alle ernsteren einschlägigen Arbeiten, die in den letzten 3 Jahren erschienen sind, und stößt Veraltetes unbedenklich ab, einen treuen Spiegel des gegenwärtigen hohen Standes orthopädischer Chirurgie darstellend. Die Umarbeitung einzelner Kapitel gereicht dem Werke in seiner neuen Ausgabe zum Vorteile, ebenso die Vermehrung der trefflichen Illustrationen und die zum Teil geänderte typographische Ausstattung, welch letztere die Orientierung wesentlich erleichtert. Der Autor hat im Verein mit seinem Schüler A. BLENCKE die Literatur der Orthopädie in einem Anhangbande vereinigt, der zweifelsohne von den Fachgenossen dankbar begrüßt werden wird. BUM.

Kompendium der Entwicklungsgeschichte des Menschen mit Berücksichtigung der Wirbeltiere. Von **L. Dr. Michaelis**, Assistent an der I. medizinischen Klinik der königlichen Charité in Berlin. Zweite Auflage. Mit 50 Figuren im Text und 2 Tafeln. Leipzig 1904, Georg Thieme.

Das in zweiter Auflage vorliegende Kompendium der Entwicklungsgeschichte bringt in kurzen, das Wichtigste prägnant schildernden Abschnitten ein nützliches, allen Spezialfächern gewiß gut dienendes Hilfsbuch. Ausgehend von der Keimung des Eies und der Entwicklung der einzelnen Keimblätter widmet dann der Autor den Entwicklungsphasen der Organe eine hinreichend genaue Besprechung. Die zahlreichen, guten Illustrationen sind eine wertvolle Beigabe des Buches. Dem denkenden Arzte drängen sich so oft entwicklungsgeschichtliche Fragen auf, deren rasche Beantwortung Bedürfnis ist, daß der Besitz eines guten kurzen Abrisses der Entwicklungsgeschichte eine wahre Notwendigkeit bedeutet. Dem Autor und dem Verlag gebührt volle, uneingeschränkte Anerkennung. Nrth.

De l'endométrite et de la métrite parenchymateuse infectieuse (étude clinique et thérapeutique) par le **Dr. E. Ozenne.** Paris 1905, Maloine.

Das vorliegende Werk bietet eine erschöpfende Darstellung der Lehre von der Endometritis und Metritis — vielleicht zu umständlich, detailliert und mit mannigfachen Wiederholungen für unseren deutschen Geschmack. Trotz dieser Ausführlichkeit, die sich auf die kleinsten Details bezieht, fehlt im diagnostischen Teile der auch heute noch nicht ganz wertlos gewordene Probetampon. Der therapeutische Abschnitt zeichnet sich dadurch aus, daß der Autor gegebenenfalls stets vor schädlichem und überflüssigem Eingreifen, auch vor unnötigen Untersuchungen warnt und neben der lokalen Therapie die entsprechenden Allgemeinmaßnahmen berücksichtigt. FISCHER.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

II.

Allgemeine Sitzungen.

DÜRCK (München): **Über Beri-Beri und intestinale Intoxikationskrankheiten im Malaiischen Archipel.**

Vortr., welcher im Auftrage der Deli-Maatschappij vom Oktober 1904 bis April 1905 zum pathologisch-anatomischen Studium der Beri-Beri und anderer Tropenkrankheiten in Sumatra (Ostküste) und in den föderierten Malaienstaaten der malaiischen Halbinsel weilte, berichtet über einige vorläufige Befunde, welche er an dem an Ort und Stelle gesammelten reichen anatomischen Material erheben konnte und welche wohl geeignet sind, unser Verständnis des Wesens dieser rätselhaften Krankheit zu erweitern und zu vertiefen.

Der Name Beri-Beri soll von dem hindostanischen Wort „Beri" = Schaf kommen und den schwankenden, trippelnden, schafähnlichen Gang der Kranken charakterisieren; in Japan heißt die dort längst bekannte und endemische Krankheit „Kakke". Nach Europa kam die erste Kunde des Leidens durch den holländischen Arzt BONTIUS, welcher um die Mitte des 17. Jahrhunderts in Batavia praktizierte.

n ärztlicher Vereine.

und Abteilungssitzungen
deutscher Naturforscher
Ärzte.

0. September 1905.

ng der Deutschen med. Presse".)

II.

e Sitzungen.

eri und intestinale Intoxikation
n Archipel.

rage der Deli-Maatschappij zu
pathologisch-anatomischen Studien
ikrankheiten in Sumatra (Ostküste
staaten der malaiischen Halbinsel
tige Befunde, welche er an dem
en anatomischen Material erhoben
sind, unser Verständnis des Wesens
weitern und zu vertiefen.
dem hindostanischen Wort „ber"
ankenden, trippelnden, schlaffe
ersieren; in Japan heißt sie der
Krankheit „Kakke". Nach Europa
rch den holländischen Arzt Bontius
hunderts in Batavia praktizierte

zwei Theorien diametral gegenüber, die Vergiftungstheorie und die Infektionstheorie. Von jeher hat man bestimmte, mit der Nahrung aufgenommene Gifte und unter dieser ganz besonders die Reisnahrung als die Ursache der Beri-Beri angeschuldigt. Später, zur Zeit der bakteriologischen Ära, war man natürlich eifrig bemüht, einen belebten Erreger der Beri-Beri aufzufinden und es fehlte auch nicht an sehr zahlreichen „Entdeckungen" von Bazillen, Kokken, Plasmodien und Hämatozoarien, welche mit mehr oder weniger Kritiklosigkeit als die Ursache der Krankheit angesprochen wurden. Aber von keinem einzigen der Befunde konnte wirklich der Nachweis eines kausalen Zusammenhanges erbracht werden, eine erfolgreiche Übertragung auf Tiere oder gar eine experimentelle Erzeugung von Beri-Beri durch bakterielle Impfung wurde niemals erreicht. Dagegen glückte es Eijkmann, bei Hühnern durch Fütterung mit gekochtem oder rohem, enthülstem Reis eine Lähmung der Extremitäten hervorzurufen, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit Beri-Beri hatte, während dieser Erfolg ausblieb, wenn er den Reis mit der Schale verabreichte; er sah daher in der Beri-Beri eine Vergiftung mit Amylazeen, welche durch Genuß der Hülsen, besonders des sogenannten „Silberhäutchens" hintangehalten werden sollte. Aber man hat gefunden, daß Beri-Beri auch in Gegenden vorkommt, in denen gar kein Reis genossen wird. Heutzutage ist namentlich Schüffner der Hauptvertreter der Infektionstheorie.

Vortr. hat seine pathologisch-anatomischen Untersuchungen über Beri-Beri hauptsächlich in Deli an der Ostküste von Sumatra und in Kuala-Lumpur in Selangor (Malaienstaaten) ausgeführt. Dieselben sind übrigens bei der Fülle des konservierten Materials noch bei weitem nicht abgeschlossen, haben aber schon eine Reihe interessanter Befunde ergeben. Früher herrschte in den bereisten Gebieten die Beri-Beri sehr stark, namentlich unter den chinesischen Kulis, die überall als geschätzte Plantagen- und Minenarbeiter Verwendung finden

oder pflanzlicher Mikroorganismus, sondern nur ein unbelebtes Gift sein kann, daß es sich also um eine sogenannte Autointoxikation handelt, Prozesse, bei denen erfahrungsgemäß auch sonst Schädigungen des peripheren Nervensystems gefunden werden.

Vortr. schloß seine Ausführungen mit den Worten: „Das letzte und höchste Ziel alles ärztlichen Handelns muß es immer bleiben, dem kranken Menschen Hilfe zu bringen, Schmerzen zu lindern, Leiden zu stillen, Gebrechen zu heilen. Ein schönes, weites Feld hat die freie Forschung auf naturwissenschaftlich-medizinischem Gebiete und ganz speziell die pathologische Anatomie. Das ‚Rerum cognoscere causas' ist ihre Devise. Aber der letzte ethische Zweck unserer Forschung ist auch hier, in den Dienst der Heilkunde zu treten."

Abteilung für Chirurgie.

v. Hacker (Graz): **Mehrjährige Magenfistelernährung bei völligem Narbenverschluß der Speiseröhre.** (Demonstration.)

Bei einer Frau wurde 1900 wegen hochgradiger Striktur nach Verätzung eine Magenfistel zur Ernährung und Durchführung der Sondierung ohne Ende angelegt. Später traten im Anschluß an eine Sondierung Erscheinungen einer Perforation mit Mediastinitis und Hautemphysem auf, welche eine Wiedereröffnung der Fistel und Eröffnung der Halsphlegmone nebst Mediastinotomie nötig machte. Die Passage des Ösophagus ließ sich auch später nicht wieder herstellen. Seit mehr als 4½ Jahren hat sich die Frau jetzt mittelst Sonde ernährt und das Körpergewicht ihrer früheren gesunden Tage wieder erreicht.

In der Diskussion erwähnt Wilms einen jetzt 15jährigen Knaben, der sich seit 7½ Jahren durch eine Magenfistel ernährt.





Hertle (Graz): **Über stumpfe Bauchverletzungen.**

Vortr. berichtet über einen Fall von querer Abreißung des Jejunum, wobei die tetanisch kontrahierten Darmlumina keinen Inhalt austreten ließen; in einem zweiten Fall wurde ein Riß in der Milz genäht. Tampon blieb 5 Tage liegen. Der dritte Fall (retroperitoneale Verletzung des Duodenums) endete letal (Phlegmone). Bei der Laparotomie war ein Hämatom im Dünndarmmesenterium aufgefallen, die eigentliche Ursache jedoch nicht erkannt worden. Vortr. bespricht das Symptomenbild der stumpfen Bauchverletzungen. Der Puls ist nicht immer zuverlässig, auch nach Abklingen des Shocks nicht. Lokalisierter heftiger Schmerz ist sehr wichtig. Manchmal gelingt die Lokalisation der Verletzung dadurch, daß die reflektorische Anspannung der Bauchdecken der verletzten Stelle des Peritoneums entsprechend am stärksten ist.

In der Diskussion wird über Schußverletzungen des gefüllten Magens ohne Austritt von Mageninhalt berichtet. Clairmont berichtet über einen Fall, in welchem ein äußeres Trauma zur Ruptur des Darms an eine Stelle führte, wo infolge von Appendizitis eine relative Stenose ausgebildet war.

Brenner (Linz): *a)* **Erfahrungen über die operative Behandlung des Ulcus callosum.**

In 3 Fällen, in welchen Vortr. die Gastroenterostomie wegen Ulcus callosum ausgeführt hatte, konnte er sich gelegentlich späterer Nachoperationen (z. B. Hernie) davon überzeugen, daß sich das Infiltrat vollständig zurückgebildet hatte; ein handtellergroßes Geschwür war in $^3/_4$ Jahren ausgeheilt unter Bildung einer derben Narbe. Diese Befunde erheben die Gastroenterostomie über die Bedeutung einer Verlegenheitsoperation hinaus. Bei sicherem Ulcus callosum (nicht eingerechnet Fälle mit Pylorusstenose und Pylorospasmus) machte Vortr. 30mal die Gastroenterostomie und hatte 26 Heilungen. Diese Operation sollte also in erster Linie als Operation der Wahl in Betracht kommen; in zweiter Linie kommt die Resektion in Frage.

Schloffer verfügt über 41 Gastroenterostomien wegen Ulcus ventr., sämtlich geheilt ohne ernstere Störung; von drei Resezierten machten zwei kurze Zeit nach der Operation einen schweren Herzkollaps durch.

Steinthal verlor einen Gastroenterostomiefall 8 Tage nach der Operation an Magenblutung, deren Quelle nicht auffindbar war. Bei kleinem, technisch leicht entfernbarem Ulkus möchte Steinthal daher für die Resektion stimmen.

Payr verlor einen Resektionsfall am 12. Tage nach der Operation an Herzkollaps; eine andere Patientin blutete $2^1/_4$ Monate nach einer Ulkusexzision aus einem neuen, tief ins Pankreas fressenden Geschwür, das bei der ersten Operation sicher noch nicht vorhanden war.

v. Eiselsberg hat ebenfalls erfahren, daß auch die gefährlichere Resektion nicht vor wiederholter Blutung und nicht vor Perforation schützt und bezeichnet daher die Gastroenterostomia retrocolica (Hacker) als Operation der Wahl.

Hofmeister fragt, wie man ein Karzinom ausschließen wolle, wenn man ein „Ulcus callosum" antrifft. Da Täuschungen möglich sind, bevorzugt er die Resektion, falls dieselbe keine zu große Gefahr für den Kranken bedeutet.

b) **Über die Radikaloperation der Leistenhernien.**

Bei der Bevölkerung um Linz sind die Hernien ungemein häufig; erbliche Belastung ist oft anzutreffen. Von 1892 bis Ende 1903 operierte Vortr. 1088 Männer, 108 Frauen an Leistenhernie, meist doppelseitig; also etwa 2000 Operationen. Immer wandte er die von ihm abgeänderte Bassinische Methode an. Er näht nicht den M. obliqu. int. an das Leistenband herunter, sondern deckt den dreieckigen Defekt oberhalb des Bandes durch Kremasterfasern, die vom Leistenband aus entspringen und auch beim Weib anzutreffen sind. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug $17^1/_2$ Tage. Häufig fand Vortr. den erhaltenen Processus vaginalis peritonei durch sehnig ins Lumen vorspringende Ringe in der Höhe des Bruchsackhalses und über dem Bruchsackpol verengt, was für das Zustandekommen von Einklemmungen sehr wichtig ist. Auch hier bei der seltenen direkten Hernie hat Verfasser an der Durchtrittsstelle durch die Fascia transversa einen solchen sehnig einschnürenden Ring vorgefunden. Störungen in der Rückbildung des Proc. vag., im Deszensus und Wachstum des Testikels waren rechts viel häufiger als linkerseits. Dauerheilungen nach Radikaloperation berechnet Verfasser 92%.

Preindlsberger hat die Brennersche Methode in einer großen Anzahl ihm geeignet erscheinender Fälle mit Vorteil angewandt.

v. Eiselsberg verwendet den Kremaster als „Plombe" zur Sicherheit, nachdem er die Bassinische Operation in typischer Weise ausgeführt hat.

Fink (Karlsbad): **Bericht über 385 mit der Kur in Karlsbad behandelte Gallensteinkranke.**

Vortr. macht namentlich darauf aufmerksam, daß bei den die Kur Beginnenden nur in $^1/_7$ der Fälle das Leiden auf die Gallenblase beschränkt war; meist waren Veränderungen an der Leber (Volumenzunahme, daneben häufig Druckschmerz) festzustellen; was die Entlassungsbefunde bei 270 Kranken betrifft, so erwies sich die Gallenblase in $^6/_7$ der Fälle normal, der Druckschmerz verlor sich stets; $^4/_5$ der vergrößerten Lebern schwollen ganz ab. Bei 16 Kranken wurde ein Erfolg nicht erzielt; nur einer starb an interkurrenter Pneumonie. Da es in 87% der Fälle gelang, das Leiden in das Stadium der Latenz überzuführen, will Vortr. die Indikation zum operativen Eingriff beschränken auf die Fälle mit Fortdauer der Beschwerden, Hinzutreten einer akuten Infektion der Gallenblase (Empyem), chronisch andauerndem Choledochusverschluß.

Guleke (Berlin): **Über die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen.**

Guleke exstirpierte 7 Hunden das Pankreas und führte es andern Hunden in die Bauchhöhle ein; die letzteren gingen alle in 18 bis 20 Stunden zugrunde. Daran konnten nun die Zerfallsprodukte des Pankreas oder aber der normale Pankreassaft schuld sein. Da eine Giftwirkung des Trypsins schon lange als wahrscheinlich galt, immunisierte Guleke (gemeinsam mit v. Bergmann) Tiere gegen Trypsin, worauf sie die Einführung des Pankreas anderer Tiere überstanden. Die Trypsinvergiftung ist daher auch bei tödlichen Pankreaserkrankungen des Menschen als Todesursache mit in Betracht zu ziehen.

Küttner erhielt eine 60jährige, unter Ileuserscheinungen erkrankte Patientin am Leben, indem er das bei der Laparotomie angetroffene, der Fettgewebsnekrose verfallene Pankreas drainierte, so daß die Zerfallsprodukte nach außen geleitet wurden.

Kuhn (Kassel): **Die Behandlung der Peritonitis.**

Hat man bei eitriger Peritonitis breit eröffnet, die Bauchhöhle ausgewaschen, Tampons eingelegt, Kochsalzinfusionen gemacht, so bleibt noch die wichtige Aufgabe, für Abfluß der Sekretionsprodukte zu sorgen. Um dies zu ermöglichen sowie um überhaupt Schwerkranke schonend in Seiten- oder Bauchlage drehen zu können, konstruierte Vortr. ein Wende- oder Sturzbett, in welchem der Kranke zwischen zwei rechteckige, mit Gurten bespannte Tragrahmen eingehängt werden kann.

Goldner (Wien): **Betriebsunfall und Leistenbruch.**

Vortr. ist der Überzeugung, daß echter traumatischer Leistenbruch zu den größten Seltenheiten gehört. Das Leiden ist meist kongenital angelegt und kommt dem Träger dann gelegentlich einer Anstrengung zum Bewußtsein oder es liegt eine erworbene Anlage vor (Atrophie der Weichteile bei alten Leuten). Goldner fand in der Literatur nur 3 Fälle, bei denen tatsächlich eine traumatische Läsion der Pfeiler mit Bluterguß vorlag. Er selbst fand unter 88 angeblich traumatisch entstandenen Hernien bei der Operation 66mal ein zweifellos kongenitales Leiden vor, während sich in keinem Fall ein Anhaltspunkt für traumatische Entstehung vorfand. Diese anatomischen Ergebnisse müssen die praktische Begutachtung beeinflussen. Man soll unter traumatischem Leistenbruch nur den mit einer Verletzung der Bauchwand komplizierten Bruch verstehen. Die von Kaufmann angegebenen Kennzeichen der traumatischen Hernie kann Vortr. nicht anerkennen.

Riedinger (Würzburg) weist darauf hin, daß auf dem Lütticher Kongreß die Frage der traumatischen Entstehung erörtert wurde und daß man sich vorwiegend ablehnend verhielt.

Notizen.

Wien, 7. Oktober 1905.

Die 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Orig.-Korrespondenz der „Wiener Med. Presse".)

III.

Die Festwoche ist verrauscht, die Versammlung geschlossen. Sie war durchaus gelungen, reich an wissenschaftlicher Anregung, reich auch an Gelegenheit zu Zerstreuung und Erholung. Der üppige Rahmen, den die Natur ihr geschaffen, die Präzision, mit welcher der vielgliederige Organismus der Geschäftsführung und der einzelnen Ausschüsse fungierte, haben die Versammlung zu einem frohen und denkwürdigen Erlebnisse jedes Teilnehmers gestaltet. Dem Chronisten obliegt die Pflicht, in großen Zügen die Äußerlichkeiten der letzten Tage dieses Kongresses zu schildern, bezüglich der wissenschaftlichen Ausbeute auf die eingehende Berichterstattung verweisend, die in diesen Blättern schon in der Vorwoche begonnen hat.



Gastroenterostomie im gegebenen Falle ein. — Der zweite Kongreß wird unter dem Präsidium CZERNYs abermals in Brüssel tagen und vorwiegend der Karzinomfrage gewidmet sein.

(Universitätsnachrichten.) Hofrat Prof. Dr. ADAM POLITZER, der Altmeister der Otiatrie an der Wiener Universität, hat am 1. d. M. seinen 70. Geburtstag gefeiert. — Prof. Dr. ESCHERICH ist zum auswärtigen Mitgliede der Akademie der Medizin in Rom gewählt worden. — Der Gynäkologe Prof. Dr. LANGE ist als Direktor an die Hebammenlehranstalt in Posen berufen worden.

(Auszeichnung.) Prof. Dr. OSKAR VULPIUS hat für seine Arbeiten auf dem Gebiete der Lähmungstherapie, insbesondere für sein Buch „Die Sehnenüberpflanzung und ihre Verwertung in der Behandlung der Lähmungen" den internationalen italienischen Preis König Humberts I. von 2500 Liren für die beste Erfindung auf dem Gebiete der orthopädischen Chirurgie während der letzten 5 Jahre erhalten. — Der Preis ist jetzt zum ersten Male zur Verteilung gelangt.

(Habilitationen.) Dr. ALFRED GREIL hat sich für Anatomie an der Universität in Innsbruck, Dr. OTTOMAR VÖLKER für das gleiche Fach an der medizinischen Fakultät der tschechischen Universität in Prag, Dr. FRANZ SAMBERGER für Dermatologie und Syphilidologie und Dr. JOSEF PELNAR für Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten an der nämlichen Universität habilitiert.

(Internationaler Tuberkulosekongreß.) An den Verhandlungen dieses Kongresses haben 33 Staaten durch ihre Delegierten teilgenommen. Österreich war durch Hofrat V. SCHRÖTTER und Prof. STERNBERG vertreten. Die Verhandlungen des Kongresses, der am 2. d. M. begonnen hat, finden in vier Sektionen statt, und zwar: Medizinische Pathologie, chirurgische Pathologie, Prophylaxe und Schutz des Kindes, Prophylaxe der Erwachsenen.

(Statistik.) Vom 24. bis inklusive 30. September 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7105 Personen behandelt. Hiervon wurden 1495 entlassen, 160 sind gestorben (9·6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 79, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 14, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 15, Scharlach 67, Masern 21, Keuchhusten 89, Rotlauf 29, Wochenbettfieber 1, Röteln 2, Mumps 2, Influenza 1, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 599 Personen gestorben (— 30 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: in Wien der Chefarzt der Aspang-Bahn Dr. J. J. MATHE, 53 Jahre alt; in Prag der praktische Arzt Dr. JAKOB WELEMINSKY, im 72. Lebensjahre; in Olmütz der emeritierte Direktor und Primararzt der internen Abteilung des dortigen Landesspitales Dr. MÜCK; in Brixen der Regimentsarzt Dr. KARL MEYERWEG; in Meran der Zahnarzt Dr. RABNER; in Krakau der Direktor der dortigen internen Klinik Hofrat Prof. Dr. EDUARD KORCZYNSKI; in Halle a. d. S. der Privatdozent für Ohrenheilkunde Prof. Dr. KARL GRUNERT, im Alter von 38 Jahren.

Die „**Idealbinde**", von der Kaiserslauterer Verbandstofffabrik Emil Bender hergestellt, verdient ihrer vorzüglichen Eigenschaften wegen die vollste Beachtung. Ihre Hauptvorzüge sind die große Elastizität und Festigkeit. Sie besteht aus reiner Baumwolle oder mit Wolle und läßt eine Dehnung bis zu zirka 80% zu, sie ist sehr stark und dennoch leicht gewebt, zwar ohne Kante, aber dennoch nicht leicht ausfasernd. Dieselbe gestattet ein außerordentlich leichtes Anlegen, indem sie sich infolge ihrer Elastizität den Körperformen, bzw. den mit Verbandstoffen bedeckten Körperteilen, ohne zu schnüren, leicht anschmiegt. Ein weiterer Vorteil besteht darin, daß beim Gebrauch derselben an konischen Körperteilen das lästige Umschlagen (Renversé) wegfällt. Beim Anlegen von Gips- und Schienenverbänden hat die Idealbinde den Vorzug, daß sie stets gleichmäßig breit bleibt. Auch bei Krampfadern bewährt sich die Idealbinde. Sie wirkt auch vorzüglich lindernd und heilend bei Rheumatismus durch die Porosität ihres Gewebes, weil damit eine gleichmäßige Wärme erzeugt und Erkältungen vorgebeugt wird. Die Reinigung geschieht mit Seife und gut warmem Wasser, sie erleidet in der Wäsche keinen Schaden. Die Ideal-Krankenbinden werden in Wolle und Baumwolle bis zirka 25 m Länge angefertigt und stets in 5 m gedehnter Länge und 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 16 und 20 cm Breite in crème und gebleicht in allen Sanitätsgeschäften, Apotheken und Drogerien auf Lager gehalten.

Prof. Dr. H. Obersteiner, Wien, schreibt in seiner Arbeit: „Die Ernährung der Nerven", erschienen im Aprilheft 1905 der „Deutschen Revue", herausgegeben von Richard Fleischer (Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart), über **Lezithin-Perdynamin** wie folgt:

„Speziell für das kranke Nervensystem hat man den Phosphor in jener Form empfohlen, in der er auch im Körper vorkommt, d. h. in einer organischen Verbindung, die man Lezithin nennt. Man hat entweder das reine Lezithin gegeben oder in Verbindung mit anderen Substanzen, z. B. mit dem wohlschmeckenden Perdynamin (Lezithin-Perdynamin), und hat gefunden, daß geistig überarbeitete, erschöpfte, anämische Personen nach längerem Gebrauche dieses Mittels sich wesentlich wohler fühlten. Dabei darf aber nicht außer acht gelassen werden, daß unter dieser Behandlung Appetit und Blutbeschaffenheit und damit der allgemeine Ernährungszustand sich zuerst besserten. Es ist demnach am wahrscheinlichsten, daß dieser Umstand es ist, der auch die nervösen Störungen zum Schwinden brachte, ohne daß wir es notwendig haben, eine spezifische Einwirkung des Lezithins auf die Nerven anzunehmen."

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Hoffa A. und **Blencke A.,** Die orthopädische Literatur. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 14·—.

Bardenheuer B. und **Graessner R.,** Die Technik der Extensionsverbände, 2. vollst. umgearb. Auflage. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 3·—.

Ebstein u. **Schreiber,** Jahresbericht über die Fortschritte der inneren Medizin im In- und Auslande. Bericht über das Jahr 1901. 5. Heft. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 4·—.

G. Vorberg, Kurpfuscher. Leipzig und Wien 1905, F. Deuticke. — K 3·—.

Fürst L., Die intestinale Tuberkuloseinfektion. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 10·—.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **„Apenta**, Aktiengesellschaft in **Budapest-Kelenföld"** über **„Apenta", ein Bitterwasser** (Sonderabdruck aus Zentralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten, 1905, Nr. 14); **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Isopral"** und des **Sanatoriums Al Hayat** in der Wüste bei Helouan (Ägypten). Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 15. Oktober 1905. Nr. 42.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Redigiert von
Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

INHALT:

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über kombinierte Behandlung des Lupus.

Von **Dr. med. H. Strebel,** München.*)

Die modernste Behandlung des Lupus ist die Lichttherapie. Mit ihr konkurrieren noch andere Strahlungstherapien: die Behandlung mit Röntgenstrahlen, Radiumstrahlen und die von mir ins Leben gerufene Therapie mittelst Kathodenstrahlen sowie die ebenfalls von mir stammende Behandlung mittelst Wärmestrahlen des Lichtes. Die Lichtenthusiasten halten es direkt für ein Verbrechen, wenn der Lupus vulgaris anders als mit Licht behandelt wird, manche blicken schon mit scheelen Augen auf die anderen Strahlungstherapien herab und nur mit Unbehagen gesteht man diesen ihre Berechtigung zu, aber nur dann, wenn die Lichttherapie nicht weiter kommt, was allerdings von vornherein nicht gerade zuungunsten jener spricht. Auf der anderen Seite stehen Chirurgen — gottlob sind nicht alle so einseitig —, welche aus allen möglichen Motiven sich ablehnend gegen die Behandlung des Lupus mit Licht verhalten. Ich habe vor kurzer Zeit erlebt, daß ein Chirurg einen Lupus, der die rechte Wange, linke Wange, Nacken und Hals bis weit in die Brust herab bedeckte, zum operativen Eingriff bestimmte. Dies heißt man doch wahrhaftig die Reaktion gegen eine neue Methode, die sich noch dazu glänzend bewiesen hat, auf die Spitze treiben. Kein Mensch wird es einem Chirurgen verübeln, wenn er einen kleinen umschriebenen Lupusherd auf operativem Wege entfernt, weil dies die rascheste Methode ist, den Lupus zu beseitigen. Dabei ist aber vorausgesetzt, daß er weit genug im Gesunden arbeitet, weil sonst rasch Rezidiv auftritt, und daß er dem kosmetischen Bedürfnis gerecht werden kann. Kann er letzteres nicht, so soll er die Hand davon lassen. Ich habe folgenden Fall verzeichnet: Lupus der Nase, vor einem Jahre operiert, wobei die ganze linke Nasenhälfte entfernt und eine Lappenlegung von der Stirne her vorgenommen werden mußte, um den schweren Defekt zu decken. Als der Patient zu mir kam, war Rezidiv eingetreten und nicht nur ein weiterer Teil der Nase zerstört, sondern auch der Lappen. Wenn vor Jahr und Tag, wo doch die Lichttherapie längst in Blüte stand und dem Operateur bekannt war, daß ihm, abgesehen von Privatinstituten, ein staatliches Institut mit Original-Finseneinrichtung, wenn schon einmal Wert darauf gelegt wird, zu seiner Verfügung stand, wenn, sage ich, der betreffende Chirurg diesen Fall der Licht- und sonstigen Bestrahlung zugewiesen hätte, wäre die eben besprochene klägliche Pfuscharbeit sicherlich vermieden worden. Solcher Fälle gibt es mehr und man muß sagen, daß es direkt als ein Unrecht zu betrachten ist, wenn man heutzutage den Lupus nicht einer schonenden Lichtbehandlung zuweist, bevor man das Messer in Anwendung bringt, dem ja immer noch Fälle genug reserviert bleiben, da ja leider auch die Strahlentherapie nicht das allein seligmachende Universalheilmittel ist, zu dem es eine Anzahl von Interessenten machen möchte. Mein heutiger Vortrag hat hauptsächlich den Zweck, die allzu übertriebene Beurteilung, die man von mancher Seite der Lichttherapie zuteil werden läßt, auf das richtige Maß zurückzuführen und den sonst unvermeidlichen Rückschlag in der Beurteilung auszuschließen, welcher nur zum Schaden der jungen Methode ausfallen müßte.

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für Dermatologie der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

Die Erfahrung hat in allen Dingen das letzte Wort zu sprechen, und da ich die Ära der Licht- und Strahlentherapie von Anfang mitgemacht und selbst in ausgedehntem Maße an dem Aufbau derselben mitgeholfen habe, so halte ich mich berechtigt, in der Öffentlichkeit ein Wort mitreden zu dürfen.

Wenn man eine Anzahl von Lupusfällen mittelst Lichttherapie behandelt hat, wird man bemerken, daß in einzelnen Fällen das Licht geradezu ausgezeichnete Resultate hervorbringt, in anderen wieder nicht, ja, daß es geradezu manchmal versagt. Ich habe beispielsweise Fälle in die Hand bekommen, bei denen ein durchaus nicht ausgedehnter Lupus der Nase mit zerstreuten Flecken im Gesicht vorlag, die in einem anderen Institute vorher mit bis 70 Sitzungen und mehr unter Anwendung eines Original-Finsenapparates bei 60—70 Ampère Stromstärke behandelt worden waren. Von einer Heilung aber war trotzdem bei Übergang in meine Behandlung keine Rede. Derartig negative Resultate bei absolut nicht schweren Fällen müssen den Kritiker stutzig machen und natürlich die Patienten auch, die meist von der Weiterbehandlung mit Licht nichts mehr wissen wollten und die ich dann mit anderen Mitteln zur Heilung brachte, welche mir glücklicherweise zur Verfügung stehen.

Wodurch wird nun dieses negative Resultat der Lichtbehandlung hervorgerufen? Nach meiner Anschauung und Erfahrung entweder durch die besondere Art des Lupus oder durch Verwendung ungenügender Stromstärken, ferner durch Verwendung qualitativ ungenügender Lichtarten und schließlich durch ungenügendes technisches Vorgehen.

Wenn man die vom Finseninstitut ausgehenden Statistiken durchsieht, z. B. die Arbeit von Forchhammer: „Die Finsentherapie und ihr gegenwärtiger Stand in der Dermatologie. VII. Kongreß d. D. D. G. Breslau 1901", so findet man Seite 10 folgendes:

„Übersicht über die in Finsens Lichtinstitut behandelten Fälle von Lupus vulgaris.

Bis 31. Dezember 1900 waren im ganzen 640 Fälle behandelt worden. Am 1. Mai d. J. war der Status folgender:

I. Die Hauptbehandlung beendigt bei 456 — 71%. Von diesen hat sich bei 130 während 1—5 Jahren kein Krankheitssymptom gezeigt; für die übrigen ist die Observationszeit kürzer.

II. Unter Behandlung 117 — 18%. *a)* in Besserung mit Aussicht auf guten Erfolg 42, *b)* hartnäckige Fälle, wo die Behandlung sehr langwierig und die Aussichten minder gut sind, 53, *c)* Rezidive wieder in Behandlung 22.

III. Unterbrochene Behandlung ohne vollendete Kur 67 — 11%. *a)* bei durchaus schlechtem Erfolg 11, *b)* um anderswo Lichtbehandlung fortzusetzen 6, *c)* gestorben oder an schweren Krankheiten leidend 36, *d)* äußere Umstände 14.

Wenn von Gruppe III *b, c, d* abgesehen wird, wird die Zahl 584. Gruppe I mit Gruppe II *a* zusammengelegt, gibt 498 — 85%, welche unbedingt günstig durch das Licht beeinflußt worden sind.

Unter den restierenden 15% sind eine Anzahl besonders schwerer Fälle; worin die Schwierigkeit besteht, geht am besten hervor, wenn man die Fälle nach der Ausdehnung teilt. Eine solche Teilung beruht immerhin auf Schätzung. Als solche „große" stehen hier angeführt die, welche größer sind als ein Kartenblatt (zirka 50 cm^2)." Soweit der Bericht.

Abgesehen davon, daß gegen diese Aufstellung der Statistik manches einzuwenden wäre — denn mit Aussichten einer Behandlung kann doch wohl nicht ziffermäßig gerechnet werden —, bezeichnet Forchhammer als schwere Fälle solche, die größer als 50 cm^2 sind. Dies ist meines Erachtens nicht richtig. Viel eher dürfte man die Ausdehnung in die Tiefe als die Behandlung erschwerenden Faktor bezeichnen. Eine Zugrundelegung der Dauer der Krankheit für die Beurteilung der Schwere halte ich ebenfalls nicht für angängig, denn es kann oft ein Lupus mit sehr kleiner Ausdehnung bestehen, der mehr als 10 Jahre konstant geblieben war. Im allgemeinen wird natürlich mit der Dauer des Lupus die durch ihn gesetzte Zerstörung sowie seine Ausdehnung zunehmen, die Ausdehnung aber allein erscheint mir nicht prägnant für die Schwere des Falles. Als Grund des hartnäckigen Verhaltens mancher Lupusfälle gegen Licht werden von Forchhammer Gewebsveränderungen angegeben, welche sich im Laufe der Behandlung eingestellt haben oder später aufgetreten sind: die Ausbildung von fibrösem Narbengewebe, intensive tiefbraune Pigmentierung, bedeutende sekundäre Infiltration.

An die 3—4 Monate dauernde Hauptbehandlung schließt sich nach Finsen eine oder mehrere Nachbehandlungen an, welche wegen des Wiederauftretens von Rezidiven notwendig werden. „Auch nach diesen Nachbehandlungen muß die Observation fortgesetzt werden. Wie lange die Observation fortdauern soll, kann nicht genau festgesetzt werden, man muß überhaupt von definitiver Heilung mit Vorsicht sprechen. Indessen ist die Grenze zwischen den eigentlichen Rezidiven und den nicht selten vorkommenden Fällen, die während der Observationszeit zu wiederholten Malen als um sich greifende Überreste der Krankheit behandelt werden müssen, unsicher, und es sind schon Fälle vorgekommen, wo wir zuletzt den Kampf gegen die nach jeder Observationszeit wieder um sich greifende Krankheit aufgeben mußten." Dies sind Zugeständnisse, welche den ausschließlichen Lichttherapeuten in tiefster Seele alterieren müssen, und hier liegt auch der Angriffspunkt für die Gegner unserer Richtung. Man hat im Finseninstitut dies auch eingesehen, und trotzdem man sich anfänglich gegen Röntgenstrahlen etc. ablehnend verhielt, hat diese Methode heute ebenfalls ein Heim dortselbst gefunden, was nur zum Vorteil der Lupusbehandlung sein kann.

Ich vermisse in den meisten Veröffentlichungen über Licht- und sonstige Strahlenbehandlung eine Angabe darüber, welche Form von Lupus im gegebenen Fall behandelt wurde. Der Lupus tumidus verlangt eine ganz andere Behandlung als der disseminierte oder in Flächen auftretende; der ulzerierende Lupus muß anders behandelt werden als der papillomatöse oder als Lupus pernio. Die eine Lupusart reagiert sehr gut auf Licht, die andere wieder schlecht oder gar nicht. Auf Spezielles komme ich später zurück.

Ein weiteres Moment des ungenügenden Effektes einer Lichtbehandlung ist die Verwendung zu geringer Stromstärken. Finsen hat stets und mit Recht betont, daß man den Lupus mit den größtmöglichen Stromstärken behandeln müsse. Man wird allerdings auch durch Lampen mit geringer Stromstärke gute Beeinflussungen und Besserungen des Lupus erzielen, Heilungen wird man aber nur selten beobachten können. Ich bin fest überzeugt, daß so manches der Institute, welche sich mit Lampen von 20 Ampère begnügen, keine glänzenden Resultate bezüglich definitiver Heilungen aufzuweisen hat. Finsen, der mit mir in Korrespondenz stand, hat diesen Gesichtspunkt mir gegenüber stets hervorgehoben und auch in seinen Veröffentlichungen immer betont. In einem seiner letzten Briefe schrieb er mir, daß er Lampen von 120 Ampères in Betrieb setzen wolle. Allerdings kam Finsen von einer besonderen Seite her zur Forderung so großer Stromstärken. Er bekannte sich nämlich zu dem Standpunkt, daß das Licht den Lupus deswegen heile, weil es die im Lupusherd befindlichen Tuberkelbazillen abtöte. Nun wußte Finsen aber auch, daß die chemisch wertvolle Strahlung schon in den dünnsten obersten Hautschichten ausgiebig absorbiert wird und daß man nur mit allergrößten Stromstärken und langer Bestrahlung imstande ist, lediglich eine Wachstumshemmung von Bakterien durch lebendes Gewebe hindurch (Kaninchenohr) zu erreichen. Ich und andere Autoren stehen aber auf dem Standpunkt, daß bei der Lupusheilung nicht die primäre bakterientötende Kraft des Lichtes in Frage kommt, sondern nur die Erzeugung einer neuen stärkeren

Entzündung in einer trägen, alten, bereits vorhandenen mit ihren günstigen Folgen für die Abheilung letzterer, wobei natürlich auch vorhandene Bakterien abgetötet werden. Aber auch von diesem Standpunkt aus muß man zur Erreichung bester Resultate die Forderung größter Stromstärken stellen.

Auch die Qualität des Lichtes kommt bei der Lupusheilung in Frage. Das elektrische Glühlicht ist vollständig ausgeschlossen. Was außer dem gewöhnlichen Kohlenbogenlicht der Finsenlampe und anderer ähnlicher Konstruktionen noch in Frage kommt, ist das von Bang und mir zuerst veröffentlichte Eisenlicht, ferner das vorher schon von mir in die Therapie eingeführte Induktionsfunkenlicht, eventuell die Verwendung von Substanzen als Elektroden im Kohlenbogenlicht, welche viel Ultraviolett ausschicken: Eisen, Zink, Kadmium, Aluminum.

Finsen kam nie zur richtigen Wertschätzung des Eisenlichtes, welches tatsächlich bei ulzerösen Lupusprozessen Ausgezeichnetes zu leisten imstande ist, allerdings auch wieder nur in genügender Stromstärke und als konzentriertes Eisenlicht. Für tiefere Lupusprozesse aber eignet sich das Eisenlicht absolut nicht, weil es hauptsächlich Ultraviolett liefert, das schon in den obersten Epidermisschichten total absorbiert wird. Schließlich kommt bei schlechten Resultaten der Lichtbehandlung auch eine nachlässige Handhabung des technischen Vorgehens in Frage, indem Institute mit ungenügendem Personal bei der Methode nach Finsen arbeiten und zu wenig Wert darauf legen, daß das vom Konzentrator gelieferte Licht richtig auf das Kompressorium fällt. Wie oft habe ich von Patienten, die später in meine Behandlung traten, klagen hören, daß sie in dieser Beziehung schlecht bedient wurden und daß sie vielfach Brandwunden zu verzeichnen hatten statt Lichtreaktionen. Außerdem müssen die Linsensysteme von Zeit zu Zeit gereinigt werden, weil sich Wasserschlamm auf denselben niederschlägt, der das Licht sehr stark absorbiert. Das gleiche gilt auch für die Kühlkompressorien. Wird dieses versäumt, so wird man von einer sonst guten Lampe zur eigenen Verwunderung auf einmal schlechte Resultate erhalten. Institute ferner, welchen nur Wechselstrom zur Verfügung steht, sind auch schlimmer daran als solche mit Gleichstrom, weil die Lichtausbeute bei letzterer Stromart eine größere ist.

Wenn nun aber auch die vorgenannten Fehlerquellen ausgeschaltet sind, so wird man doch bei Verwendung bester Lampen und größter Stromstärken in vielen Lupusfällen negative Resultate erhalten, weil eben die Art des Lupus für die Lichtbehandlung schlecht oder gar nicht paßt. Dazu gehört vor allem Lupus tumidus und diejenigen flächenhaften Lupusformen, welche tiefbraune Knotenherde in sich enthalten. Auch jene Formen von Lupus, wo bereits große Strecken in Narbengewebe verwandelt sind und wo sich unterhalb der Narben neue Knoten bilden, wird man schwer mit Licht ernstlich beeinflussen können. Das gleiche gilt für Lupus verrucosus, dagegen werden wir mit Licht beim disseminierten und serpiginösen sowie ulzerösen Lupus gute Resultate bekommen können. Um also mit der Strahlenbehandlung des Lupus nicht Fiasko zu machen, ist man genötigt, zu anderen Strahlengattungen zu greifen, die uns ja heute in reichlichem Maße zu Gebote stehen. Außer dem von Finsen ausschließlich kultivierten Kohlenbogenlicht kommt von spezifischen Quellen in Frage das Eisenlicht, wie es von Bang und mir zuerst verwendet wurde. Heute existieren einige Lampentypen für Eisenlicht, die diffuses oder konzentriertes Eisenlicht abgeben. Die Lampe von Bang ist in Deutschland wenig verbreitet. Am meisten — und dies mit Recht — ist verbreitet die Dermo-Lampe der Sanitas-Gesellschaft, welche auch bei der Lupusbehandlung in besonderen Fällen in Verwendung gezogen werden kann, wie dies auch für die von mir angegebene Eisenlichtlampe gilt. Ich halte aber auch aus bestimmten Gründen derartige Lampen nicht für das Bestgeeignetste zur Lupusbehandlung, so gut sie sonst für andere Zwecke zu gebrauchen sind, und verwende lieber die von mir angegebene Stativ-Eisenlichtlampe mit Magnaliumreflektor, mit welcher ich die für Licht überhaupt passenden Lupusfälle zuerst behandle, um sie sozusagen für die spätere Behandlung mit Kohlenbogenlicht zu präparieren, indem man durch heftige Lichtblasenbildung die strahlenabsorbierende Hautbedeckung möglichst entfernt und zugleich etwaige Schwellungszustände günstig beeinflußt. Wer im Besitz eines Röntgen-Induktors ist und sich nicht eigens eine Eisenlampe verschaffen will, verwendet mit ähnlichem, wenn auch nicht ganz so ausgesprochenem Effekt das von mir in die Therapie eingeführte Induktionsfunkenlicht, welches dadurch erzeugt wird, daß man den durch eine in den sekundären Stromkreis parallel geschaltete Leidener Flasche kondensierten Funken in einer Kapsel aus Ebonit überspringen läßt. Die Kapsel ist mit einer Drucklinse versehen, um auf der Haut eine Kompression ausüben zu können. Übrigens läßt sich auch die Triplet-Lampe der Sanitas-Gesellschaft für Eisenlichtbestrahlung verwenden. Man darf aber nie vergessen, daß die Wirkung des Eisenlichtes und Induktionsfunkenlichtes eine oberflächliche ist und daß diese Lichtqualitäten nach meinen Ansichten lediglich zu Schälwirkungen dienen sollen, um, wie schon erwähnt, die obersten Hautbedeckungen zu entfernen und so dem später in Verwendung kommenden Kohlenbogenlicht den Durchgang zu erleichtern. Außerdem ist das Eisenlicht dann wertvoll, wenn man große ulzeröse Flächen vor sich hat, die man in heftigen Entzündungszustand und dann rasch zur Überhäutung bringen will. Auch für manche Fälle von Lupus tumidus läßt sich die Eisenlichtentzündung mit Vorteil verwenden.

Für das Kohlenbogenlicht kommt zunächst der Original-Finsenapparat in Frage, der aber bei seiner Größe, seinem Preis, Betriebskosten und Aufwand an Personal nur für einzelne besonders kapitalkräftige Institute in Frage kommt. Die Finsen-Reynlampe kann ich nicht als vollwertigen Ersatz der eigentlichen Finsenlampe betrachten. Ich für meine Person verwende überhaupt nicht den großen Finsenapparat, sondern eine von mir konstruierte Stativlampe, welche mit 30—50 Ampère arbeitet, auf Grund ihrer technischen Vollkommenheit an Wirkung der großen Finsenlampe vollauf gleichkommt, gleichzeitig zwei Personen zu behandeln gestattet, dem Preise nach weit unter dem Finsenapparat steht und auch sonst noch viele Vorteile bietet. Professor Rieder hat auf dem Naturforscherkongreß in Kassel meine Lampe als beste Ersatzlampe für die Finsensche Lampe anerkannt.

Ich habe ein Verfahren ersonnen, um auch die Wärmestrahlen des elektrischen Bogenlichts für die Lupustherapie zu verwenden: meine Elektro-Photokaustik.[1]) Mittelst einer passenden kleinen Handlampe werden die Wärmestrahlen eines kleinen Voltabogens (2 Ampère) konzentriert und dieser konzentrierte Lichtwärmekegel auf die Haut zu rein kaustischen Zwecken geworfen. Da die Wärmequelle selbst durch die abkühlende Wirkung des Blutes nicht alteriert wird, lassen sich streng lokalisierte Brandwirkungen nach Belieben erzeugen, die durch ein kleines gefenstertes, wassergekühltes Metallkompressorium ganz scharf begrenzt und mit nur mäßiger Schmerzempfindung appliziert werden können.

Als weitere Kaustikform habe ich eine Behandlung mittelst Hochfrequenzfunken[2]) eingeführt, welche ebenfalls zur lokalen und beliebig tiefen Zerstörung von Lupusknoten dient. Dieses Verfahren findet seine Hauptverwendung für die Behandlung von Schleimhautlupus in der Nase, der bekanntlich durch sonstige Methoden schwer oder gar nicht beeinflußt werden kann.

Außerdem finden bei der Lupusbehandlung die Röntgenstrahlen bekanntermaßen in bestimmten Fällen ausgezeichnete Verwendung, wie auch die Strahlung des Radium. Letzteres

[1]) „Derm. Zeitschr.", Bd. 11, Heft 1.
[2]) „Derm. Zeitschr.", Bd. 12, Heft 1.

muß aber hochwertiger Natur sein, da man mit geringwertigem Radium nichts erzielt als eine Mißkreditierung der ganzen Radiumtherapie.

Als Konkurrenz und Ersatz für Röntgen- und Radiumstrahlen habe ich die Bestrahlung mittelst direkter Kathodenstrahlen [2]) mit besonderen Röhren eingeführt, welche Strahlengattung alle anderen bekannten bezüglich ihrer Wirkung absolut übertrifft.

Was die Sensibilisierungsmethode nach DREYER anlangt, so hat meines Wissens die Lichttherapie bis heute keine wesentliche Aufbesserung dadurch erfahren, sie hat für unsere Zwecke lediglich theoretisches Interesse, wie auch die Eosinbehandlung. Zu der letzteren habe ich nur zu bemerken, daß, wenn man zugleich mit derselben konzentriertes Licht verwendet, es sich dann bei allenfallsigen Effekten nicht mehr um Eosinwirkung, sondern um reine Lichtwirkung handelt.

Selbstverständlich bleiben in der Lupusbehandlung auch die operative Methode, der Thermokauter, das HOLLÄNDERsche Heißluftverfahren, die chemischen Ätzmethoden usw. für bestimmte Fälle zu Recht bestehen und besonders dann, wenn man als Lupustherapeut nicht gut mit allen vorgenannten Bestrahlungsapparaten ausgerüstet ist.

Ich werde nun kurz die von mir ausgeübten Behandlungsmethoden der einzelnen Lupusformen skizzieren.

1. Lupus vulgaris disseminatus und serpiginosus. Zunächst Aufweichung aller Schuppen und Krusten, dann sofort typische Lichtbehandlung. Sind einzelne papillomatöse Gebiete vorhanden, Beseitigung derselben mittelst Photokaustik in einer Sitzung. Steht das ganze Lupusgebiet unter Lichtentzündung, dann Aussetzen der Lichtbehandlung, statt ihrer Röntgenbehandlung mit weichem Rohr bis 5—6 H. Einzelne disseminierte kleine Herde behandle ich entweder mit Photokaustik oder mittelst Hochfrequenzfunken, womöglich in einer Sitzung. Die Heilung beider Arten von Schorf benötigt zirka 3—4 Wochen. Diese Hauptbehandlung, die je nach Ausdehnung des Prozesses 2—6 Wochen dauert, wird dann abgebrochen und einige Monate zugewartet bis zum Auftreten von Rezidiven, die meist nur an den mit Licht behandelten Stellen auftreten.

2. Lupus pigmentosus, d. h. flächenhaft ausgedehnte Knotenbildung von brauner bis tiefbrauner Färbung. Diese Form läßt sich durch Licht allein sehr schwer oder gar nicht beeinflussen. Ich verzichte deshalb lieber von vornherein auf die Lichtbehandlung und erzeuge mehrfache Röntgenreaktionen ersten bis zweiten Grades. Einzelne zerstreut liegende kleine Herde behandle ich mit Photokaustik oder Hochfrequenz. Seit ich die Kathodenstrahlenbehandlung ausführe, benutze ich auch diese Strahlung, welche als Endeffekt schöne, bindegewebige Narbenflächen liefert. Da sich mit dieser Strahlung bei jeder Sitzung etwa 2 cm^2 große Flächen in etwa 10—15 Minuten behandeln lassen und diese Sitzungsdauer zur Erzeugung einer monatelang anhaltenden Reaktion genügt, so ist ohne weiteres ersichtlich, daß man mit dieser Methode selbst große Lupusflächen rasch durcharbeiten kann.

Will man durchaus mit Licht arbeiten, so empfiehlt es sich, vorher in mehreren Sitzungen 20%ige Pyrogallussalbe aufzulegen und gleichzeitig jeweils 30—60 Minuten lang mit einem Kohlenbogenlichtscheinwerfer zu bestrahlen, um durch die so erhaltene Hyperämie noch ausgiebigere Schälwirkungen und Entzündung zu erhalten. Erst wenn man durch die eine oder andere Methode eine Aufhellung des Gebietes und eine Abnahme der Pigmentherde erhalten hat, kann man mit mehr Aussicht auf Erfolg von der eigentlichen Lichtbehandlung Gebrauch machen.

3. Den Lupus verrucosus behandle ich von vornherein am liebsten und raschesten mit meiner Photokaustiklampe. Handelt es sich um eine Lupusknollennase, so erledige ich die ganze Prozedur in Narkose in etwa 6—10 Minuten. Die Ränder der so erhaltenen tiefen Verbrennung dritten Grades bestreiche ich noch mit einem galvanokaustischen Flachbrenner, um hier durch Erzeugung dünner Schorfe einen glatten Übergang in das gesunde Gewebe zu erhalten. Das kosmetische Resultat wird so ein sehr gutes, nach 3 bis 4 Wochen ist Überhäutung eingetreten, die Nase hat sich nicht bloß verkleinert, sondern es ist auch der Lupus gleichzeitig mit verschwunden, und zwar, wenn technisch richtig vorgegangen wurde, ohne Rezidiv.

Mit Licht wird man auf einem Lupus verrucosus wenigstens auf den ausgesprochen papillomatösen Stellen schlechte Erfahrungen machen. Kann ich aus irgend welchem Grunde, wegen Verweigerung der Narkose oder weil diese mir selbst wegen des Herzens etc. nicht angebracht erscheint, nicht mit Photokaustik vorgehen, so verwende ich den Hochfrequenzfunken nach meiner Methode, welcher ebenfalls die gewucherten Gewebsteile sicher zerstört. Übrigens läßt sich meine Photokaustik unter Verwendung eines von mir erfundenen speziellen Kühlkompressoriums mit minimaler Schmerzhaftigkeit für den Patienten doch ausführen.

Auch durch Erzeugen einer mehrfachen Röntgendermatitis kann man einen Rückgang der Wucherungen in das Hautniveau erreichen.

4. Lupus tumidus ist meist sehr schwierig zu behandeln, mit Licht allein wird man hier wenig erreichen oder doch nur mit einer sehr großen Anzahl von Sitzungen. Dagegen kann man durch öfter wiederholte Röntgendermatitis ersten bis zweiten Grades sehr gute Abschwellungen erreichen. Gelingt dies aber nicht in absehbarer Zeit oder wird einem ein kurzer Behandlungstermin seitens des Patienten gestellt, so entschließe ich mich je nachdem dazu, auf den hypertrophischen Teilen einen Brandschorf mittelst Photokaustik herzustellen, der dieselben meist rasch zur Einschmelzung bringt. Ich war so mehrmals in der Lage, abgesehen von anderen Prozessen, z. B. ein lupöses, sehr stark hypertrophisches Ohrläppchen zum Rückgang zu bringen, nachdem Röntgenstrahlen und Licht total versagt hatten. Der Vorteil dieser kaustischen Behandlung mit Lichtwärme gegenüber einer stärkeren Röntgendermatitis liegt auf der Hand, weil die Brandschorfe sicher und glatt in 3—4 Wochen abheilen, während letztere häufig viel längere Zeit dazu brauchen, meist recht schmerzhaft sind und ein fragliches kosmetisches Resultat liefern. Erst wenn man das hypertrophische Gewebe zur Einschmelzung gebracht hat, kann man, wenn dies überhaupt noch nötig, von der reinen Lichtbehandlung mit Aussicht auf Erfolg Anwendung machen.

5. Lupus exulcerans läßt sich manchmal durch Röntgenstrahlen allein sehr schön zur Überhäutung bringen. Ich wende aber hier mit Vorliebe das Eisenlicht an und erzeuge Entzündungen stärksten Grades, welche sehr günstig auf die Granulationsbildung wirken, und man ist so imstande, die gesetzten Defekte zum Teil auszugleichen und kosmetisch erträglich zu gestalten. Natürlich kann man hier auch mit konzentriertem Bogenlicht vorgehen, nur wird man sein Ziel viel langsamer erreichen, weil eben die Lichteffekte viel langsamer gesetzt werden können als mit meinem Magnaliumreflektor, der in kürzerer Zeit größere Flächen intensiv bestrahlt. Es empfiehlt sich auch, die Geschwürsflächen gut auszuschaben, um das morsche Gewebe zu entfernen. Auch mit Pyrogallussalbe und Scheinwerfer zusammen lassen sich hier gute Resultate erzielen. Bei auftretenden Rezidiven empfiehlt sich stets die Erzeugung einer Röntgendermatitis ersten, wenn nicht besser zweiten Grades. Einzelne kleine Herde wird man am sichersten und raschesten mit Photokaustik zerstören.

6. Ich war in der Lage, zwei Fälle von Lupus pernio behandeln zu können. Hier konnte ich durch Röntgendermatitis günstig wirken. Mit Lichtbehandlung allein, die ich zuerst probierte, war ich nicht recht zufrieden. Dagegen habe

[2]) „Derm. Zeitschr.", Bd. 11, Heft 10 und „Zeitschr. f. diät. u. phys. Therapie", Bd. 9, 1905.

ich durch Photokaustik und Funkenbehandlung sehr rasch gute Heileffekte erreicht.

Beim Lupus der Schleimhaut wird mit Licht wenig oder nichts erreicht. Bei manchen meiner Lupusfälle war die Nasenhöhle total mit lupösen Massen ausgefüllt. Ich habe in solchen Fällen rücksichtslos mit dem Thermokauter gearbeitet und auch sicher in 3—4 Wochen eine freie Durchgängigkeit beider Nasengänge erzielt. War dann an irgend einer Stelle Rezidiv vorhanden oder handelte es sich von vorneherein um einen Fall, wo man mit Instrumenten glatt in die Nasenhöhle eindringen konnte, so verwendete ich mit promptem Erfolg meine Hochfrequenzfunkenmethode, welche, unter lokaler Anästhesie vorgenommen, ganz ausgezeichnete Resultate bezüglich Rezidiv ergibt. In manchen Fällen habe ich früher auch mittelst einer Vielfachpunktiernadel negativ elektrolytisch behandelt. Mit Röntgen kommt man nur langsam zum Ziel oder gar nicht. Dagegen ist hier die Bestrahlung mit Radium mit geeigneten Trägern am Platze, vorausgesetzt, daß man wirklich eine vollwertige Radiumsubstanz zur Verfügung hat, sonst ist es schade um die Zeit, die man zur Bestrahlung und Abwartung der Reaktionen vergeudet.

Ich habe meine Mitteilungen kurz gehalten, weil sie ja hauptsächlich für den Sachverständigen bestimmt sind. Was die Lichtbehandlung anlangt, so sei ausdrücklich nochmals erwähnt, daß sie in den geeigneten Fällen tadellose und vor allem die kosmetisch schönsten Resultate liefert, meist aber nur unter großem Aufwand an Zeit und Geld. Da aber den meisten Patienten durchaus nicht daran gelegen ist, daß sie exklusiv mit Licht allein behandelt werden, und da ihnen daran gelegen ist, vor allem von ihrem Lupus geheilt zu werden, so wird mancher Kollege mit Vorteil von einer kombinierten Methode Gebrauch machen, wie ich sie hier angegeben und in einer großen Anzahl von Fällen probiert habe.

Fortschritte der versicherungsärztlichen Diagnostik und Prognose.

Von **Dr. Julius Flesch**, Assistent der Poliklinik in Wien.

Den unaufhörlichen Wechsel in den Anschauungen bezüglich vieler medizinischer Fragen im Interesse der Sicherheit versicherungsärztlichen Urteils zu verwerten, ist auch diesmal der Zweck meiner Arbeit. Vor allem scheint mir die Frage einer Untersuchung wert, wie sich der Versicherungsarzt solchen Antragstellern gegenüber verhalten soll, die einen nennenswerten operativen Eingriff überstanden. Da kommt nun in erster Linie jene übergroße Zahl von operierten Appendizitiden in Betracht, welche nach glücklich überstandener Operation, ängstlich und mürbe geworden, eine Kapitalsversicherung auf Er- und Ableben beantragen. Unsere Recherchen haben sich auf folgende Punkte zu erstrecken:

a) Durch Anfrage an den Operateur ist die Schwere der damaligen Erkrankung zu eruieren, ferner ob im akuten Stadium oder a froid operiert wurde, ob ein Abszeß, ob Durchbruch vorhanden war, ob Zeichen einer Peritonitis gefunden wurden, ob der Heilungsverlauf ein glatter war und ob der Appendix reseziert wurde. *b)* Nach Appendizitis mit Abszedierung treten manchmal später Komplikationen seitens der Eierstöcke oder auch subphrenischer Abszeß auf. *c)* Es ist durch wiederholte Fragen zu erheben, ob seit der Operation noch Koliken aufgetreten sind. *d)* Die Appendixgegend muß gegen Druck schmerzfrei sein. *e)* Es dürfen keine Fisteln bestehen.

Jene Fälle, die a froid operiert wurden, sind prognostisch für unsere Beurteilung recht günstig, wo aber der perityphlitische Abszeß bloß entleert wurde, ist Vorsicht am Platze.

Nach Bassini operierte Bruchkranke sind bei schmerzloser fester Narbe unbedingt zu empfehlen.

Nach chirurgischem Eingriffe bei Cholelithiasis ist nur dann auf vollständige Genesung zu erkennen, wenn mindestens 3—5 Jahre ohne Koliken und Verdauungsbeschwerden verflossen sind und auch lokal weder Druckempfindlichkeit noch Resistenz oder Leberschwellung konstatierbar sind. Allenfalls ist die Versicherungsdauer möglichst kurz zu beantragen.

Wichtig ist ferner die Entscheidung über die Aufnahmsfähigkeit nach Exstirpation von Lymphdrüsen. Auch hier ist eine Nachfrage bezüglich der Beschaffenheit der exstirpierten Drüsen sehr am Platze.

Es wäre zu weit gegangen, wenn wir von vornherein solche Fälle wegen der Möglichkeit okkulter Tuberkulose abweisen würden. Nicht selten entwickelt sich im Anschlusse an Zahnkaries, Tonsillitiden, nach Exkoriationen im Gesichte oder bei Ekzem der behaarten Kopfhaut Intumeszenz der regionären Lymphdrüsen, welche den Eindruck von skrofulösen Lymphomen machen. Finden sich also Zeichen einer solchen primären Affektion, Narben nach Verletzungen, Fistelnarben e Carie dentium, und ist die Enukleationsnarbe linear, nicht hypertrophisch, beweglich, dann werden wir bei gleichzeitiger Intaktheit der übrigen Drüsen und der inneren Organe und mangels hereditärer Belastung ein günstiges Votum fällen. Die Wichtigkeit solcher Erwägungen illustriert ein von mir jüngst beobachtetes 24jähriges Mädchen aus tadellos gesunder Familie, welches seit 2 Jahren geschwellte Drüsen in der linken Achselhöhle besaß, die bis vor einem halben Jahre unbeachtet blieben. Im Februar d. J. wurde eine davon druckempfindlich, ohne das subjektive Befinden der Dame zu stören. Auf Anraten eines Chirurgen wurde die Achselhöhle ausgeräumt, wobei sich ergab, daß einzelne Drüsen im Zentrum käsig verändert waren. Der Heilungsverlauf war ein glatter, das Befinden bis zum Juni vortrefflich. Da trat plötzlich abendliches Fieber auf, später schleichend rechtseitige Pleuritis, die Kranke magerte zusehends ab, ohne daß das Lungengewebe Infiltrationserscheinungen aufwies. Es handelte sich offenbar um Verkäsung von mediastinalen Lymphdrüsen in Kontiguität mit den ersterkrankten Axillardrüsen. In diesem Falle würde uns der Bericht über die käsige Natur der exstirpierten Drüsen und ferner der Mangel einer kausalen Erkrankung der nachbarlichen Haut zum richtigen Urteile geführt haben. Selbstredend ist auch in den günstigsten Fällen eine Karenzzeit von 1 Jahr zu fordern.

Wegen Ohreiterung radikal Operierte dürfen gleichfalls nicht rundweg abgewiesen werden. Auch hier müssen die Details der stattgehabten Operation bekannt werden. Wenn nicht etwa gleichzeitig eine Thrombose inzidiert oder ein Hirnabszeß entleert wurde, wenn keine Meningealerscheinungen einhergingen, wenn ferner seit mindestens einem Jahre weder Schmerzen noch Otorrhöe bestehen, dann möge ungeachtet der Hörschärfe der Antragsteller zur bedingungslosen Aufnahme empfohlen werden.

Begeben wir uns zur Besprechung jener Fälle, wo eine traumatische Erkrankung anamnestisch festgestellt wird. Von Jahr zu Jahr häufen sich die Berichte von traumatisch bedingten Späterkrankungen des Nervensystems, daher wir diesem Faktor künftig erhöhte Aufmerksamkeit widmen müssen. Namentlich müssen Traumen des Schädels und der Wirbelsäule, Sturz von einer Anhöhe, Eisenbahnzusammenstoß hinsichtlich ihrer möglichen Folgeerscheinungen reiflich erwogen werden. Durch vielfältige Beobachtungen feststehend ist die Tatsache, daß eine so erworbene Neurose auch auf das Gefäßsystem insofern nicht ohne Wirkung bleibt, als sich frühzeitig allgemeine Arteriosklerose entwickelt. Zittern der ausgestreckten Hände, des Kopfes, Spasmen im Fazialisgebiete, Perkussionsempfindlichkeit des Schädels, Vertigo und anhaltender Kopfschmerz werden uns in dieser Hinsicht zur Vorsicht mahnen. Daß diese Neurosen durch „Begehrungsvorstellungen“, also Autosuggestion bedingt seien, ist ein

überwundener Standpunkt. Besonders häufig sind Neurosen bei Telephonistinnen, die nicht selten, durch Blitzschlag in der Leitung oder durch Induktorschläge getroffen, einen ähnlichen Symptomenkomplex darbieten. Trotz jahrelangen Bestehens sind keine organischen Veränderungen nachweisbar, andrerseits aber auch nur selten Einengung des Gesichtsfeldes.

Auch die soziale Stellung und der Beruf des Antragstellers soll fürderhin in den Kreis unserer Erwägungen gezogen werden. Daß die Tuberkulose weniger durch erbliche Belastung als durch direkte Infektion entsteht, ist derzeit allgemeine Ansicht. Da nun weiters enges Zusammenwohnen in ungesunden Räumen die häufigste Infektionsquelle darstellt, ist auf dieses Moment gleichfalls Rücksicht zu nehmen.

Leute, die sich viel mit Röntgenlicht oder mit Radium befassen, neigen zu Erkrankung der Zirkulation und des Stoffwechsels, wofür experimentelle Beweise an Mäusen vorliegen. ALLEN berichtet über 3 Fälle von Hautkrebs an der Armhaut, hervorgerufen durch langdauernde Einwirkung von Röntgenstrahlen.

In diagnostischer Hinsicht ist die Röntgenographie nach vielen Richtungen für unsere Zwecke brauchbar. Kleine Herde in der Lunge, die physikalisch nicht nachzuweisen, sind im radiographischen Bilde zuverlässig erkennbar. Ebenso sind kleine Nierensteine auf photographischem Wege fast sicher konstatierbar. Gelenkerkrankungen, wo die Röntgenographie bisnun bloß über den Zustand der Knochen informieren konnte, sind nunmehr dank einer ingeniösen Untersuchungsmethode mittelst Sauerstoffinjektion bis in die feinsten Details der Kapsel und Synovia diagnostizierbar.

In der Diagnostik der Harnkrankheiten sind wir wohl um ein gutes Stück vorwärts gedrungen, jedoch die Methoden der funktionellen Nierenprobe, die Kryoskopie, der Ureterenkatheterismus werden vermöge ihrer Kompliziertheit kaum je in versicherungsärztlicher Beziehung angewandt werden.

ALBERT NEUMANN verdanken wir eine Harnprobe, mittelst welcher wir verschiedene Zuckerarten voneinander unterscheiden können, die Orcinreaktion. Man versetzt 10 Tropfen des zu untersuchenden Harns mit 5 cm^3 Eisessig und einigen Tropfen einer 5%igen alkoholischen Orcinlösung, schüttelt und erhitzt bis zum Sieden. Dann läßt man tropfenweise konzentrierte Schwefelsäure zufließen, indem man anfangs 2mal nach je 5, dann nach je 10 Tropfen kräftig schüttelt. Man fügt davon solange bei, bis nach dem Schütteln ein deutlicher Farbenton bestehen bleibt, was gewöhnlich bei 40 bis 50 Tropfen erreicht ist. Mehr als 50 Tropfen dürfen nicht zugesetzt werden, einerseits wegen Zersetzung des Orcin, zweitens wegen Entstehung von Mischfarben. Ist die Mischung abgekühlt, dann betrachtet man sie im Spektroskop; eventuell kann man noch mit Eisessig verdünnen. Bei Gegenwart von Glykose entsteht braunrote Farbe; Absorptionsstreifen: rechts von b, im Grün, so daß vor dem Streifen noch Grün hinten im Blau und Violett zu sehen sind. Durch Alkohol oder Wasser tritt keine Zersetzung ein. Pentose, Arabinose, Xylose, Glykuronsäure, Fruktose geben andere Farben und Spektra.

Die sogenannte orthostatische Albuminurie wird jetzt wieder prognostisch günstiger beurteilt. Es ist dies bekanntlich jene Form, wo beim Übergange in die vertikale Stellung Eiweiß im Harne erscheint. Nach TEISSIER bedeutet sie manchmal den Rest einer infektiösen Nierenreizung. In den meisten Fällen aber tritt sie bei jungen Leuten mit ganz gesunden Nieren auf. Die Eiweißmenge schwankt zwischen 0·5 und 4 *g* und gewöhnlich sind Chloride und Phosphate vermehrt, also die Funktion der Nierenepithelien gesteigert. Das Eiweiß tritt fast mit mathematischer Genauigkeit 10 Minuten nach dem Aufstehen auf, erreicht in den ersten Stunden sein Maximum und klingt allmählich ab. Legt sich die Person zu Bette, so erlischt die Ausscheidung nach 3—4 Stunden. Es handelt sich bloß um eine Schwäche des Gefäßsystems und der Gefäßnerven. Sie pflegt spontan zu schwinden. Immerhin wird ein Albumengehalt bei jungen gesunden Menschen ohne mikroskopische Nierenelemente die Möglichkeit dieser Form nahelegen und zur Untersuchung des Morgenharnes veranlassen, und wenn dieser frei von Albumen gefunden wurde, mag der Antrag auf ein Jahr zurückgewiesen werden. Andrerseits aber ergibt sich hieraus die strenge Forderung, stets die Harnprobe dem Tagesharne zu entnehmen.

Aus der chirurgischen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitals zu Sarajevo.

Über die Wahl der Operation bei Lithiasis.

Von **Primararzt Dr. Jos. Preindlsberger.** *)

(Fortsetzung.)

Lithotripsia perinealis.

Die Lithotripsia perinealis führte ich, um diese Methode kennen zu lernen, 5mal aus; das Alter der Patienten schwankte von 3½—8 Jahren: 8, 6, 5, 5½, 3½, 4 Jahre.

Die Behandlungsdauer betrug 9—19 Tage. Einmal trat Exitus letalis ein; es handelte sich um eine kruppöse Pneumonie in beiden Lungen und schweren Dickdarmkatarrh bei einem 5½jährigen Kinde bei persistenter Thymus.

Die Ausführung der Lithotripsie nach Sectio mediana bot nie Schwierigkeiten und kann bei Kindern, wenn aus den oben angeführten Gründen die Anwendung einer perinealen Methode wünschenswert erscheint, ihre Indikation finden, wenn es sich nicht um zu große und zu harte Steine handelt, die nicht fixiert sind. Die Behandlungsdauer betrug 12, 13, 11, 19 Tage, worunter die Dauer der Wundheilung verstanden ist.

Lithotripsia perinealis, 5 Fälle.
Alter: 3½, 4, 5½, 6, 8 Jahre.
Ein Todesfall: Pneumonia crouposa.
Behandlungsdauer: 12, 13, 11, 21 Tage; Durchschnitt: 14 Tage.

I. J.-Nr. 4391. Risto C., 6 Jahre alt, serb.-orth., Knabe, Osmaci (Vlasenica). Steinbeschwerden seit einem Jahr. Darmkatarrh. Vorfall des Mastdarmes. Anämisches, schwächliches Kind, diffuse Bronchitis. Zystitis. Stein haselnußgroß. Am 20. November Lithotripsia perinealis. Bloßlegung und Eröffnung der Pars membranacea; leichte Einführung eines Lithotriptor Charrière Nr. 14; zweimalige Evakuation mit Evakuator Nr. 16. Periurethrale und Hautnaht. Dauerkatheter durch 5 Tage. Reaktionslose Wundheilung. Am 2. Dezember verheilt. Stein: vorwiegend Urate, Kalziumkarbonat-, -oxalat, Kalzium und Magnesiumammonphosphate. Gewicht: 12 *g*.

II. J.-Nr. 6215. A. K., 3½ Jahre alter Knabe, röm.-kath., Bijelo Polje Visoko. Seit 10 Monaten Steinbeschwerden. Zystitis. Harnentleerung tropfenweise, diffuse Bronchitis. Lithotripsia perinealis am 7. März. Bloßlegung und Eröffnung der Pars membranacea, Lithotriptor Nr. 14 Charrière läßt sich leicht einführen; größter Durchmesser des Steines 4 *cm*, der leicht zertrümmert wurde. Evakuation; kein Dauerkatheter, keine Naht. Am 8. März geht der größte Teil des Harnes per urethram ab. Am 9. März Wunde trocken. Reaktionsloser Wundverlauf. Am 20. März mit verheilter Wunde entlassen. Stein: vorwiegend Kalziumphosphat und Magnesiumammonphosphat, wenig Kalziumkarbonat, -oxalat und Urate. Gewicht: 1·5 *g*.

III. J.-Nr. 388. M. B., 5½ Jahre alter Knabe, islamit., Babino Zenica. Rezidive nach vor 3 Jahren vorgenommener Sectio alta. Schwere Bronchitis. Zystitis. Lithotripsia perinealis 29. Januar. Bloßlegung der Pars membranacea wie oben; Lithotriptor Nr. 16 und nach Vollendung der Lithotripsia Evakuator Nr. 20 konnten ohne Quetschung des Blasenhalses eingeführt werden. Dauerkatheter. 1. Februar Entfernung der Hautnähte wegen Schwellung und Temperatursteigerung. Am 8. Februar Exitus. Stein: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat und Phosphate.

*) S. „Wiener Medizinische Presse", Nr. 40.

Sektionsbefund: Pleuropneumonia crouposa in stadio hepatisationis partim grisea totius pulmonis dextri, pneumonia crouposa incipiens lobi inferioris pulmonis sinistri. Concretiones fibrosae pleurarum. Urethrotomia partis membranacea urethrae lithotripsiae causa ante octo dies facta. Vulnus sine reactione inflammatoria sectio alta ante annum ca facta completa sanata. Cystitis chronica hypertrophica, urethritis et pyelitis sinistra levis. Tumor lienis chronicus, catarrhus intestini crassi acutus. Anaemia universalis, glandula Thymus persistens. Schlecht genährt. Am Perineum eine granulierende Operationswunde, von vorn nach hinten verlaufend, spaltförmig, 2 *cm* lang, in welcher in den Mediallinien alle Gewebsschichten bis an die Membranacea urethrae durchtrennt sind und diese letztere, eigentlich noch das Ende der Pars bulbosa, ebenfalls durch eine mediane, an der hinteren Wand verlaufende, 1 *cm* lange Spalte eröffnet ist. Vom Schnabel des Caput gallinaginis in der Pars membranacea urethrae zieht nach rechts eine isolierte Schleimhautfalte, welche gleich einer Klappe das Lumen der Urethra in schiefer Richtung überspannt. Harnblase leer, sehr dickwandig. Die Narbe nach vollständig geheilter Sectio alta in ihrer Vorderwand kaum möglich zu unterscheiden, erst nahe dem Blasenscheitel in prävesikalem Bindegewebe ist eine schiefrige Färbung derselben und noch Spuren von Seidennähten zu finden. Die Narbe in der Bauchwand linear glatt. Die Ureterenmündungen in der Harnblase frei. Oberhalb der linken Mündung zeigt die verdickte Blasenschleimhaut noch Spuren von steinigen Inkrustationen (weiß, bröcklig). Der rechte Ureter normal, der linke mäßig erweitert. Die linke kleinere Niere zeigt deutliche Rötung ihrer Beckenschleimhaut. Beide Nieren blaß, sonst ohne Veränderungen. Starke Rötung der Dickdarmschleimhaut, besonders in den unteren Partien. Entzündliche Rötung der zugehörigen Mesenterialdrüsen. Dünndarmschleimhaut blaß. Milz mäßig vergrößert. Leber blaßbraun, brüchiger. Lungen beiderseitig mäßig verwachsen. Die ganze rechte Lunge vergrößert und in allen Teilen hepatisiert, brüchig, fibrinöse Beläge an der Pleura an den von Verwachsungen freien Stellen. Der Unterlappen der linken Lunge zeigt frisch beginnende kruppöse Entzündung, stellenweise bereits hepatisiert noch große derbe Blasen. Thymusdrüse, Bronchial- und Mediastinaldrüsen vergrößert, derb, durchfeuchtet.

IV. J.-Nr. 4194. S. L, 8 Jahre alter Knabe, röm.-kath., Bukovica (Travnik). Steinbeschwerden seit $^1/_2$ Jahr. Zystitis. Stein etwa taubeneigroß. Sectio mediana et lithotripsia perinealis 5. November. Einführung einer Steinsonde in die Blase. Bloßlegung der Pars membranacea urethrae ohne Nebenverletzung mittelst eines Längsschnittes von etwa 5 *cm* Länge. Spaltung der Urethra in Längsrichtung auf 2 *cm*. Eingehen mit einer Kornzange in die Blase und Zertrümmern des Steines. Ausspülung der Blase. Periurethrale Naht der Harnröhre und Hautnaht. Dauerkatheter für 3 Tage, dann Entfernung desselben wegen Reizung der Urethra. Reaktionslose Wundheilung. Am 16. November entlassen. Steintrümmer: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat, -karbonat, Phosphate. Gewicht: 0·8 *g*.

V. J.-Nr. 1903. A. K., 4jähriger Knabe, röm.-kath., Borovica (Vareš). Steinbeschwerden seit 5 Monaten. Walnußgroßer Stein. Zystitis mäßigen Grades. Am 21. Juli Lithotripsia perinealis. Nach Bloßlegung und Eröffnung der Pars membranacea gelingt die Einführung eines Lithotriptors Nr. 19 leicht, ebenso nach der Lithotripsie die Einführung des Evakuationskatheters Nr. 20: periurethrale Naht, keine Hautnaht. Kein Dauerkatheter. 25 Minuten. Am 22. Juli Verband trocken, Harnentleerung per urethram. Nach reaktionslosem Wundverlauf am 10. August geheilt entlassen. Stein: vorwiegend Urate und Magnesiumammonphosphat, ferner Kalziumkarbonat und -phosphat. Gewicht: 2 *g*.

* * *

J.-Nr. 3179. 4 Jahre alter Bauerssohn aus Sarajevo. Steinbeschwerden seit 2 Monaten; seit 2 Tagen Harnretention; Blase maximal dilatiert; in der Pars scrotalis ein Konkrement. Am 20. Juli Urethrotomia externa nach Versuch, den Stein mit dem Urethrallöffel zu entfernen. Extraktion eines kirschengroßen Oxalatsteines. Periurethrale und Hautnaht mit Catgut. Am 29. Juli mit verheilter Wunde ohne Fistel entlassen.

J.-Nr. 346. H. B., 12jähriger islamit. Knabe aus Donji Vakuf. Urethralsteine nach Spaltung des Orif. extern. extrahiert.

J.-Nr. 3594. Ein Fall, $2^1/_2$jähriger Knabe B. B., von den Angehörigen die Operation verweigert. 5 Urethralsteine im Ambulatorium.

J.-Nr. 4468. A. T., 7 Jahre alter Knabe, islamit., Kostovac. Bei der Aufnahme am 12. Oktober somnolent. Temperatur 40·1. Am 13. Oktober Exitus.

Sektionsbefund: Im Blasenhals ein haselnußgroßes Konkrement. Zystitis, Nephritis mit Abszeßbildung; chronischer Darmkatarrh.

Lithotripsie.

Lithotripsie: 29 Fälle.

I. Serie: 18 Fälle mit 1 Todesfall (Prostataabszeß und Beckenphlegmone bereits vor der Operation).

Alter:	5—10 Jahre	. . . . . .	2 Fälle
"	10—20 "	. . . . . .	4 "
"	20—30 "	. . . . . .	3 "
"	30—40 "	. . . . . .	1 Fall
"	40—50 "	. . . . . .	1 "
"	60—70 "	. . . . . .	1 "
"	70—80 "	. . . . . .	1 "

Heilungsdauer: 3—44 Tage. Durchschnitt: 12 Tage.

II. Serie: Alter: 6, 7, 8, 7, 22, 22, 20, 26, 18, 52, 76; 6—76 Jahre.

Heilungsdauer: 6—20 Tage. Durchschnitt: 11·8 Tage.

Die Lithotripsie gelangte 11mal zur Ausführung und betraf das Alter von 6—76 Jahren (7, 6, 22, 18, 52, 22, 76, 8, 20, 7 [Weib], 26).

Die Behandlungsdauer schwankte von 6—20 Tagen; es handelte sich auch 3mal um Kinder mit weiter Urethra, so daß der Lithotriptor ohne Quetschung eingeführt werden konnte.

I. J.-Nr. 3320. M. T., 22 Jahre alter Schneider, orient.-orth., Modriči (Gradačac). Krankheitsdauer seit 10 Jahren. Abgemagertes, anämisches Individuum, hochgradige Dysurie und schwere Zystitis. Am 31. Juli in Rückenmarksanästhesie mit 0·05 Tropakokain Lithotripsie nach Meatotomie. Lithotriptor 30 Minuten. Ramasseur 15 Minuten. Am 31. Juli und 1. August Temperatursteigerung bis 39°, am 2. August Kopfschmerzen, dann reaktionsloser Verlauf. Am 16. August geheilt entlassen. Stein: vorwiegend Urate und Kalziumoxalat, wenig Kalziumkarbonat und Phosphate. Gewicht: 25 *g*.

II. J.-Nr. 1208. J. G., 7 Jahre alt, röm.-kath., Dretelj Ljubuški. Steinbeschwerden seit 3 Jahren. Geringe Trübung des Harnes. Haselnußgroßes Konkrement; weite Harnröhre. Lithotripsie am 23. März mit Charrière Nr. 14, Evakuation mit Nr. 16. Dauer der Operation 24 Minuten. Reaktionsloser Verlauf. Geheilt entlassen am 29. März. Stein: vorwiegend Urate und Kalziumoxalat, ferner Phosphate. Gewicht: 1 *g*.

III. J.-Nr. 1829. J. C., 6 Jahre alter Knabe, röm.-kath., Komin (Dalmatien). Steinbeschwerden seit 3 Jahren. Stein walnußgroß. Urethra weit. Lithotripsie am 30. April, Charrière Nr. 16 passiert leicht. Größter Durchmesser des Steines 6—7 *cm*. Reaktionsloser Verlauf, am 5. Mai Harn vollständig klar. Am 12. Mai geheilt entlassen. Stein in Verlust geraten.

IV. J.-Nr. 3313. A. M., 18jähriger Bahnarbeiter, röm.-kath., Novi. Steinbeschwerden seit mehreren Jahren. Zystitis. Steinsonde Nr. 24 weist einen walnußgroßen, harten Stein nach. 31. Juli Lithotripsie. Rückenmarksanästhesie mit 0·06 Tropakokain, die 35 Minuten anhielt. Da die Operation länger dauerte, oberflächliche Narkose mit SCHLEICHs Siedegemisch. Zertrümmerung des sehr harten Steines schwierig, es mußte mehrmals der Hammer zu Hilfe genommen werden. Der Lithotriptor mußte zweimal eingeführt werden, da sich harte Steinsplitter eingeklemmt hatten, die seine Funktion störten. Reaktionsloser Verlauf. Geheilt entlassen am 16. August. Stein: vorwiegend Urate und Phosphate, ferner Kalziumkarbonat und -oxalat. Gewicht: 23 *g*.

V. J.-Nr. 613.904. H. M. M., 76 Jahre, islamit., Tešanj. Seit einem Jahr Steinbeschwerden. Schwere Zystitis; Pat. hat sich selbst mit unreinem Katheter wegen Harnretention katheterisiert. Fieber. 10. Februar Lithotripsie in Rückenmarksanästhesie mit 0·06 Tropakokain, komplette Analgesie. Mit dem Lithotriptor wird ein Stück abgebrochenen Kautschukkatheters extrahiert, um das sich der Stein gebildet hatte. Wegen der Zystitis Dauerkatheter durch 4 Tage, bis Pat. fieberfrei wurde. Am 18. Februar in häusliche Pflege entlassen. Stein: Phosphate.

VI. J.-Nr. 1439. Mara M., 7jährige Kmetenstochter aus Brujaci, leidet seit einem Jahre an Blutharnen mit Schmerzen und Inkontinenz, angeblich nach dem Auffallen mit Perineum auf ein Holzstück? Gutgenährtes Kind; in der Blase ein Konkrement, Harn blutig, alkalisch; im Sediment weiße und rote Blutkörperchen. In Chloroformnarkose am 8. April Lithotripsie mit einer stärkeren Kornzange. Ausspülen der Blase und Dauerkatheter, der am dritten Tage nach der Operation entfernt wurde. Stein: Urate, Kalziumkarbonat, Kalziumoxalat, Phosphate. Endstatus am 16. April. Uriniert ohne Beschwerden, Harn reagiert sauer, kaum getrübt, spärlich Sediment.

VII. J.-Nr. 801. J. G., 8 Jahre alter Knabe, röm.-kath., geboren in Kroatien, aufgezogen in Sarajevo. Steinbeschwerden seit drei Jahren. Gutgenährtes Kind. Urethra weit, mäßige Zystitis. Am 22. Februar Lithotripsie. Lithotriptor Nr. 16 läßt sich leicht einführen. Wegen unruhiger Narkose mußte die Operation nach Vollendung der Lithotripsie ohne Evakuation abgebrochen werden. Acht Tage Temperatursteigerung bis 39°. Katheterismus schwierig, in den ersten Tagen nur mit der Leitsonde möglich. Am 4. März geheilt entlassen. Stein: Urate, etwas Phosphate.

VIII. J.-Nr. 1380. S. Dr., 20 Jahre alt, Taglöhner, islamit., Bijelobruje, Bezirk Travnik. Seit 3 Jahren Steinbeschwerden, in der letzten Zeit Inkontinenz. Zystitis. Harn alkalisch, nußgroßes Urat. Am 4. April Lithotripsie in Rückenmarksanästhesie mit 0·07 *g* Tropakokain. Komplette Wirkung. Dauer der Lithotripsie 7 Minuten; zweimalige Evakuation. Dekursus: Tägliche Blasenspülungen mit Argent. nitr., intern Helmitol. Endstatus am 24. April: Mäßige Zystitis, Harn sauer. Keine Beschwerden. Stein: Urate, Kalziumkarbonat, Kalziumoxalat, Phosphate. Gewicht: 11 *g*.

IX. J.-Nr. 3746. A. Z., Geistlicher, 52 Jahre alt, röm.-kath., Mostar. Steinsymptome seit einem halben Jahre. Lithotripsie am 31. August in Rückenmarksanästhesie, 0·06 Tropakokain. Vollständige Wirkung. Dauer der Operation 25 Minuten. Stein haselnußgroß. Reaktionsloser Verlauf. Am 7. September geheilt entlassen. Stein: fast gänzlich Urate. Gewicht: 7 *g*.

X. J.-Nr. 4312. S. T., 22 Jahre alt, Arbeiter, röm.-kath., aus Gorani (Konjica). Steinbeschwerden seit einem Jahre. Zystitis, walnußgroßes Konkrement. Ausspülungen der Blase. Am 8. Oktober Lithotripsie in Rückenmarksanästhesie mit 0·06 Tropakokain. Analgesie nach 5 Minuten eingetreten, hält 35 Minuten an. Die Lithotripsie war in 6 Minuten vollendet, dann zweimalige Evakuation und Waschung. Reaktionsloser Verlauf. Am 14. Oktober geheilt entlassen. Stein: Urate vorwiegend.

XI. J.-Nr. 2449. L. D., 26 Jahre alt, Taglöhner, Kunovac (Kroatien). Seit einem Jahre Blasenbeschwerden. Hämaturie. Periurethraler Abszeß (taubeneigroß). Am 11. Juli Lithotripsie und Inzision des periurethralen Abszesses. Wegen des Abszesses am Perineum, dessen Eröffnung der Lithotripsie voranging, unterblieb die perineale Zystotomie und nach der Lithotripsie des haselnußgroßen Steines die Evakuation durch Aspiration, um nicht mehrmals dicke Instrumente einführen zu müssen. Ausspülung der Blase nach Einführung eines Katheters Nr. 21. Die Lithotripsie war mit einem Lithotriptor Nr. 16 ausgeführt worden und das Orificium extern. knapp für Nr. 21 passierbar. Fieberloser Verlauf; tägliche Blasenspülungen, schmerzfrei. Am 31. Juli Inzisionswunde fast verheilt. Harn noch getrübt, ohne blutige Beimengung. Harnsand war teils bei der Urinentleerung, teils bei den Blasenspülungen wiederholt abgegangen. Vor der Entlassung zur Revision durch Zystoskopie bestimmt.[1])

(Schluß folgt.)

[1]) Anmerkung während der Korrektur: Diese Revision ergab, daß kein Steinrest zurückgeblieben war.

Referate.

MANNINI (Turin): Über die Sehstörungen bei progressiver Paralyse im Vergleich mit denen bei der Tabes dorsalis.

Die Sehstörungen der Tabetiker sind jenen der Paralytiker analog. Sie bestätigen die Anschauung, daß Tabes und progressive Paralyse eine nosologische Einheit sind und daß der Unterschied beider nur ein symptomatischer, durch topographische Momente bedingter ist („Rif. med.", 1905, Nr. 14). Der nervöse Apparat der Sehorgane stellt vermöge seiner besonderen Lage in Beziehung zur Medulla einerseits und zum Enzephalon und zur Gehirnrinde andrerseits eine intermediäre Nervenregion dar, in welcher der vorwiegend myelitische Prozeß der Tabes und der vorwiegend zerebrale der progressiven Paralyse zusammentreffen, sich vermischen und so die nosographische Einheit beider Krankheitsprozesse zur Anschauung bringen. Geht man noch einen Schritt weiter und berücksichtigt tabische Amaurosen, welche allein bestehen oder Läsionen und Störungen medullarer, tabischer, kortiko-zerebraler und paralytischer Art vorhergehen, so darf man sagen, daß Sehstörungen, Tabes und progressive Paralyse drei Äußerungen, drei klinische Formen einer einzigen Krankheitsform sind, welche wir aus praktischen Rücksichten auseinanderzuhalten haben. Das vorwiegende oder isolierte Auftreten der einen oder der andern Form kann auch durch die Hypothese erklärt werden, daß eine gewisse Schwäche, eine gewisse Überanstrengung einzelner Teile des Nervensystems gerade diese zur vorwiegenden oder frühzeitigen Erkrankung geneigt macht, eine Hypothese, welche, da es sich für gewöhnlich um syphilitische Individuen handelt, nichts Gezwungenes haben würde. B.

JAQUET et RONDEAU (Paris): Le vernix caseosa, l'hérédoséborrhée et l'acné foetalis.

Eingangs verwahren sich die Autoren gegen SABOURAUD, welcher ihnen die Meinung zumutet, daß die Vernix caseosa nur aus Fett bestände („Annales", 1905, Nr. 1). Im Gegenteil waren gerade die Autoren die ersten, welche eine genaue Analyse der Vernix caseosa brachten und deren Zusammensetzung folgendermaßen feststellten: Wasser 71·15%, Epithelien und andere eiweißhaltige Substanzen 19·75%, Fettsäuren und Cholesterin 9·05%, Aschen 0·8%. Die Autoren erörtern dann die Häufigkeit und den Grad der Vernix caseosa, stellen gegenüber ELSASSER und ROBIN, welche behaupten, daß die Hälfte der Kinder ohne Vernix caeosa geboren werden, fest, daß bei 41% die Menge eine reichliche, bei 34% eine mittlere und bei 17% fehlend sei, und stellen eine Häufigkeitsskala der befallenen Regionen auf, welche wie folgt lautet: 1. Gegend der Wirbelsäule, Lendenkreuzbeingegend und Schulterblattgegend, 2. Ohren, 3. Nacken, 4. Achselfalten und Schenkelbeugen, 5. Hinter-Außenseite der oberen Extremitäten, 6. Hinter-Außenseite der unteren Extremitäten, 7. Genitalregion, 8. Palma und Planta, 9. Stirne, 10. Scheitel, 11. Gesicht, 12. Vorderfläche des Stammes, 13. Vorder- und Innenfläche der Oberschenkel. Die Epithelium-Sebummasse, aus welcher die Vernix caseosa zusammengesetzt ist, erscheint gewöhnlich zwischen dem 5. und 6. Schwangerschaftsmonate in Form symmetrisch angeordneter, milchweißer Plaques; die Konsistenz ist entweder ziemlich fest und geht bis zur Dünnflüssigkeit, manchmal ist die Schichte bis 1 *mm* dick, manchmal nur ein dünnes Häutchen bildend, das sich in Form kleinster Schuppen ablöst. Die Farbe ist weiß bis dunkelgelb. Die histologische Untersuchung zeigt die Masse zusammengesetzt: 1. Aus gequollenen verhornten Epithelien, die zum Teil noch Kerne zeigen; die Zellen färben sich mit Osmiumsäure, zum Teil graubraun, zum Teil bleiben sie ungefärbt; gegenüber SABOURAUD, welcher die ungefärbte Substanz für Fett hält, glauben die Autoren, daß dies nach der Inkonstanz der Färbung mit Osmiumsäure nicht der Fall ist, sondern daß es sich um eine Störung in der Keratinisation handelt; 2. enthält die Vernix caseosa freies Fett, und 3. Lanugohaare in wechselnder Menge. Schon im Jahre 1900 haben JAQUET und RONDEAU auf eine Erscheinung bei den Föten und Neugebornen aufmerksam gemacht, welche speziell im Gesicht auftritt und aus

weißgelben Körnchen besteht; diese sind stecknadelkopfgroß, rund, glänzend, können an allen Stellen des Körpers, auch auf Palmae und Plantae auftreten, bevorzugen jedoch das Gesicht. In der Mitte sieht man mit der Lupe oft einen scharfen, weißen Punkt, und dieses ist ein Haar. Das Auftreten erfolgt im 4. Schwangerschaftsmonat, im 6.—7. sind die Effloreszenzen voll entwickelt. Sie bilden sich entweder zurück oder sie verbreitern und vergrößern sich etwas, bekommen einen roten Hof (Akne), brechen auf und hinterlassen eine feine kaum merkliche Verfärbung. Untersucht man die geschilderten Effloreszenzen im Gesicht, welche besonders der Nase aufsitzen, in Schnittpräparaten, so findet man den Follikel ampullenförmig erweitert; die Erweiterung ist rund oder oval, liegt intraepidermoidal und enthält Haare, Sebumwasser und ungefärbte Tropfen öliger Konsistenz; die letzteren färben sich nicht mit Osmiumsäure, nicht mit Karmin. Am Nasenflügel speziell liegen die Ampullen tiefer, erreichen in Kürbis- oder Flaschenform oft bedeutende Größe; die Ektomie liegt hier am Ansatz der Talgdrüsen, welche selbst atrophisch erscheinen. Als Grund für die Bildung der Pseudozysten glauben die Autoren neben einer plötzlich einsetzenden Vermehrung der Sekretion auch eine Änderung in der Zusammensetzung des Sekretes annehmen zu müssen und greifen hier auf das zurück, was WILSON für die juvenile Akne angenommen hat. Das Sekret wird trockener, klebt am Lanugohaar fest und verstopft daher leicht den Ausführungsgang. Auf die Frage, warum sich die Vernix caseosa nur an bestimmten Stellen entwickelt, antworten die Autoren, daß ihre Entwicklung mit der Ausbildung der Lanugohaare zusammenhängt. Die Lanugohaare entwickeln sich besonders auf der Rückfläche des Körpers bis zu den Fersen hinab, an den Ohren und an der Stirne; es kommt im Haartalgdrüsensystem zu einer Überproduktion und dann zur Involution; der Effekt der Überproduktion ist die Vernix caseosa. Diese ganze vorübergehende Erscheinung intensiver Lanugohaarbildung und Sebumproduktion bezeichnen die Autoren als atavistische Erscheinung. Daß bei kranken Kindern die Bildung der Vernix caseosa eine stärkere ist, beziehen die Autoren auf einen Reizzustand der Haut, welcher in Stoffwechselstörungen seinen Grund hat. Eine auffällige Beziehung bezüglich der Extensität und Intensität der Vernix caseosa ergibt sich zwischen Mutter und Kind. Kinder seborrhoischer Mütter zeigen in einem weit höheren Prozentsatz ausgebreitete Vernix caseosa und miliare infantile Akne als die nichtseborrhoischer. Auch in der Lokalisation zeigt sich die Heredität. Zum Schlusse sprechen die Autoren von der interessanten Analogie, welche besteht zwischen der Entwicklung der Geschlechtsdrüsen und der Seborrhöe zur Zeit der Pubertät einerseits und der Bildung und intrauterinen Entwicklung der Geschlechtsdrüsen wie Milch und Talgdrüsen andrerseits. Die Autoren bezeichnen die Periode der fortschreitenden intrauterinen Entwicklung der Geschlechtsdrüsen, welche sich mit proliferierenden Vorgängen an Milch- und Talgdrüsen verbindet, als Pubertät en miniature; auch der Fötus hat seinen Haarausbruch, seine Seborrhöe, seinen Komedo, seine Akne; es kommt auch zur Bildung frontotemporaler Alopezie, die Haare selbst sind verdünnt und depigmentiert. Auf diese produktive Periode folgt eine der Ruhe, welche bis zum zweiten Akt der Pubertät dauert. La pathologie d'embryon est, en ce concerne les maladies d'évolution, la recapitulation de la pathologie de l'individu.

Kl. F.

JOHANNES HAHN (Mainz): **Der Extensionskopfträger.**

Der neue Apparat dient zur Behandlung der Skoliose und spondylitischen Kyphose; er soll folgenden Indikationen genügen („Münch. med. Wochenschr.", 1905, Nr. 30): Er soll 1. das Gewicht des Kopfes nach Bedarf teilweise oder völlig tragen und somit die Belastung der Wirbelsäule durch denselben verhindern; 2. eine derartige weitergehende Erhebung des Kopfes bewirken, daß er eine gewisse Streckung — Extension — der Wirbelsäule herbeiführt; 3. soll er zusammen mit dem Korsett den Rücken bzw. die Wirbelsäule fixieren helfen, sowohl bei skoliotischen wie bei spondylitischen Prozessen; 4. soll er bequem zu handhaben sein; 5. soll er so wenig als möglich häßlich und auffällig sein. Der Extensionskopfträger besteht aus drei Hauptteilen: dem Kopfteil, einem dem Kopf nach Gipsmodell genau angepaßten, gut gepolsterten Halsring, der so gearbeitet ist, daß er sich vorn gegen die Kinn- und Unterkiefergegend, hinten gegen den Hinterkopf stützt, dabei die Ohrgegend freiläßt und durch seitliche Verbindungsstangen, die den hinteren und vorderen Teil leicht ineinander zu befestigen gestatten, genügende Haltbarkeit und eine gefällige Form erhält. Der Kopfteil ist, besonders in der Kinngegend, sorgfältig gepolstert, um Dekubitus zu verhüten. Der zweite Bestandteil des Apparates ist die Rückenstange; diese ist aus bestem Stahl so leicht wie möglich, aber so stark, daß sie in sich nicht federt, gearbeitet. Damit der Halsring leicht abnehmbar wird, ist der oberste Teil der Rückenstange für sich hergestellt und mit Hilfe einer Gabel an der Unterfläche des ersteren festgenietet. Das untere Ende wird in eine entsprechende röhrenförmige Öffnung eingeschoben. Der Hauptteil der Rückenstange läuft in zwei Führungen, aus denen er leicht herausnehmbar ist, und ist zum Verlängern eingerichtet. Am unteren Ende trägt sie zwei seitliche Ansätze als Angriffspunkte. Nach unten stützt die Rückenstange sich auf den eigentlichen Extensionsteil; dieser besteht in der Hauptsache aus einer Spiralfeder, die sich in einer Hülse in der Regel am Lendenteil des Korsetts befindet. Auf sie stützt sich von oben her die Rückenstange derart auf, daß sie die Feder zusammenzudrücken sucht. Die Kraft der Feder ist so bemessen, daß ein Gewicht von 3 *kg* sie zu komprimieren beginnt. Alle Teile sind leicht auseinanderzunehmen. Die Wirkung des Apparates besteht darin, daß er den Kopf von unten hochhebt und die Vermehrung der Federspannung über das Gewicht des Kopfes hinaus eine beständige Extensionswirkung auf die Wirbelsäule ausübt und diese gerade zu strecken sucht. Dabei gestattet die Verbindung in der Halsgegend ein Drehen des Kopfes in der Horizontalebene, falls Zapfen und Lager rund gearbeitet sind; um hier eine Drehung unmöglich zu machen, z. B. für Spondylitis cervicalis, braucht man nur Zapfen und Hülse oval zu halten. Statt des kompletten HESSING-Korsetts kann man in geeigneten Fällen auch nur das Stahlgerüst desselben, oder auch ein in der Taille gut eingearbeitetes Leder- oder Zelluloidkorsett od. dgl. verwenden. Die Anlegung des Apparates geschieht in der Weise, daß das Korsett an dem im Suspensionsapparat gestreckten Patienten zuerst festgeschnürt wird. Dann wird der Kopfteil um den Hals gelegt und zusammengefügt, hierauf die Rückenstange mit Hilfe der kleinen Queransätze am unteren Ende unter Kompression der Spiralfeder herabgedrückt und mit Hilfe des Sperrhakens festgestellt. Schließlich wird der Kopfteil mit seiner kurzen Stahlstange in das obere hohle Ende der Rückenstange eingesetzt.

L.

OTTO AF KLERCKER (Lund): **Studien über die Pentosurie.**

Wir sind nicht in der Lage, über die Prognose bei der Pentosurie mit völliger Sicherheit etwas auszusagen, obwohl sie allem Anschein nach keineswegs eine so schlechte wie jene des Diabetes mellitus ist. Von einer spezifischen gegen die Pentosurie gerichteten Therapie ist keine Rede. Nur ist hervorzuheben, daß ein antidiabetisches Regime bei reinen Pentosurien selbstverständlich keinen Zweck hat. („Nord. med. Ark.", 1905, H. 2, Nr. 6.) Ein bestimmter Gegensatz zwischen diesen reinen Pentosurien und den mit Glukosurie kombinierten ist indessen, da wahrscheinlich alle möglichen Übergänge existieren können, kaum aufrecht zu halten. Die bisweilen bei Fällen von Diabetes mellitus konstatierte geringe Pentoseausscheidung bedarf einer erneuten Prüfung. Vorläufig müssen wir diese Fälle von der echten Pentosurie getrennt halten. Ob wir der Pentosurie jeden Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus absprechen können, ist jedoch nicht bestimmt zu sagen. Speziell muß hier erforscht werden, inwieweit eine bestehende familiäre Diabetesdisposition auf das Entstehen der Pentosurie von Einfluß sein kann. Das einzige, was bisher in ätiologischer Beziehung als sicher festgestellt gelten kann, ist das familiäre Auftreten der pentosurischen Stoffwechselstörung. Die Nahrung scheint nicht ganz ohne Bedeutung für die Pentoseausscheidung zu sein. Hunger bzw. Unterernährung bewirken offenbar eine Verminderung derselben. Der nachgewiesene Parallelismus zwischen den stündlichen Harnstickstoff- und Harnpentoseausscheidungen ist wahrscheinlich auch in dieser Richtung

3*

zu deuten. Die Muttersubstanz der Harnpentose ist sicherlich nicht in den Kohlehydraten der Nahrung zu suchen. Ob die Galaktose dagegen, wie die NEUBERGsche Hypothese es voraussetzt, als eine solche wirklich herangezogen werden kann, muß weiter geprüft werden. Die durch NEUBERG gemachte Bestimmung der Harnpentose als r-Arabinose muß ebenfalls an weiteren Pentosuriefällen nachgeprüft werden. B.

GAUCHER (Paris): **Die Mykosis fungoides, ihr Prodromal- und Anfangsstadium.**

Die Prodrome der Mykosis fungoides sind oft Ekzemformen, welche durch ganz besonders lebhafte Röte und sehr heftiges Juckgefühl sich auszeichnen; ferner kommt als Vorläufer Psoriasis, auch Urtikaria in kleinen Plaques usw. vor („Gaz. des hôp.", 1905, Nr. 15 und 25). Diese Eruptionen haben eine lange Dauer, sie verschwinden und kommen wieder, aber im allgemeinen sind sie hartnäckiger Natur, können mehrere, ja 10, 15 und 20 Jahre lang bestehen, ehe die typische Form der Mykosis auftritt. In seltenen Fällen stellt sich diese ohne Vorläufer ein; dann ist der Verlauf ein rascherer. Was die Neubildung selbst betrifft, so ist sie meist unter der Haut verschieblich, von der Größe einer Haselnuß bis zu der einer Faust, sie sitzt mit breiter Basis auf; mehrere können auch verschmelzen und bilden dann eine gelappte Geschwulst. Die Farbe ist meist rosa oder tomatenrot, so daß, wenn noch keine Deformation vorhanden, die Neubildungen in der Tat oft Tomaten gleichen. Zuweilen verschwinden die Tumoren spontan, meist ulzerieren sie aber und sehr rasch tritt dann der Tod ein. Die eine Neubildung kann auch abheilen und an anderen Stellen treten andere wieder auf usf., aber nichts kann das schließliche tödliche Ende aufhalten. Histologisch handelt es sich um ein netzartiges Bindegewebe mit sehr feinen Fasern und eingelagerten embryonalen (sternförmigen) Elementen. Diese Struktur hat große Ähnlichkeit mit dem großzelligen Sarkom und es scheint, daß die Mykosis eine embryonale, nur die Hautschichten befallende Neubildung ist. Sie tritt erst nach dem 40. Lebensjahre auf und mit Vorliebe beim männlichen Geschlechte. Sie ist nicht hereditär, scheint auch nicht direkt übertragbar zu sein. Differentialdiagnostisch kommt bei voll entwickelter Affektion nur das Sarcoma teleangiektodes KAPOSI in Betracht. Therapeutisch empfiehlt GAUCHER zur Verhütung von Exkoriationen Salizyl- und Tanninsalben, gegen die Geschwüre Kaustika oder antiseptische Mittel; die Geschwulst selbst soll mit dem Thermokauter entfernt, Röntgenbestrahlung nur vorsichtig angewendet werden. G.

A. I. DAMSKI (St. Petersburg): **Radiographie und Katheterismus der Ureteren als diagnostisches Hilfsmittel bei verschiedenen Erkrankungen der Nieren und der Harnwege.**

Nach einem Gesamtüberblick über den gegenwärtigen Stand der angeregten Fragen berichtet Verf. („Wratschebnaja Gazetta", 1905, Nr. 27) über zwei Fälle aus seiner eigenen Praxis. Die beiden Fälle rühren aus der chirurgischen Klinik der Warschauer Universität her. 1. Die 24jährige Patientin wurde aus der gynäkologischen Abteilung mit der Diagnose „Ren mobile" zur Nephropexie der chirurgischen Abteilung überwiesen. Die Untersuchung ergab in dem linken Teile des Abdomens eine harte, glatte, außerordentlich bewegliche Geschwulst, deren Konturen an diejenigen der Niere erinnerten. Da sich durch keine Untersuchungsmethode mit Sicherheit feststellen ließ, daß die Geschwulst zweifellos die Niere sei, hat Verf. die Katheterisation des linken Ureters ausgeführt und dann die linke Hälfte des Abdomens radiographiert, die Geschwulst im linken Hypochondrium fixierend. Es ergab sich, daß der Katheter bis an die 12. Rippe herangekommen war, wo sich folglich die Niere befand, wodurch leicht der Beweis erbracht werden konnte, daß die im Hypochondrium fixierte Geschwulst nicht die Niere sei. Tatsächlich konnte bei der Operation festgestellt werden, daß die Geschwulst nichts anderes als eine auf einem außerordentlich langen Stiel sitzende Ovarialzyste war. 2. Der zweite Fall ist weit interessanter, da die Katheterisation der Ureteren mit nachfolgender Radiographie hier zur Feststellung der Lokalisation und der Natur der Affektion des Ureters verwendet wurde, worüber, wie Verf. annimmt, in der Literatur noch nicht berichtet worden ist. Die Pat. kam nach der Klinik wegen einer Harnfistel, die nach Entfernung eines großen Uterusfibromyoms entstanden war. Die Untersuchung ergab, daß eine urethro-vaginale Fistel vorliege. Weder aus der Anamnese, noch aus der objektiven Untersuchung konnte der sichere Beweis entnommen werden, welcher Ureter affiziert ist, ob der affizierte Ureter quer durchschnitten oder nur angeschnitten sei, und in welcher Höhe dies der Fall sein könne. Nur mit Hilfe der gleichzeitigen Sondierung der Ureteren und der Vaginalfistel mit nachfolgender Radiographie konnte festgestellt werden, daß der rechte Ureter betroffen, daß er quer durchschnitten sei und daß die Verletzung oberhalb der Linea innominata liege. L—y.

DRESER (Berlin): **Zur Anwendung des Jothions.**

Das Wesentliche bei der therapeutischen Anwendung des Jothions besteht in seiner Eigenschaft, bei der allmählichen Resorption durch die Haut verseift zu werden, so daß das sonst per os gegebene Jodalkali erst in den Geweben selbst sich bildet. Das Maximum der Jodkonzentration breitet sich von der Einreibungsstelle gewissermaßen als dem höchsten Konzentrationsniveau erst auf den ganzen Körper als tieferes Niveau aus, dabei sich fortwährend verdünnend, während umgekehrt bei Eingabe von Jodalkali in den Magen die gesamten Körpersäfte denjenigen Jodalkaligehalt angenommen haben müssen, welchen der therapeutische Effekt des Erkrankungsherdes erfordert („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 23). Die erfolgreiche Behandlung mancher rheumatischer Affektionen durch Gaultheriaöl oder Mesotaneinreibungen fußt auf dem gleichen Prinzip. Das Jothion besitzt ferner einen leicht hypnotischen Effekt. Gegen die subkutane Injektion des Jothions spricht namentlich seine Reizwirkung. Die relativ geringe Löslichkeit des Jothions wirkt in dem Sinne, daß bei der Einreibung von Jothion die Möglichkeit, daß unzersetztes Produkt im Körper zirkulieren könne, erheblich eingeschränkt ist. Das bei der Zersetzung des Jothions sich bildende Jodalkali ist das therapeutisch beabsichtigte Endprodukt. Versuche über die Ausscheidung von organischem Jod im Harn von Kaninchen nach Jothioneingabe in den Magen zeigten, daß außer dem als Jodalkali abgespaltenen Jod auch noch organisches Jod in den Harn übergegangen war, und zwar in nicht unerheblicher Menge. Für den therapeutischen Zweck der gewöhnlichen Jodwirkung ist dieses organische Jod natürlich wertlos, denn es ist Jothion, das unbenutzt den Körper passiert hat. Es scheint am zweckmäßigsten, nicht viel Jothion auf einmal, sondern öfters kleinere Dosen, pro die nicht über 4 *g* einreiben zu lassen. L.

SOMMER (Mannheim): **Mitteilungen über Theophyllin auf Grund einer Statistik von 855 Fällen.**

Der Autor gelangt an der Hand seines Materials zur Ansicht, daß das Theophyllin und seine Salze zu den hervorragendsten Diureticis gehören („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 6). Verf. hat es auch unternommen, die unangenehmen Neben- und Nachwirkungen des Theophyllin zu analysieren und auf deren Richtigkeit zu prüfen. Da ihm das verhältnismäßig ungeheure Material von 855 Fällen zur Verfügung stand, so ist seinen Schlußfolgerungen jedenfalls eine große Bedeutung beizumessen. Die in etwa 35% der Fälle auftretenden Nebenwirkungen bestehen hauptsächlich in Appetitlosigkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen. Dieselben lassen sich vermindern, wenn man Vorsicht in der Dosierung übt und das Präparat in Lösung gibt. Schwerer zu verhindern sind die nervösen Nebenwirkungen, bestehend in Erregungszuständen, Krampfanfällen und Kollapszuständen. Diese Erscheinungen traten in etwa 6% der behandelten Fälle auf, und zwar zumeist bei älteren Leuten. S. ist der Ansicht, daß auch diese wenigen Fälle nicht ganz auf das Konto des Theophyllins gesetzt werden dürfen. Die leichteren nervösen Nebenwirkungen des Theophyllins lassen sich durch Kombination mit Adonis vernalis vermeiden. G.

Kleine Mitteilungen.

— Als neue Hilfsmethode zur Diagnose und **Therapie der Gonorrhöe** hat ALEXANDER die Anwendung des Wasserstoffsuperoxyd H_2O_2 erprobt („Zentralbl. f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane", 1905, H. 4). Die Methode beruht auf der bekannten Tatsache, daß Wasserstoffsuperoxyd beim Zusammentreffen mit Blut, Eiter, Bakterien, stickstoffhaltigen oder leimgebenden Substanzen in Sauerstoff und Wasserstoff gespalten wird. Es tritt hierbei durch starke Entwicklung von Sauerstoffgas Schaumbildung in die Erscheinung, die sich nach Einspritzung in die Harnröhre am Orificium externum zeigt. Der Schaum wird auf einem Deckglas aufgefangen, fein verstrichen und das Präparat, das vorsichtig wegen der dünnen Schicht behandelt werden muß, nach der gewöhnlichen Methode mit LÖFFLERscher Methylenblaulösung gefärbt und untersucht. Durch dieses Verfahren werden die Gonokokken aus allen ihren Schlupfwinkeln herausgeholt und das Bestehen einer Gonorrhöe auch in solchen Fällen nachgewiesen, in denen alle bisherigen Methoden negative Resultate ergaben. Die Menge der einzuspritzenden Lösung richtet sich nach der Kapazität der Urethra. Der Schaum bildet sich bereits nach einigen Minuten, man braucht also nicht erst Stunden bis zur Gewinnung des Sekrets verstreichen zu lassen. Durch das sich explosiv entwickelnde Sauerstoffgas werden die Gewebe, Leukozyten, Epithelien, Gonokokkenhaufen auseinandergerissen, man findet also die letzteren nicht mehr intrazellular zusammenliegend im Präparat. Die Methode wird hauptsächlich zur Verwendung kommen 1. bei Gonorrhoea chronica, um festzustellen, ob überhaupt noch Gonorrhöe als solche besteht, 2. bei Urethritis zweifelhaften Ursprungs, 3. bei verdächtigem Koitus im Anfangsstadium, um zu sehen, ob tatsächlich neue Infektion stattgefunden hat. Therapeutisch wirkt das Wasserstoffsuperoxyd erstens mechanisch, indem es die Gonokokkenhaufen aus ihren Schlupfwinkeln, Lakunen und Drüsen herausreißt und indem es durch die O-Gasbildung eine Spannung und Dehnung der Schleimhaut und Lockerung des Epithels hervorruft, zweitens chemisch als Entgiftungsmittel durch Oxydation der Gonokokkentoxine.

— Zur **Behandlung der Nachwehen** gibt man nach ANDEBERT („Arch. méd. de Toulouse", 1905, Nr. 3) am häufigsten Opiate; dieselben haben aber den Nachteil, daß sie erstens die Muskelkontraktionen des Uterus überhaupt lähmen und daß sie zweitens, namentlich bei längerem Gebrauche, Konstipation hervorrufen. Aus diesem Grunde verordnet man wohl lieber Chloralklistiere, Tinct. Viburini prunifolii und Antipyrin. Aber besser als alle diese wirkt in solchen Fällen das Salophen; es hat den großen Vorzug, nur die Schmerzhaftigkeit der Kontraktionen zu beseitigen, ohne diese letzteren selbst zu kupieren. Man gibt das Mittel in 1 *g*-Dosis. Gewöhnlich lassen die Schmerzen schon nach einer halben Stunde nach. Andernfalls wiederholt man die Gabe nach etwa 2 Stunden. Verf. führt zum Belege für seine Angaben 13 Krankengeschichten aus seiner Praxis an.

— Ein **Lufturethroskop** hat WASSERTHAL konstruiert („Zentralblatt f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorgane", Bd. 15, H. 6). Das Instrument entspricht dem OBERLÄNDER-VALENTINEschen Instrumente, besitzt jedoch am oberen luftdicht verschlossenen Konus einen Hahn für die Zufuhr von Luft, die mit gewöhnlicher Stengelspritze durch einen Schlauch in das Innere des Tubus hineingepreßt wird. Eindringen von Luft in die Blase wird durch Zusammendrücken mit den Fingern oder durch Andrücken an den Bogen der Symphyse vom Rektum aus verhindert. Es lassen sich mit diesem Instrument größere Schleimhautpartien gleichzeitig übersehen, wobei man über die Dehnbarkeit, Nachgiebigkeit und Starrheit der Urethralwände Aufschluß bekommt. Durch das seitliche Anlegen des schräg zugespitzten Tubusendes an die Schleimhaut kann man einzelne Gesichtsfelder anämisch machen und somit die Schleimhaut partienweise quasi „unter Glasdruck" der Dermatologen absuchen. Es springen dadurch im Gesichtsfeld befindliche Drüsen, Polypen, Tuberkel etc. deutlicher hervor.

— Unter den **Bitterwässern** nimmt nach SILBERSTEIN („Allg. med. Zentr.-Ztg.", 1905, Nr. 45) die Apentaquelle eine besondere Stelle ein. Sie wird ohne Widerwillen genommen, da der Geschmack des Bittersalzes durch verhältnismäßig reichlichen Gehalt an Kohlensäure stark verdeckt wird. Bei Entfettungskuren bringt Apenta Fettschwund ohne Eiweißverlust zustande. Bei Bleivergiftung und der daraus hervorgehenden Obstipation ist Apenta am Platze, da durch das Bitterwasser Blei ausgeschieden und die tetanische Muskelkontraktion überwunden wird. Apenta ist also indiziert bei chronischen Magendarmerkrankungen (chronische Gastritis, chronische Obstipation, Hämorrhoiden), bei Leberleiden mit Pfortaderstase, Fettleibigkeit und Metallvergiftungen. 100 *g* Apenta, nüchtern morgens getrunken, erzielen stets einen breiigen Stuhl; bei einer längeren Kur genügen 100—150 *g*. Will man eine einmalige starke Wirkung herbeiführen, so gibt man bis $^1/_4$ *l*.

— Eine neue Methode der **Serumdiagnose einer tuberkulösen Erkrankung** schildert BRION („Deutsches Arch. f. klin. Med.", B. 82, H. 5. u. 6). Ausgehend von der Annahme, daß im Blute tuberkulöser Menschen eine tuberkulinartig wirkende Substanz kreist, versuchte er festzustellen, ob dieses Blut, tuberkulösen Tieren injiziert, eine Tuberkulinreaktion erzeugt. Er benutzte zu seinen Forschungen tuberkulös infizierte Meerschweinchen und injizierte ihnen Serum teils gesunder, teils tuberkulöser Menschen. Jedesmal wurde 1 cm^3 Serum einverleibt, und zwar teils intraperitoneal, teils subkutan, was bezüglich der Wirkung, wie sich herausstellte, keine Differenzen ergab. Das Resultat der Untersuchungen war, daß das Serum von Tuberkulösen bei tuberkulösen Meerschweinchen etwas häufiger eine Temperaturschwankung erzeugt, als das Serum Nichttuberkulöser. Regelmäßigkeit in dem Auftreten dieser Reaktion ließ sich nicht feststellen, die Methode wird deshalb kaum in dieser Form zu diagnostischen Untersuchungen geeignet sein.

— Die **perkutane Isopralanwendung** geschieht nach FOERSTER („Münch. med. Wochenschr.", 1905, Nr. 20) mit folgender Mischung, in der sich das Isopral leicht in der Kälte lösen läßt:

Rp. Ol. Ricini
Alkoh. abs. aa . . . . 10·0
Isopral . . . . 30·0

Es ist auch noch eine stärkere Konzentration möglich. Ältere Lösungen scheinen an Wirksamkeit zu verlieren. Die Applikation geschieht in der Weise, daß das gewünschte Quantum der Isoprallösung auf die Körperhaut — des Oberarmes und bei mageren Personen des Oberschenkels — eingerieben wird und zwar nicht zu lange, damit keine stärkere Verdunstung eintritt. Hierauf wird die ganze benetzte Hautpartie sofort mit Guttapercha bedeckt, das mit einer Binde in seiner Lage befestigt wird. Diese Bedeckung wird nicht vor Ablauf von 1—$1^1/_2$ Stunden entfernt. Bei dieser Anwendungsform hat Verf. an den eingeriebenen Hautstellen keine Reizerscheinungen gesehen, auch dann nicht, wenn an fünf aufeinanderfolgenden Abenden auf demselben Oberarm eine 50%ige Lösung aufgetragen worden war. Auf die geschilderte Weise wurden nun im ganzen bei 38 verschiedenen, fast ausschließlich weiblichen Personen an 140 Einreibungen vorgenommen, und zwar derart, daß anfänglich mit kleinen Dosen begonnen und dann vorsichtig gestiegen wurde. Das einzureibende Quantum wurde im Meßzylinder abgemessen und entsprach 1—5 *g* des Präparates. Bei einem Drittel der Versuchspersonen war ein positiver Erfolg zu verzeichnen. Der Schlaf trat nach $1^1/_2$—2 Stunden ein und hielt 4—7 Stunden an.

— Über **Muskeltransplantation** berichtet HILDEBRANDT („Fr. Verein. d. Chir. Berlins", 1905, 19. Juni): Verf. beschreibt die Operation eines paralytischen Schlottergelenkes der Schulter, welches sich im Anschluß an eine Poliomyelitis acuta entwickelt hatte. Als Ersatz für den gelähmten Heber des Oberarmes, den Deltoideus, verwandte er den kräftigen Pectoralis major, da sämtliche sonst in Betracht kommenden Muskeln funktionsunfähig waren. Es wurde die Haut getrennt durch einen Schnitt, welcher vom Ansatze der vierten Rippe ab am Sternalrande senkrecht nach oben bis zur Articulatio sterno-clavicularis verlief, daselbst rechtwinklig abbog und nun dicht oberhalb des Schlüsselbeines bis zum Akromion, von da aus über die Schulterhöhe bis fast zum Ansatze des Deltoideus reichte. Dieser Lappen wurde zurückpräpariert, sodann der Pectoralis major hart am Sternum und der Klavikula durchtrennt und unter Schonung der großen Gefäße sowie der Nerven vom Thorax abgelöst. Nun wurde der große Brustmuskel in Höhe der vierten Rippe durchschnitten, so daß er nur noch durch die Gefäße und Nerven sowie

seinem Ansatze am Humerus mit dem Körper zusammenhing. Sein abgetrennter Ansatz ließ sich jetzt unschwer über den des gelähmten Deltoideus verlegen, indem er eine Drehung um 90° erfuhr. Er wurde an das laterale Drittel der Klavikula und das Akromion durch derbe Catgutnähte fixiert, nachdem eine Rinne in den Knochen geschnitten war. Seine Fasern mußten somit im Sinne einer Elevation und Adduktion des Oberarmes wirken. Über dem Muskel wurde die Haut mit Seide genäht, der Humerus fest in die Pfanne gestellt. Der Verband wurde bei horizontal eleviertem Arme angelegt. Die Operation war von Erfolg begleitet. Der transplantierte Muskel funktionierte in gewünschter Weise. Die Patientin konnte den Arm schon nach sechs Wochen bis zur Horizontalen heben.

— Auf Grund einer Kasuistik von mehr als 200 Fällen weist BURNET („Med. Times and Hosp. Gaz.", 1905, Nr. 7) auf die guten Eigenschaften des Mesotans, besonders in Fällen von **Muskelrheumatismus** hin. Gute Dienste leistet es auch als schmerzstillendes Mittel bei Arthritis deformans und bei Ischias; in Fällen der letzten Affektion beobachtete Verf. eine große Erleichterung nach der Applikation von Mesotan. Auf die sogenannten Reizerscheinungen, die das Mittel bisweilen verursacht, ist schon sehr oft hingewiesen worden. Verf. hebt hervor, daß er niemals derartige Nebenwirkungen von dem Präparat gesehen habe. Besonders empfindlicher Haut muß es aufgepinselt werden und ist die Applikationsstelle von Tag zu Tag zu wechseln. Das Mesotan wird durch Feuchtigkeit zersetzt, deshalb muß die Haut vor der Applikation sorgfältig abgetrocknet werden. Ferner darf die Haut auch nicht mit einem impermeablen Stoffe bedeckt werden. Unter Beobachtung dieser Kautelen wird das Mesotan stets gute Resultate ergeben.

— Über die **Wirkung intravenöser Adrenalininjektion** auf das Gefäßsystem und ihre Beziehung zur Arteriosklerose berichtet K. ZIEGLER („ZIEGLERs Beitr.", Bd. 38). Verf. spritzte Kaninchen Dosen von 0·15 *g* einer 1‰igen Adrenalinlösung in die Ohrvene ein und untersuchte die Tiere nach verschiedenen Zeiten (nach 6, 10, 12, 20 Tagen, 6 Wochen, 6½, 7 und 10 Monaten). Es ergab sich nun, daß in der Media der großen Gefäße, besonders der Aorta, Nekrosen der Muskulatur mit Kalkeinlagerungen entstehen. An diese herdförmigen Nekrosen schließen sich relativ spät entzündliche Reaktionen und Vaskularisation von den Vasa vasorum aus an. Die Intima nimmt an diesen entzündlichen Veränderungen nicht teil, besonders bleibt das Endothel intakt; nur das subendotheliale Gewebe läßt Verbreiterungen und Wucherungen erkennen, die im wesentlichen kompensatorische Bedeutung besitzen, um die Abnahme der Widerstandsfähigkeit auszugleichen. Ein Parallelismus zwischen Ausdehnung der Nekrosen und entzündlichen sowie kompensatorischen Vorgängen besteht nicht. Im ganzen hat der durch Adrenalininjektionen erzeugte Vorgang Ähnlichkeit mit den reinen Mediaverkalkungen der Extremitätenarterien beim Menschen, läßt doch aber auch gewisse Beziehungen zur Arteriosklerose nicht vermissen. Jedenfalls ergeben die Untersuchungen die maßgebende Bedeutung der Muskularis für die Widerstandsfähigkeit der Wandungen gegen den Blutdruck.

— Als Kardinaleigenschaft des Schlafmittels **Veronal** bezeichnet neben EMIL FISCHER und V. MERING, neben MENDEL und KRON, WIENER und BERENT vor allem POLY („Münch. med. Wochenschr.", 1905, Nr. 20) die relative Unschädlichkeit. Veronal ist innerhalb eines verhältnismäßig weiten Spielraums in der Dosierung frei von unerwünschten Nebenerscheinungen; es sticht ferner durch Promptheit und Intensität seiner Wirkung vorteilhaft hervor, indem es im Verlauf einer halben bis einer Stunde einen vollkommen ruhigen, traumlosen, dem physiologischen Schlaf gleichenden, mehrstündigen Schlaf hervorruft; es wird von den Patienten gern genommen und stellt sich bei den kleinen Dosen, mit denen man im allgemeinen auskommt, im Gebrauch verhältnismäßig billig.

— Bei der **Radikaloperation des Kieferhöhlenempyems** kombiniert DENKER („Arch. f. Lar.", Bd. 17, H. 2) die Methoden von LUC, BÖNNINGHAUS, KRETSCHMANN. Er schneidet in die Übergangsfalte der Wangenschleimhaut ein, verlängert den Schnitt bis zur Apertura pyriformis und löst zunächst die Nasenschleimhaut von Boden und lateraler Wand des unteren Naseganges ab; der vordere Teil der unteren Muschel ist schon einige Tage vorher entfernt worden. Dann folgt die Fortnahme der fazialen Wand, dann des Randes der Apertur und der nasalen Wand. Nach Abkratzung des Bodens der Kieferhöhle wird aus der abgehobenen Nasenschleimhaut ein Lappen mit der Basis nach unten gebildet und auf denselben umgeklappt. Es folgt Verschluß der Wangenwunde und Tamponade von der Nase aus. Die Kieferhöhle soll gut zu übersehen sein und keine Entstellung des Gesichtes eintreten.

— Ein **Lippenkompressorium** zur unblutigen Operation der Hasenscharte empfiehlt BAYER („Zentralbl. f. Chir.", 1905, Nr. 37). Das Instrument ist ein nach Art einer kleinen DUPUYTRENschen Darmklemme gefertigter, aus 2 parallelen, quergerieften Branchen (mit 2 Führstäben und Schraube verbunden) bestehender kleiner Apparat, der am freien Ende der auf die Schleimhaut zu liegen kommenden Branche einen senkrechten kurzen scharfen Stift trägt, um beim Schließen die Schleimhaut zu durchbohren. Die Branchen werden nur so stark zugeschraubt, daß sie an der Lippe nicht hin- und herrutschen. Der kleine Apparat leistet besonders beim Umklappen der Lippenteile, auch beim Vorziehen und Nähen der Teile gute Dienste.

Literarische Anzeigen.

Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen. Von **Dr. med. Rudolf Grashey,** Assistenzarzt am chirurgischen Spital links der Isar in München. München 1905, J. F. Lehmann.

Ein Normal-Röntgenatlas ist für den Radiographen, wie nicht minder für jeden Arzt, der sich in einem Radiogramme orientieren will, ebenso wichtig, wie ein Atlas der deskriptiven Anatomie. Ist er außerdem so handlich, übersichtlich und mit so guten, alle Körperteile berücksichtigenden Bildern versehen wie der vorliegende, so kann er der freundlichsten Aufnahme seitens der Interessenten gewiß sein. GRASHEYs sehr schön ausgestatteter Atlas bringt 97 Autotypien in Originalgröße, ferner 42 Konturzeichnungen und 14 schematische Figuren. Ihnen sind als „Einleitung" einige Kapitel über Röntgenbilder, deren Perspektive, technische Details, über Varietäten des menschlichen Skeletts und über Beurteilung von Radiogrammen vorgestellt, die volle Beachtung verdienen. Neben fast jedem einzelnen Bilde ist eine die gleichen orientierenden Zahlen und Zeichen tragende Skizze vorhanden, welche die anatomische Orientierung ganz ausgezeichnet erleichtert. Wir zweifeln nicht an dem vollen Erfolge des schönen Werkes. B.

Sinnesgenüsse und Kunstgenuß. (LOEWENFELD und KURELLA, Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XX.) Von **Prof. Karl Lange.** Herausgegeben von HANS KURELLA. Wiesbaden 1905, Bergmann.

LANGE, der verstorbene Kopenhagener Professor für allgemeine Pathologie, geht von der Physiologie des Genusses aus. „Geschieht die Verengerung oder Erweiterung der Gefäße in einem Umfang und einer Stärke, daß wir diesen Vorgang in unseren Organen empfinden und daß die so hervorgerufenen Empfindungen sich als Veränderung unseres ganzen Allgemeinzustandes geltend machen, und haben wir zugleich einen Eindruck aufgenommen, der uns als Ursache der eintretenden Veränderung imponiert, so sagen wir, es wäre eine Gemütsbewegung aufgetreten, die je nach den Umständen Behagen oder Unbehagen, Genuß oder das Gegenteil bedingen kann." „Der Genuß ist also ein physiologisches Phänomen." „Die Unklarheit kommt daher, daß man nach alter Gewohnheit seinen Ausgangspunkt von der Gemütsbewegung nimmt, diesem ganz unphysiologischen und wissenschaftlich genommen unmöglichen Begriff, der nun aber einmal in der Physiologie Fuß gefaßt hat, statt von der Gefäßinnervation auszugehen und deren psychische Resultate zu analysieren." „Wir können zum vorläufigen Verständnis den Genuß definieren als die Stimmung, die man zu erreichen strebt, und als Kriterium, ob eine Stimmung für jemand ein Genuß ist, können wir den Umstand betrachten, ob der Betreffende in diese Stimmung zu gelangen sucht." „Das Genußverlangen des Menschen hat an der Natur allein nie völlige Befriedigung gefunden." „Wenn die dem Menschen eigene Begier nach Genuß wirklich befriedigt werden

sollte, so müßte der Mensch selbst Genußmittel hervorbringen." „Kunstwerk nennen wir jedes Menschenwerk, das seinen Ursprung in dem bewußten Bestreben hat, einen Genuß durch das Auge oder durch das Ohr hervorzurufen." In der hier durch einige wenige Punkte angedeuteten Richtung werden die Affekte in ihrer Beziehung zum Genuß und die Kunstgattungen (Dekoration, Malerei, Dichtkunst, Bühne) analysiert. Bei dem „Versuche, die allgemeinen Faktoren ausfindig zu machen, mittelst welcher Kunstgenuß hervorgebracht wird, hat sich keine Notwendigkeit ergeben, andere Faktoren in Betracht zu ziehen, als die Abwechslung, die sympathische Gefühlserregung und schließlich die Bewunderung, also dieselben Faktoren, die wir auch wirksam gefunden haben, wo es sich darum handelt, planmäßig Genuß hervorzubringen. Für den Kunstgenuß hat jeder dieser Faktoren eine andere Bedeutung; die Abwechslung und die Sympathie sind die eigentlichen Kunstmittel, die überlegt und planmäßig angewendet werden und die zur Erreichung immer größerer Fülle und Vollkommenheit gepflegt und entwickelt werden können. In diesem Sinne ist die Bewunderung, die Ekstase, kein Kunstmittel, sie ist vielmehr ein besonderer Zustand des Genusses selbst; dieser Zustand wird hervorgerufen durch das Gefühl, vor überwundenen Schwierigkeiten, gleichviel welcher Art, zu stehen." Die Abwechslung ist „eine Bedingung für jeden Genuß, die Sympathie ein mächtiges Mittel zur Erreichung genußreicher Stimmungen, die Ekstase sogar ein absoluter Genußzustand". Die Kunst ist „zu definieren als der Inbegriff der menschlichen Werke, welche durch Abwechslung, sympathische Stimmungserregung oder Erweckung von Bewunderung Genuß gewähren". „Das ästhetische Verständnis eines Kunstwerkes muß davon ausgehen, durch welches allgemeine Kunstmittel das Kunstwerk dazu kommt, Genuß hervorzubringen." „Die Einsicht, daß die Kunst so heterogene, aber gleichberechtigte Mittel zu ihrer Verfügung hat, ermöglicht es erst, gerecht und kritisch den verschiedenen Kunstperioden und Kunstrichtungen gegenüberzustehen und zu begreifen, wie es kommt, daß die Aufgaben und Ziele der Kunst beständig wechseln müssen, nicht infolge zufälliger Umstände oder Zeitverhältnisse, sondern infolge einer Naturnotwendigkeit." Die Wissenschaft muß „vor allem über ihre Objekte und Aufgaben im klaren sein; wenn die Ästhetik eine Wissenschaft werden will, so muß sie den Versuch eines Kompromisses mit der ganz unklaren und bestimmten populären Auffassung von der Schönheit und vom Schönen aufgeben". „Die Schönheit ist der Eindruck, den wir von gewissen Einwirkungen erhalten, welche unser Organismus erfährt. Soll der Ästhetik die Aufgabe gestellt werden, das Schöne zu analysieren, so heißt das mit anderen und klareren Worten, daß ihr Ziel die Untersuchung des Vorganges ist, durch welchen Genußzustände in uns zustande kommen." „Die Aufgabe ist ihrem Wesen nach rein physiologischer Natur." In diesem Sinne gibt der Herausgeber dem Werke den Untertitel: „Beiträge zu einer sensualistischen Kunstlehre." Und derselbe Umstand war der Anlaß, das Werk in einer medizinischen Zeitschrift so ausführlich zu besprechen. Auf seine außerordentlich zahlreichen einzelnen Schönheiten kann leider bloß hingewiesen werden. INFELD.

Neue physikalisch-chemische Untersuchungen der Milch. Unterscheidung physiologischer und pathologischer Kuhmilch. Von **Dr. C. Schnorf.** Zürich 1905, Orell Füßli.

Die üblichen Milchuntersuchungsmethoden, die marktpolizeiliche Kontrolle, die Prüfung auf den Marktwert (Fettgehalt) sind wohl kaum hinreichend zu einer Prüfung der Milch auf ihre Brauchbarkeit als Nahrungsmittel. Verf. stellte sich die Aufgabe, Methoden zu finden, die diese Lücke ausfüllen könnten. Es wurden die physikalisch-chemischen Untersuchungsmethoden, die Feststellung des osmotischen Druckes, Messung des spezifischen elektrischen Leitungswiderstandes und der Refraktoskopie in ihrer Verwertbarkeit für die Milchanalyse einer Prüfung unterzogen. Durch eigene eingehende Untersuchungen (fast 4000 Messungen) wurden zunächst die physiologischen Grenzen gezogen und dann die Verhältnisse bei kranker Milch geprüft. Es erwies sich, daß die Vereinigung der drei Methoden die Erkennung eines krankhaften Zustandes des Milchtieres gestattet. So zeigte alle untersuchte Milch euterkranker Kühe immer ein erhöhtes, nie ein normales oder erniedrigtes Leitvermögen, so daß diese Methode für sich allein schon zum direkten Nachweis von Milchfehlern genügen kann. Der Arbeit sind als Beweismaterial die ganze Technik, die Literatur, Tabellen und Protokolle beigegeben. Die Arbeit geht ganz neue Wege, die uns bei Verallgemeinerung der Technik vielleicht eine genauere Einsicht in Verhältnisse bringen können, welche uns bisher völlig unklar waren. Es steckt viel Aussichtsreiches und Anregendes in den Untersuchungen, denen der Autor Mühe und zeitraubende Studien und dankenswerte Ausführlichkeit gewidmet hat. NEURATH.

Feuilleton.

Zur Regelung der Laien-Massage.

Die Erfolge der Zahntechniker lassen die „Masseure" nicht schlafen. Sie wollen auch eine Genossenschaft haben; auch sie scheinen hierbei der Unterstützung des gewerbsfreundlichen Wiener Magistrates sich zu erfreuen.

Schon die frühere Wiener Ärztekammer hat in der Vorstandsitzung vom 31. März 1903 an die niederösterreichische Statthalterei eine Eingabe gegen die Errichtung einer Masseurgenossenschaft gerichtet, nachdem über einen Dringlichkeitsantrag des Dr. STRICKER ein Referat erstattet worden war. Bezüglich der Regelung der Massage hätte die frühere Kammer in einer späteren Sitzung entscheiden sollen, aber die Selbstauflösung der Kammer hat dies unmöglich gemacht. Obgleich nun seit der Eingabe vom 31. März 1903 schon nahezu 30 Monate verstrichen sind, hat die Statthalterei es bisher noch nicht für gut befunden, ihren Standpunkt in der Frage der Massage durch Nichtärzte zu offenbaren.

Unterdes scheint es, als ob die für die Genossenschaftserrichtungen beinahe maßgebendste Behörde schon ungeduldig der Entscheidung harre, um das „Gewerbe der Massage" konzessionieren zu können, denn der Magistrat hat mit Note vom 29. Dezember 1903 bereits an die Kammer die Anfrage gestellt, ob sich die Statthalterei schon in der obgenannten Frage geäußert habe.

Die Wiener Ärztekammer hat die in Rede stehende magistratische Anfrage zum Anlaß genommen, noch einmal an die niederösterreichische Statthalterei heranzutreten, um im Namen aller Ärzte, die in dieser Frage eines Sinnes sind, gegen die Errichtung einer Masseurgenossenschaft Einspruch zu erheben. Diese Frage ist — wie der Referent Dr. HEINRICH GRÜN in seinem von der Wiener Ärztekammer akzeptierten Referate ausführt — keine Sache, welche bloß die niederösterreichische oder die Wiener Ärzteschaft betrifft, sondern die Ärzte ganz Zisleithaniens würden von einem solchen Schritte der Gewerbebehörde auf das empfindlichste getroffen.

Gegen die Errichtung einer Genossenschaft hat die Wiener Ärztekammer vielfache Gründe anzuführen:

1. Geht man von der Ansicht aus, daß das Massieren ein selbständiges Gewerbe sei, so müssen die in Österreich für jedes Gewerbe geltenden Bestimmungen zur Anwendung kommen, nach denen nur der die Berechtigung zum Betriebe eines Gewerbes erlangen kann, der die vorgeschriebene Lehr- und Dienstzeit nachzuweisen in der Lage ist.

Dieser Umstand kann aber bei keinem der Laien-Masseure zutreffen; es ist daher aus diesem Grunde die Bildung der Genossenschaft nicht den gesetzlichen Vorschriften entsprechend. Keiner der Laien-Masseure hat eine gesetzlich genau normierte Lehr- und Ausbildungszeit durchgemacht, die eine Garantie bieten könnte, daß er das Gewerbe, das er auszuüben beabsichtigt, auch wirklich versteht. Es müßte also, bevor an die Gründung einer solchen Genossenschaft geschritten wird, vorher genau bestimmt werden, welche Kenntnisse die Mitglieder aufweisen müssen und wo sie sich dieselben zu verschaffen haben.

2. ist aber das Massieren eine rein ärztliche Beschäftigung, für welche nur der Arzt die Indikation und Gegenindikation kennt. Denn um die Indikation zur Vornahme der Massage stellen zu können, bedarf es der gründlichen Vertrautheit mit allen Zweigen der Medizin,

der Fähigkeit, Sitz und Art der Krankheit und die einzuschlagende Heilmethode bestimmen zu können. Und das ist beim Laien-Masseur nicht der Fall. Er hat sich bloß die Technik des Verfahrens angeeignet und es liegt daher die Gefahr nahe, daß er, sei es aus Unkenntnis, sei es aus Skrupellosigkeit, um sich kein Geschäft entgehen zu lassen, alles massieren wird, auch Krankheitsfälle, die durch ihren Charakter die Massage als lebensgefährlich ausschließen, wie z. B. entzündliche Bauchfellerkrankungen, Zysten im Bauche, eingeklemmte Leistenbrüche, bösartige Geschwülste des Bauches, entzündete Leistendrüsen, verkannte Eileiterschwangerschaft u. v. a.

3. Aus dem Angeführten erhellt zur Genüge, daß weder von der gesetzlichen Berechtigung noch von der faktischen Fähigkeit der Laien-Masseure gesprochen werden kann, selbständig Massagen am kranken Menschen vorzunehmen, da man ihnen ja nicht die Entscheidung darüber überlassen kann, ob jemand gesund oder krank ist, am Menschen überhaupt.

Um Massagen vorzunehmen und sich Masseur zu nennen, dazu ist vor allem Vertrautheit mit den Behelfen der Diagnostik, mit einem Worte ärztliches Wissen notwendig, und es kann der Name Masseur nur von einem Arzte geführt werden, wenn die Kranken vor unübersehbarem Unglück geschützt werden sollen, für das im gegenteiligen Falle die Behörden die Verantwortung zu tragen hätten. Es ist daher notwendig, daß den Nichtärzten die Führung des Titels „Masseur“ überhaupt untersagt werde, weil sie eine Irreführung des Publikums hervorruft. Es muß die Unzukömmlichkeit abgestellt werden, daß nicht medizinisch gebildete Personen einen Titel führen, der auf ärztliche Kenntnisse schließen läßt. Die bisherige Duldung dieses Übelstandes schließt sein weiteres Fortbestehen nicht in sich, um so mehr als durch die gesetzliche Konzessionierung dieses Unfugs der Kurpfuscherei Tür und Tor geöffnet würden. Schon jetzt rekrutiert sich eine überaus große Anzahl von Kurpfuschern aus der Gilde der „Masseure“. Unter dem Titel „ärztlich geprüfter“ oder „an der k. k. Universität geprüfter“ Masseur und unter ähnlichen Titeln verüben viele Masseure, die sich aus den verlorenen Existenzen aller Berufszweige zusammensetzen, eine Reihe von Kurpfuschereien, ohne daß ihnen die Behörde so leicht dahinter kommt. Die Ärztekammer verfügt schon über eine Reihe von Beispielen, wo Masseure „operiert“, „gynäkologisch behandelt“, innerliche Mittel verabreicht haben etc. etc. Erst jetzt ist ein Prozeß gegen einen solchen Masseur, H. N. in Wien [1]), beim Bezirksgerichte Floridsdorf anhängig, der einen Arzt in einem Hause verdrängt und eine im Puerperium an Blutstürzen leidende Frau mit seinen „Methoden“ behandelte hat. Durch die Konzessionierung eines Masseurgewerbes würde das Kurpfuschen zur Regel werden, und auch dies zu verhindern, ist Aufgabe der Ärztekammer.

Daß die selbständige Ausübung der Massage der Nichtärzte verboten ist, geht aus der unzweideutigen Ministerialverordnung vom 18. Januar 1895, Z. 26.545, hervor, in der einem Masseur die Bewilligung zur **selbständigen Ausübung** der Massage **zu Heilzwecken** mit der Motivierung versagt wurde, daß die Massage eine zur Heilkunde gehörende Heilmethode sei.

Hingegen ist es in manchen Fällen wünschenswert, daß das Hilfspersonale, wie z. B. Krankenwärter, Badediener etc., je nach der Eignung in den verschiedenen, unter ärztlicher Aufsicht und in ärztlichem Auftrage ausgeführten physikalischen Verrichtungen ausgebildet werde. Solchen Personen wäre der Name „Heildiener“ beizulegen und sie wären nach einer gewissen Lehrzeit und erbrachter Befähigung berechtigt, in eine Genossenschaft der Heildiener einzutreten.

Die Wiener Ärztekammer muß daher auf Grund der angeführten Momente bei der k. k. niederösterreichischen Statthalterei noch in letzter Stunde gegen das auf den **Besitzstand der Ärzte**, auf den **Gesundheitszustand des Volkes** und auf die **historische Entwicklung der Wissenschaft** geplante Attentat durch Gründung einer Masseurgenossenschaft Protest erheben.

[1]) Derselbe wurde während der Zeit der Beratung dieses Referates zu 5 Tagen Arrest verurteilt.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

III.

Abteilung für Chirurgie.

ENGLISCH (Wien): **Über spontane Zertrümmerung der Harnsteine in der Blase.**

Spontane Zertrümmerung kommt nur vor bei Steinen, die ganz oder größtenteils aus Harnsäure bestehen, dagegen nie bei Phosphatsteinen. Der Zerfall erfolgt immer nach einem gewissen Prinzip, das schon in der radiären, segmentären Anlage des Steines gegeben ist. Die mechanisch-chemische Theorie erklärt den Vorgang genügend, jedoch geht der Chemismus stets der mechanischen Einwirkung voraus. Der Chemismus ist noch näher zu studieren, wobei auch die Wirkung von Bakterien zu berücksichtigen ist.

V. HACKER (Graz): **Über die Distensionsplastik der Urethra.**

Die BECKsche Methode der Hypospadieoperation beweist, daß man die mobilisierte Urethra stark dehnen kann. Vortr. hat die Methode (mit Tunnelierung der Glans) mit Erfolg angewendet. In einem Fall verwandelte er eine Hypospadia perinealis durch Dehnung der Urethra in eine Hypospadia penis. Zur Deckung von Defekten bei Verletzungen, bei Striktur- und Fisteloperationen kann man die Dehnung in peripherer oder zentraler Richtung vornehmen, bei Deckung ringförmiger Defekte kann man in beiden Richtungen vorgehen. Bei mehr fensterartigem Wanddefekt kann man nach Anfrischung eine Plastik nach Art der Gastro- oder Enteroplastik ausführen. Stets ist Bedacht zu nehmen auf völlige Erhaltung des Schwellkörpers; auch Schonung der Nerven wäre erwünscht.

Payr hat bei einem 5jährigen Kinde mit penoskrotaler Hypospadie die Urethra bis in die Pars membranacea isoliert und nach der (bei Kindern auffallend leicht gelingenden) Dehnung die Glans tunneliert. Im weiteren Verlauf war zu beobachten, daß die Haut-Schleimhautgrenze allmählich weiter hinter das Orifizium zurückrückte. Der Erfolg war gut.

PREINDLSBERGER (Sarajevo): *a)* **Die Wahl der Operation bei Lithiasis.** (Siehe unter den Originalartikeln dieses Blattes.)

b) **Bemerkungen zur Rückenmarksanästhesie.**

Vortr. bedient sich der Rückenmarksanästhesie gerne, namentlich für Blasenoperationen, jedoch nicht bei Kindern. Er hat sie seit 3 Jahren in 424 Fällen angewandt. Die Mitteilungen SONNENBURGS betreffs das Stovain konnte er nicht bestätigen und kehrte daher wieder zum Tropakokain zurück.

In der v. MOSETIGschen Klinik war man mit Injektion von 6 *cg* Stovain und geringer Zugabe von Adrenalin sehr zufrieden, legte jedoch Wert darauf, daß stets nur wenige Tropfen Zerebrospinalflüssigkeit abflossen. — In der v. EISELSBERGschen Klinik sah man vom Abfließenlassen größerer Mengen Liquors keinen Nachteil. Dr. FRANCESCHI hatte gute Erfolge, seit er mit der Tropakokaindosis auf 10—15 *cg* hinaufging; auch bei Kindern unter 10 Jahren nimmt er 8—10 *cg*. Er läßt 5—6 *cg* Liquor abfließen, löst das Tropakokain und injiziert die Flüssigkeit wieder.

c) **Seltener Obduktionsbefund.**

Bei einem verschütteten Arbeiter fand sich neben Leber- und Milzverletzungen im Douglas das Peritoneum und Rektum zerrissen; durch den Riß war eine Dünndarmschlinge durch- und beim Anus herausgetreten.

ZUCKERKANDL (Wien): *a)* **Operation der primären Nierentuberkulose.**

ZUCKERKANDL hat in den letzten Jahren 23 Fälle von Nierentuberkulose operiert. 3 starben im Anschluß an die Operation, 3 weitere im ersten Jahre an Tuberkulose der Lunge, der Meningen, der zweiten Niere. Die übrigen genasen und nahmen an Gewicht zu. ZUCKERKANDL sieht eine Inkonsequenz darin, daß man die Niere, auch wenn nur ein Teil tuberkulös erkrankt ist, ganz entfernt, daß man dagegen einen miterkrankten Ureter zurückläßt im Vertrauen darauf, daß er obliteriere und unschädlich werde. Seit ZUCKERKANDL einen solchen Nephrektomierten 9 Monate post oper. an einer vom zurückgelassenen Ureterstumpf ausgehenden tuberkulösen Spinalmeningitis verlor, ent-

fernt er prinzipiell den Ureter, soweit er krank ist. Zur Entscheidung wird der Ureter eventuell aufgeschnitten und die Schleimhaut genau besichtigt. Zu seiner Exstirpation wird der äußere Schnitt längs des Darmbeinkamms fortgeführt, wenn nötig, bis zur Symphyse, dann wird der Retroperitonealraum mit breiten Haken zugänglich gemacht. Beim Weibe ist das Lig. latum zu entfalten, A. und V. uterina zu unterbinden. Vom Ureterstumpf wird ein Drain zum symphysären Ende der in 4 Etagen exakt vernähten Wunde herausgeleitet. Die Blasentuberkulose wird durch die Nierenexstirpation, bei entsprechender örtlicher Behandlung, günstig beeinflußt.

b) Über perineale Prostatektomie.

ZUCKERKANDL verfügt jetzt über 20 Fälle von perinealer Auslösung der Prostata. Sie war meist in 2 Lappen ausschälbar, einmal in toto als geschlossener Ring. An einigen Präparaten ist der mittlere Lappen seiner Form nach als solcher erkennbar. Die Operation wurde nur in sehr vorgeschrittenen Graden der Erkrankung ausgeführt, bei chronischer Harnverhaltung, sehr häufig notwendigem Katheterismus, schwerer Passage, quälenden örtlichen Symptomen, Blutungen und rezidivierenden Blasensteinen. Gegenindikationen waren in schweren renalen Eiterungen, Diabetes, Arteriosklerose, dagegen nie im Zustand der Blase gegeben. Technik: Prärektaler Bogenschnitt. Die Harnröhre, deren Verletzung unvermeidlich, kann präventiv eröffnet werden. In 2 Fällen brachte totale quere Durchreißung der Harnröhre keinen dauernden Nachteil. Nach Längsspaltung wird die Kapsel abgehebelt und die Prostata mittelst Bohrern aus ihrer Nische gehoben, dann die Nische tamponiert, ein Katheter durch die Urethra in die Blase geführt. Die urethrale Drainage ist der perinealen vorzuziehen. Mastdarmverletzungen kamen 2mal vor, die Nähte hielten nicht. 19 von den 20 Fällen heilten in 3—8 Wochen, einer starb in der 6. Woche an diabetischem Koma. 2 Kranke bekamen Fisteln. An einem Präparat zeigt Vortr., wie sich nach Entfernung einer sehr großen Prostata die schweren Veränderungen in Blase und Pars prostatica in erstaunlicher Weise zurückbilden. Das funktionelle Resultat war bei den Operierten sehr befriedigend. Nur anfänglich sind Inkontinenzerscheinungen zu beobachten. Ein Rezidiv in der Harnretention trat nur einmal auf, dies war jedoch ein Fall von entzündlicher Hyperplasie, zwei der exstirpierten Prostatae erwiesen sich als karzinomatös. Fälle mit Steinbildung waren besonders dankbar. Andrerseits entwickelte sich bei einem Prostatektomierten ein Blasenstein. Vortr. betont, daß man mit dieser Operation auch die größten hypertrophischen Drüsen entfernen und die chronischsten Formen von Retentio heilen kann.

Preindlsberger berichtet von einem prostatektomierten Kranken, bei welchem er später nochmals in der alten Narbe eingehen mußte, um ein Konkrement zu entfernen, das sich um ein abgerissenes kleines Stück Gaze gebildet hatte. 5 Tage nach der Operation konnte der 80jährige Pat. aufstehen.

Voelcker berichtet, daß die Heidelberger Klinik im allgemeinen dem perinealen Weg treu geblieben sei und daß sich für Lumbalanästhesie das Stovain bewährt habe.

LICHTENSTERN und KATZ (Wien): Phloridzindiabetes und funktionelle Nierendiagnostik.

Versuche am gesunden und kranken Menschen und am Tier mit künstlich geschädigter Niere ergaben folgendes: Die gesunde, normal funktionierende Niere reagiert zu verschiedenen Zeiten verschieden. Verspätungen oder gänzliches Ausbleiben der Zuckerreaktion dürfen nicht als Beweis für die Erkrankung des Organs aufgefaßt werden. Die schwer kranke Niere des Menschen kann prompt innerhalb der normalen Zeit Zucker geben. Im Tierexperiment übten auch schwere Läsionen des Nierenparenchyms keinen Einfluß auf die Zuckerausscheidung. Der klinische Wert der Phloridzinmethode als Reagens für Gesund- oder Kranksein der Niere ist zweifelhaft und unverläßlich, Indikationsstellungen für chirurgische Eingriffe an den Nieren auf Grund dieser Probe zu stellen, ist gefahrvoll.

CLAIRMONT (Wien): *a)* Über trophoneurotische Störungen an den Extremitäten.

3 Fälle: 1. ein halbes Jahr nach Amputation einer karzinomatösen Mamma Parästhesien in der gleichseitigen Hand, Entwicklung von Ernährungsstörungen in den Weichteilen und Knochen. 2. Ausstrahlende Schmerzen in der oberen Extremität infolge Drucks einer Halsrippe, die sich nach Abtragung restituierte. Wegen zunehmender sensibler und motorischer Störungen (auch auffällige Fazialisparese) wurde ein zweiter Eingriff nötig, worauf sich jedoch nur die Sensibilität etwas besserte. 3. Trophoneurotische Störungen und Sensibilitätsstörungen an der unteren Extremität, an Perineum und Genitalien deuten auf eine Läsion des 5. Lumbalsegments, die durch eine röntgenographisch nachgewiesene Kompressionsfraktur des 3. Lendenwirbels ihre Erklärung findet.

b) Beitrag zur Kasuistik der renalen Anurie.

3 Fälle aus der v. EISELSBERGschen Klinik, die als reflektorische Anurie aufgefaßt werden mußten. In einem Fall von Steineinklemmung in der einen Niere stellte die andere, parenchymatös erkrankte und daher wohl krankhaft reizbare Niere die Sekretion ein, im anderen Fall wurde jedoch eine normale — reflektorisch — anurisch.

c) Technischer Behelf bei Anlegung des Streckverbandes nach GERSUNY.

3 ineinander gelenkig eingreifende, halbkreisförmige Eisenbügel werden (2 auf der Streckseite, 1 in der Kniekehle) in den Gipsverband eingefügt und lassen sich nach Aussägen des Verbandes leicht abnehmen.

VOELCKER (Heidelberg): Röntgenogramme menschlicher Harnblasen.

Verf. zeigt die Originalien seiner kürzlich in der „Münchener med. Wochenschr." erschienenen Arbeit. Die Einspritzung einer Kollargollösung in die Blase ist ein vorzügliches Mittel, um sowohl die Formen der normalen als auch der erkrankten Blase zu studieren und diagnostische Anhaltspunkte zu gewinnen. Man kann die Kollargollösung in die Ureteren bis zur Niere hinauf injizieren.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

KRÖNIG (Freiburg i. Br.), Referent: Wie weit soll das Recht des Kindes auf Leben bei der Geburt gewahrt werden?

Der Grundsatz: „Das Leben der Mutter ist höher einzuschätzen als das Leben des Kindes" wird in Wirklichkeit von keinem Geburtshelfer mehr eingehalten. Die Zange am tief- und am hochstehenden Kopf, jede Symphyseotomie und Pubiotomie, jeder Kaiserschnitt wird im Interesse des Kindes unternommen. Trotz aller Bemühungen hat die Sterblichkeit der Kinder unter der Geburt in den letzten Dezennien nicht abgenommen, beträgt auch jetzt noch im allgemeinen zirka 3%, in den Kliniken sogar 5—6%; im ganzen Deutschen Reich macht das jährlich mehr als 60.000 totgeborene Kinder aus. Es können von diesen nur die durch das Geburtstrauma erliegenden Kinder gerettet werden. Unter 3933 Geburten der Freiburger Klinik starben 135 Kinder während der Geburt. Die Todesursache war zu suchen in protrahierter Geburt und dadurch bedingter Asphyxie in 40 Fällen, in Placenta praevia in 23 Fällen, Nabelschnurvorfall und Nabelschnurumschlingung in 18 Fällen und im engen Becken in 22 Fällen. Diesen Ursachen gegenüber treten die durch falsche Lage, Mißbildung des Kindes, Erkrankung der Mutter bedingten weit zurück.

Eine Besserung der Mortalität der Kinder kann erreicht werden durch die häufigere Anlegung der Zange in der Austreibungsperiode, wenn dieselbe weit über den Durchschnitt hinaus dauert. Die schulgerechten Indikationen müssen fallen gelassen werden; erst dann einzugreifen, wenn das Kind bereits Zeichen der Gefährdung an sich trägt, läßt häufig im Stiche.

Auch dann, wenn der Muttermund noch nicht ganz erweitert ist, soll, wenn genügende Technik bei dem Operateur vorhanden ist, das Kind bei Placenta praevia, bei Eklampsie, bei Nabelschnurvorfall, falls die Reposition erfolglos bleibt, durch den vaginalen Kaiserschnitt, der bei richtiger Ausführung ungefährlich ist, gerettet werden.

Beim engen Becken kommt es vor allem darauf an, ob der Geburtskanal noch aseptisch ist oder nicht. Ist er aseptisch, so sind die beckenerweiternden Operationen, eventuell der Kaiserschnitt, der künstlichen Frühgeburt und prophylaktischen Wendung, die schlechte Resultate für die Kinder geben, vorzuziehen. Ist aber der Geburtskanal bereits infiziert oder infektionsverdächtig, so kommt ebenso wie früher nur die Perforation in Betracht. Ob die Pubiotomie eine Änderung in bezug auf den letzten Punkt bringen wird, läßt sich vorläufig noch nicht entscheiden. Wenn auch die Rekonvaleszenz der Wöchnerinnen bei diesem aktiveren Vorgehen etwas längere Zeit in Anspruch nehmen wird, so ist in Deutschland durch die soziale Gesetzgebung für eine genügend lange Unterstützung der Wöchnerinnen gesorgt. Diese Grundsätze können vorläufig nur für die Klinik, noch nicht für die allgemeine Praxis Gültigkeit beanspruchen.

MARTIN (Greifswald): Über Myomoperationen.

Ausgehend von den Anschauungen WINTERS, der auf Grund seines genau durchgearbeiteten Materials fand, daß die radikalen Myomoperationen den konservativen vorzuziehen seien, hat auch MARTIN sein Material (insgesamt 280 Operationen mit etwas über 5% Mortalität) gesichtet und gefunden, daß die primären Resultate bei konservativer und radikaler Operation ziemlich gleich sind. Von den 113 konservativ Operierten wurden im ganzen 12 rezidiv; bei 4 waren die Beschwerden sehr gering, bei 8 war eine nochmalige Operation notwendig. Die

Rekonvaleszenz bei den konservativen Operationen war nicht schlechter als bei den radikalen, nur wo Komplikationen, so Adnexerkrankung, Pelveoperitonitis etc. bestand, war die Rekonvaleszenz verzögert und bestanden längere Zeit Beschwerden. Durch Resektion eines Teiles der Gebärmutterschleimhaut bei den konservativen Operationen glaubt MARTIN Ausfluß und Blutung verhindern zu können. Anfängliche Beschwerden verlieren sich allmählich, nur 4 Fälle sind vollständig invalide, jedoch hauptsächlich durch Komplikationen (Nephritis etc.). Die Beobachtungen reichen zum Teil sehr lange Jahre zurück, worauf MARTIN besonderen Nachdruck legt. Er möchte daher die konservativen Methoden doch etwas höher einschätzen, die Erhaltung der Menstruation und die Möglichkeit nachträglicher Konzeption seien gerade psychisch von der größten Wichtigkeit.

Krönig (Freiburg i. B.): In der Operationslehre von DÖDERLEIN und ihm wird deshalb der radikalen Myomoperation der Vorzug gegeben, da es sich im allgemeinen bei den zur Operation kommenden Frauen um solche nahe dem Klimakterium handelt. Konservatives Vorgehen im allgemeinen vor dem 40. Jahre, radikales nach dem 40. Jahre.

Martin hält eine derartige scharfe Grenze für ungeeignet und empfiehlt mehr individuelles Vorgehen.

73. Versammlung der Brit. Med. Association.

Leicester, Juli 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

I.

Sir LAUDER BRUNTON (London): **Behandlung der Schlaflosigkeit und des Schmerzes.**

Vortr. bespricht den Schlaf sowie die verwandten Zustände bei Koma, Somnambulismus, Delirium etc., sodann die Ursachen der Schlaflosigkeit, deren womögliche Beseitigung natürlich die Grundlage jeder Behandlung sein muß. Häufig ist Schlaflosigkeit bei Leuten mit starren Arterien. Hier sind kleine Dosen Jodkali und Massage indiziert; bei kalten Extremitäten empfiehlt BRUNTON Baden und Reiben der Füße in kaltem Wasser; bei Hauttrockenheit warme Bäder. Sehr häufig ist Schlaflosigkeit bei Dyspepsie; hier empfiehlt sich die Verabreichung von Natr. bicarb. bei saurem Aufstoßen. Ein erweiterter Magen muß durch Spülung entleert werden; andrerseits genügt bei leerem Magen oft eine kleine Mahlzeit zur Herbeiführung des Schlafes. Chloral und Kalomel sind bei hochgespanntem arteriellen Druck indiziert, aber gefährlich für das Herz. Die Schwefelderivate, wie Sulfonal etc., sind weniger gefährlich und ziemlich sicher in der Wirkung. Muß man zur Schmerzlinderung Opiate geben, so ist die rektale Darreichung die beste; Opium- und Chloroformeinatmungen sind die besten Mittel gegen Gallenkoliken. Bei Angina pectoris wirkt Morphium zusammen mit Amylnitrit oder Nitroglyzerin am besten. Kopfschmerzen weichen am besten dem Natr. salicyl. in Verbindung mit Bromkali.

HADLEY (London): **Die Diagnose der verschiedenen Pleuraergüsse.**

Zum Nachweis von Tuberkelbazillen empfiehlt HADLEY die künstliche Verdauung von 100·0 des Gerinnsels; es gelingt leicht, im Zentrifugat die Bazillen nachzuweisen. Etwa 70% der Pleuraergüsse sind tuberkulöser Natur.

TOOTH (London): **Die Pathologie, Diagnose und Behandlung der verschiedenen Formen der akuten Meningitis.**

Vortr. hat im Jahre 1904 45 Fälle beobachtet, von denen 22 tuberkulöser Natur waren (alle starben). 11mal handelte es sich um Mening. basilaris posterior (6 wurden geheilt), 2mal um Pneumokokkenmeningitis (2 starben), 3mal um Streptokokken (3 starben) und 7mal um eitrige Meningitis unbekannter Ätiologie (6 starben). Differentialdiagnostisch weist TOOTH darauf hin, daß bei der tuberkulösen Form im Gegensatz zu allen anderen die Neuritis optica ein häufiges und frühes Symptom sei; daß bei der Mening. basil. post. ein Strabismus convergens (manchmal vorübergehend) häufig vorkomme; bei dieser Form wird auch das KERNIGsche Symptom fast nie vermißt. Leidlich günstig ist die Prognose nur bei der Mening. basil. post., die tuberkulöse und Pneumokokkenform enden stets tödlich. Die Prognose verbessert sich mit dem Alter des Patienten. Mittelst Lumbalpunktion findet man bei eitriger Meningitis reichlichen Eiweißgehalt und 90% polymorphonukleäre Zellen; bei den durch Tuberkelbazillen und Meningokokken bedingten Formen findet man nur wenige (kleine) Lymphozyten. Blutagar ist das beste Kulturmedium, doch mißlingt die Kultur bei der tuberkulösen Meningitis häufig. Zuweilen hat die Punktion eine deutliche Besserung zur Folge. Die tuberkulöse Meningitis bei Kindern wird in der Hälfte der Fälle auf Drüsenerkrankungen zurückzuführen ein oder auf erkrankte Knochen und Gelenke, bei Erwachsenen geht die Infektion meist von den Lungen aus. Die von den Ohren und ... Nase ausgehenden Erkrankungen ergeben meist Streptokokken. ... epidemischer Genickstarre ist die Sterblichkeit sehr groß. Von 93 Fäll... von Meningitis, die OSLER untersuchte, waren 35 durch Tuberkelbazille... 32 durch Meningokokken bedingt. Nur die letztere Form ist heilb... (über 50% Heilungen). Die durch Pneumokokken allein oder ... Streptokokken zusammen erzeugten Formen sowie die tuberkulös... und reinen Streptokokkenformen sterben ausnahmslos. Bei starke... Druck (300 *mm*) ist die Lumbalpunktion zu wiederholen.

Notizen.

Wien, 14. Oktober 1905.

Der internationale Tuberkulosekongreß in Paris.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse.")

Fünf Kongreßtage sind an uns vorübergezogen, Tage reich an Arbeit und wissenschaftlicher Tätigkeit und hoffentlich auch reich an dauerndem Erfolg. Vom Präsidenten der Republik eröffnet und in der ersten Sitzung geleitet, hat uns der internationale Tuberkulosekongreß ein anschauliches Bild vom heutigen Stande der Tuberkulosefrage geboten und den mannigfachen therapeutischen Bestrebungen, welche den Forscher im Laboratorium wie den Kliniker in der Krankenstube fesseln, anspornen und begeistern. Allen Seiten der Frage wurde Rechnung getragen, in allen Lagern ward ehrliche, freudige Arbeit geleistet. Im Vordergrunde des Interesses, gewissermaßen der Clou der Veranstaltung, von allen Teilnehmern, ja von der ganzen zivilisierten Welt mit Spannung erwartet und nur leider von den Tageszeitungen allzusehr unterstrichen, war BEHRINGs, der Schlußsitzung vorbehaltene Mitteilung über sein neues Heilprinzip. Mögen sich die Hoffnungen dieses fleißigen Forschers, mögen sich die Hoffnungen der Millionen Kranker, die sehnsüchtig ihrer Heilung harren, endlich erfüllen! Wir aber sollten warnend unsere Stimme erheben ob des neuerlichen „Tuberkuloserummels", den sicherlich niemand weniger verschuldet hat als BEHRING selbst. Ja, sind sich denn Publikum und Tagespresse noch immer nicht klar darüber, daß es jahrelanger Arbeit vereinter Kräfte bedarf, um ein Spezifikum gegen eine so verheerende Krankheit auszuproben, daß der Tierexperimentator nur die ersten Schritte auf diesem Wege durchmißt, daß man also derzeit nur sagen darf, ein Mittel von einem Forscher wie BEHRING sei auf tiefer Grundlage erstanden und daher vielversprechend? — Das neue Prinzip beruht auf der Durchdringung der Körperzellen mit einer aus dem Tuberkulosevirus stammenden Substanz „T C", das BEHRING, ist es einmal Zellbestandteil im Organismus, als „T X" bezeichnet; er meint, daß das „T C" im Zellinnern symbiotisch wirke und die Schutzreaktion gegen die Tuberkulose herbeiführe. — Es kann natürlich nicht meine Aufgabe sein, anders als mit diesen wenigen Schlagworten das BEHRINGsche Heilprinzip zu skizzieren, das übrigens BEHRING den Kollegen zunächst nur zur Ausprobung am Tiere übergab. Sie ersehen aus diesem letzteren Umstande, wie rasch die Berichterstatter der Tagesblätter am Werke sind, den Wert wissenschaftlicher Forschung zu untergraben, indem sie mit vorschnellem Urteile Leichtgläubigen Freudenglöcklein läuten. So war es damals, an jenem denkwürdigen Herbsttage des Jahres 1890, da KOCH seine ersten Mitteilungen über das Tuberkulin machte, und nun abermals diese Irreführung der Öffentlichkeit auf Kosten des ärztlichen Standes und gerade der Würdigsten seiner Vertreter.

In der medizinischen Sektion wurde unter anderem ein Referat über die Biologie des Tuberkelbazillus und verwandter Bakterien und das bemerkenswerte Referat ROBINS über die individuelle Prädisposition zur Tuberkulose sowie die Mittel zur Modifikation derselben erstattet. Bedeutungsvoll erschienen mir auch die Mitteilungen von ACHARD über die Frühdiagnose der Tuberkulose und die daran anknüpfende Diskussion, in welcher v. SCHRÖTTER, ARLOING, COURMONT, BEZANÇON und andere das Wort ergriffen. Auch die therapeutische Subsektion hatte in den Ausführungen von GILBERT, BOUCHARD, TEISSIER und LANDOUZY wertvolle Beiträge zur Tuberkuloseliteratur zu verzeichnen. In der chirurgischen Sektion besprach



ROUX die ileozökale Tuberkulose, während die Frage des Verhältnisses der verschiedenen Tuberkulosearten zueinander von einem wahrhaft internationalen Ärzteareopage, darunter KOSSEL (Berlin), MAJYCK RAVENEL und SMITH (Amerika), LIGNIÈRES (Buenos-Ayres), ARLOING (Paris), MARAGLIANO (Genua), FROEHLICH (Nancy), besprochen wurde. Man gelangte zum Schlusse, daß die Prophylaxe in gleicher Weise den Schutz gegen die menschliche wie gegen die bovine Tuberkulose notwendig mache. Ich verzeichne ferner unter den Arbeiten der Sektion „Kindertuberkulose" die Besprechung der Vorsorge gegen die Infektion der Kinder, die vorläufig vorwiegend prophylaktischer Natur bleibt, aber durch Befolgung der mannigfach sich bietenden Maßnahmen ungeahnte Erfolge in Aussicht stellt. ROUX und JOSSERAND haben sich zur Frühdiagnose der Kindertuberkulose mit Glück der radioskopischen Methodik bedient. Die hygienische Sektion hat die Frage der „Dispensaires" und der Tuberkulosesanatorien von allen Seiten beleuchtet, wobei v. SCHRÖTTER (Wien) nachdrücklich auf den nationalökonomischen Wert der Heilstättenbehandlung hinwies. Auch FRÄNKEL (Berlin) sprach sich in diesem Sinne und günstig für die Heilstättenbehandlung aus. Der Wert der „Dispensaires", über deren Bedeutung ich Ihnen bereits einmal berichtet habe, wurde von CHAPTAL und SAVOIRE (Paris), von KAISERLING und BIELEFELD (Berlin) und anderen lebhaft betont. Eine in großem Stile eingeleitete Rundfrage von WEILL (Menton) und LANDOUZY (Paris) über den Stand der Tuberkulose in den kleinen Städten hat eine Entscheidung darüber, ob die Tuberkulose in denselben in Zunahme begriffen sei oder nicht, kaum in eindeutiger Weise zu bringen vermocht. M. STERNBERGs (Wien) statistische Daten über die Korrelation zwischen Tuberkulosemortalität und ökonomischen Faktoren sind schließlich als überaus bemerkenswert zu bezeichnen. — Mit diesem summarischen Berichte habe ich sicherlich nur den kleinsten Teil der wertvollen Tatsachen angedeutet, welche der diesjährige internationale Tuberkulosekongreß im Dienste der öffentlichen Gesundheit zutage gefördert. Der nächstjährige Kongreß wird in Amerika, an einem noch zu bestimmenden Orte der Vereinigten Staaten stattfinden. W.

* * *

Soweit unser Pariser Korrespondent. — Wir glauben nicht zu irren, wenn wir der Überzeugung Ausdruck geben, daß die von ihm geäußerten Anschauungen bezüglich der auch bei diesem Anlasse betätigten Polypragmasie der Tagespresse von der Ärzteschaft ausnahmslos geteilt werden. Wohin soll es auch führen, wenn Unfertiges, noch im Werden Begriffenes der sanguinischen Menge als neue Entdeckung, als Arkanum gepriesen wird, wenn, wie dies in diesen Tagen geschehen, einer der geistvollsten Schriftsteller der Gegenwart — selbst ein Arzt — mit glänzender Feder im gelesensten Blatte eine Frage im positiven Sinne entscheidet, die ausschließlich zunächst im Laboratorium, dann in jahrelanger Beobachtung am Krankenbette gelöst werden kann, eine Frage, die nur von jenen zu beantworten ist, die das gepriesene Mittel lange Zeit hindurch an zahlreichen Kranken angewendet und unzweifelhafte Erfolge erzielt haben? Wohin, fragen wir, soll es führen, wenn man Gegenstände der wissenschaftlichen Forschung, der streng objektiven Beobachtung gleichsam zu Parteifragen degradiert, auf offenem Markte leidenschaftlich bespricht und im Feuereifer nicht davor zurückschreckt, auch dem so oft getäuschten, daher skeptischen, vorsichtigen und besonnenen Ärztestande wieder einmal eine strenge Rüge zu erteilen, weil die Ärzte dem neuen Arkanum gegenüber eine zuwartende Haltung einnehmen? Wem nützt man durch solche Voreiligkeit? Dem Kranken — nein, denn gerade ihm sollte man die Möglichkeit der Heilung einer bisher als fast unheilbar betrachteten Krankheit erst dann vor Augen führen, wenn diese Möglichkeit tatsächlich und unzweifelhaft gegeben ist, und sich sorgsam davor hüten, bewährte ärztliche und hygienische Maßnahmen öffentlich zu bespötteln, damit das Neue, das Kommende um so wirksamer inszeniert werde; dem Entdecker des neuen Mittels — sicherlich nicht, denn der Weg zur Wahrheit ist dem Forscher strenge vorgeschrieben; er ist hart und steinig und muß gegangen werden; die Flugkraft des geistvollsten, überzeugtesten Förderers kann ihm nicht frommen. Man sollte doch nicht immer und immer vergessen, daß die Erfolge wissenschaftlicher Arbeit nichts Sensationelles besitzen, daß ihre Früchte langsam reifen und daß alle meteorgleich erscheinenden Entdeckungen und Erfindungen auf dem Gebiete unserer Wissenschaft schließlich als Enttäuschungen sich entpuppten. Wir aber glauben, daß man den armen Kranken die Qualen solcher Enttäuschungen ersparen, den vielgeplagten Ärzten ihre wahrlich nicht leichte Arbeit durch vorzeitige Publizierung und Glorifizierung von Halbfertigem nicht erschweren sollte.

(Universitätsnachrichten.) Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. PISTOR in Berlin hat vor wenigen Tagen seinen 70. Geburtstag gefeiert. — Die gleiche Feier hat am 24. September der Geh. Hofrat Professor KNAUFF in Heidelberg begangen. — Der Direktor der naturwissenschaftlichen Abteilung am Kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin Geh. Reg.-Rat Dr. PAUL ist zum Ordinarius für Pharmazie und angewandte Chemie ernannt worden. — Der Extraordinarius für Kinderheilkunde in München Geh. Hofrat Dr. v. RANKE ist in den Ruhestand übergetreten. — Die DDr. J. M. CRAIGHILL, J. E. EICHNER und A. D. AKTINSON sind zu Professoren der Medizin an der University of Maryland in Baltimore, Dr. BARCLAY NESS ist zum Professor der Dermatologie am Maine Medical College in Cincinnati ernannt worden.

(Die bauliche Ausgestaltung der österreichischen medizinischen Fakultäten.) Ein Exposé des Ministerpräsidiums stellt für die nächste Zeit die Ausführung folgender Bauten bestimmt in Aussicht: Für die Universität in Wien das Institut für Histologie, Embryologie und Neurologie, für die Universität in Graz das pathologisch-anatomische Institut, für die deutsche Universität in Prag das pharmakologisch-pharmakognostische Institut und ein Kollegienhaus, für die Universität in Lemberg zwei naturwissenschaftliche Institute und eine neue botanische Gartenanlage, für die Universität in Krakau die Adaptierung und den Ausbau des dermaligen Collegium Physicum für naturwissenschaftliche Zwecke.

(Jubiläen.) Dr. ALOIS POPPER in Debreczin, Dr. MORITZ OBLÁTH in Semlin und Dr. ANTON KARIKA in Raab haben vor kurzem ihr 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert.

(Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde.) Die Wiener medizinische Fakultät veranstaltet Donnerstag den 19. Oktober, 7 Uhr abends im Festsaale der Universität eine Trauerfeier für weiland Hofrat Prof. HERMANN NOTHNAGEL, zu welcher die Mitglieder der Gesellschaft eingeladen sind. Die Gedenkrede hält Hofrat Prof. v. NEUSSER.

(Wiener medizinisches Doktorenkollegium.) Am 9. d. M. hat die konstituierende Sitzung des wissenschaftlichen Ausschusses stattgefunden, in welcher Prof. OBERSTEINER zum Vorsitzenden, Doz. Dr. BUM zu dessen Stellvertreter, die DDr. SCHMARDA und v. BRENNERBERG zu Schriftführern gewählt wurden. Im Winter 1905/1906 werden an Montagen 22 Vorträge stattfinden, deren vorläufiges Programm festgestellt wurde. Der erste Vortragsabend wurde für den 30. Oktober anberaumt.

(Lütticher Radiologenkongreß.) Aus Lüttich schreibt man uns: In Anwesenheit von mehr als 200 Mitgliedern, unter denen Ärzte, Chemiker und Physiker vertreten waren, hat vom 3. bis 5. Oktober hierorts der Radiologenkongreß getagt. Das wichtigste Referat erstattete der große Physiker BECQUEREL über den Stand der Radiumforschungen und mahnte zur Vorsicht bei der Anwendung der radioaktiven Substanzen, da das neue Wissensgebiet den Rahmen der theoretischen Physik noch nicht verlassen habe. LASSAR (Berlin) schilderte seine Versuche der Krebstherapie mit Radium, die im großen und ganzen günstige Erfolge gezeitigt haben, DARIER (Paris) hat die schmerzstillende Wirkung von Becquerelstrahlen vielfach beobachten können. Sodann wurde über Mittel und Wege beraten, um den Fortschritt des Studiums der Radiologie zu beschleunigen, und schließlich eine internationale Kommission eingesetzt, welche, einmal jährlich tagend, alle die radioaktiven Substanzen betreffenden Angelegenheiten prüfen soll. — Dem nächsten, in 5 Jahren tagenden Kongresse bleibt die Diskussion der Frage vorbehalten, ob die Anwendung der Radiographie und Radiologie ausschließlich ärztliches Arbeitsfeld sei oder ob auf diesem Gebiete

eine Teilung der Arbeit zwischen Ärzten und Physikern stattzufinden habe.

(Zur Regelung des Verhältnisses zwischen Kassenärzten und Krankenkassen) hat die deutsche Sektion der Ärztekammer für Böhmen ein Gutachten ausarbeiten lassen, welches die Stellung des Kassenarztes in den Hauptzügen charakterisiert. Das Gutachten besagt u. a.: Der Kassenarzt ist zumeist pauschaliert. Honorierung von Fall zu Fall gehört zu den Ausnahmen. Das Jahrespauschale ist gewöhnlich sehr niedrig, so daß auf den Krankheitsfall durchschnittlich 1—2 K entfallen, in vielen Fällen hat der Kassenarzt aus diesem Pauschale auch die Barauslagen für Fahrgelegenheiten zu begleichen, in der Minderzahl erhält er ein Fahrpauschale oder die Auslagen für Fahrgelegenheiten ersetzt. Der Kassenarzt ist gewöhnlich verpflichtet, zu gewissen Stunden zu ordinieren, jedoch auch außerhalb der Ordinationsstunden kranke Kassenmitglieder vorzunehmen; bei vielen Betriebskrankenkassen ist es auch üblich, daß der Arzt zu gewissen Stunden in der Fabrik Ordinationen abhält. In größeren Orten ist manchmal eine Rayonseinteilung in der Art bestimmt, daß die in einem gewissen Rayon wohnhaften Kranken verpflichtet sind, sich an den Rayonsarzt zur Behandlung zu wenden. Das Pauschale ist ganz willkürlich ohne Rücksicht auf die Anzahl der Mitglieder angesetzt; für Mehrleistungen werden daher die Ärzte nicht separat honoriert. In den meisten Fällen bestehen nur mündliche Vereinbarungen, schriftliche Verträge gehören zu den Ausnahmen; über die Kündigung ist entweder nichts vereinbart oder es besteht gegenseitige $^{1}/_{4}$- bis $^{1}/_{2}$jährige Kündigung. Dekretmäßige Anstellung besteht wohl nur bei den Bahnärzten, für welche auch eine Dienstpragmatik besteht. Sonst werden bei einzelnen Kassen Instruktionen über den ärztlichen Dienst erlassen; bei den meisten bestehen aber keine derartigen Instruktionen.

(Ärztliche Stellenvermittlung.) Der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, der heute schon mehr als 17.000 Mitglieder zählt, hat eine Zentralstelle für ärztliche Stellenvermittlung gegründet. Es ist eigentlich eine Zentralausgleichsstelle für Praktikantenstellen, woselbst junge Mediziner kostenlos Assistentenstellen an Kliniken und Krankenhäusern erhalten, um dort ihr praktisches Jahr zu absolvieren.

(Ärzte als Parlamentarier.) Im italienischen Parlamente hat sich, wie wir einem Tagesblatte entnehmen, als noch nirgends verzeichnetes Novum eine Parlamentsgruppe gebildet, die, 30 Mitglieder umfassend, ausschließlich aus Ärzten besteht. An der Spitze steht der frühere Unterrichtsminister und Internist BACCELLI. Die Gruppe beabsichtigt, die Landesgesetzgebung im Sinne der allgemeinen Gesundheit und zugunsten des ärztlichen Standes zu beeinflussen und schon im nächsten Jahre einen allgemeinen Kongreß der praktischen Ärzte zur Beratung wichtiger Berufsfragen nach Rom einzuberufen.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Königsberg der a. o. Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie an der dortigen Universität Dr. HERMANN MÜNSTER, 58 Jahre alt; in Berlin der Geh. San.-Rat Dr. HEINRICH STRASSMANN, einer der angesehensten Ärzte daselbst, im 71. Lebensjahre; in Gonsenheim der bekannte Ophthalmologe Geh. Med.-Rat Dr. HESS im Alter von 74 Jahren.

Purgen. Prof. F. W. TUNICLIFFE, London, versuchte das Purgen zuerst bei den Kindern im Victorien Hospital for Children in London und fand, daß eine bis zwei, in hartnäckigen Fällen auch drei Baby-Purgentabletten, beim Schlafengehen eingegeben, am nächsten Morgen einen oder mehr Stühle verursachten; wurden die Tabletten zeitlich früh gegeben, so trat die Wirkung kurz nach dem Frühstück ein. Der erste Stuhl nach den größeren Dosen war gewöhnlich flüssig, nie aber wurde heftige Diarrhöe oder Kolik beobachtet. Auch wurde versucht, das Purgen wochenlang täglich oder jeden zweiten Tag zu verabreichen, ohne daß eine Reizung der Nieren beobachtet werden konnte. Dr. MONCORVO FILHO, Direktor des Kinderspitals in Rio de Janeiro, hielt über Purgen in der Kinderpraxis einen Vortrag in der Sociedade de Medicina e Cirurgia. Er weist darauf hin, daß die Verabreichung eines Abführmittels an ein zartes neugebornes Kind oft ein schwieriges Problem ist. Das Kalomel darf und kann nicht immer verabreicht werden. Gewisse Alkalia, vegetabilische Purgantien bieten einesteils unbestrittene Schwierigkeiten, anderenteils sind sie Gifte und können im zarten Alter schwer angewendet werden. Das synthetische Abführmittel Purgen scheint dazu bestimmt zu sein, diese Schwierigkeiten zu beseitigen. Purgen erscheint im Handel in Tabletten, welche 0·05 g, 0·1 g und 0·5 g Purgen enthalten. Für Kinder empfiehlt sich natürlich die schwächste Tablette, eventuell bei Säuglingen die Hälfte einer Babytablette. Purgen wurde von den kleinen Kranken gerne genommen und gut vertragen, ohne jede üble Nebenwirkung.

Toxikologie. Dr. BRUNO PROMNITZ in Schönhausen a. d. Elbe hat mit den gebräuchlichsten Desinfektionsmitteln toxikologische Versuche angestellt und ist zu dem Resultate gekommen, daß die kleinste Dosis letalis für Kaninchen, starke Verdünnung vorausgesetzt, pro Kilogramm Körpergewicht die folgende ist: Sublimat 0·015 g, Acid. carbolic. 0·268—0·348 g, Creolin 1·1 g, Bazillol 2·37 g, Lysol 2·45 g, Septaforma 3·26 g, Lysoform 6·5 g. Demnach ist das **Lysoform** durch eine relativ sehr geringe Giftwirkung ausgezeichnet.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Otto Hildebrand, Königs Lehrbuch der Chirurgie. 4. Bd.: Allgem. Chirurgie. Berlin 1905, August Hirschwald.

H. Ellenbeck-Hilden, Beobachtungen über Malaria. Berlin 1905, Dietrich Reimer (Ernst Vohsen). — M. 1·50.

Grahn, Die Gerichtsverhandlungen über die Gelsenkirchener Typhusepidemie im Jahre 1901. München und Berlin 1905, R. Oldenbourg. — M. 3·—.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 22. Oktober 1905. Nr. 43.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über die Lage- und Formveränderungen des Uterus und deren Behandlung.

Von **Prof. Dr. Karl August Herzfeld**, Wien.*)

I.

Meine Herren! Ich habe mir heute ein Kapitel zur Besprechung gewählt, welches jene Erkrankungen und Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane betrifft, die am allerhäufigsten den praktischen Arzt und den Fachgynäkologen beschäftigen, nicht bloß deshalb, weil diese Erkrankungen außerordentlich häufig vorkommen, sondern vornehmlich deshalb, weil die diese Veränderungen begleitenden Symptome und Beschwerden mitunter derartig lästige sind, daß die Hilfe des Arztes in Anspruch genommen wird.

Was verstehen wir nun unter dem Kollektivnamen „Lage- und Formveränderungen des Uterus“?

Lageveränderungen des Uterus sind solche, bei denen das Verhältnis des ganzen Uterus zu seinen Nachbarorganen gegen die Norm verändert wird, während Formveränderungen des Uterus Veränderungen der Lageverhältnisse der einzelnen Uterusabschnitte gegeneinander betreffen.

Bei der Lageanomalie des Uterus muß also der ganze Uterus als solcher sein topographisches Verhältnis verändert haben. Wir müssen daher zu den Lageanomalien des Uterus 1. den Descensus und Prolapsus uteri, 2. die Elevatio uteri, 3. die Ante- und Retroversio uteri, 4. die Sinistro- und Dextroversio uteri, 5. die Ante- und Retropositio uteri und 6. den Prolapsus uteri inversi rechnen.

Dem gegenüber werden wir als Formveränderungen des Uterus (abgesehen von seinen Entwicklungsanomalien) zu bezeichnen haben 1. Ante- und Retroflexio uteri, 2. die Sinistro- und Retroflexio uteri, 3. die Torsio uteri, 4. die Elongatio hypertrophica und 5. die Inversio uteri.

Wollen wir uns nun über die erwähnten Form- und Lageanomalien des Uterus orientieren, so müssen wir uns zunächst darüber klar sein, welches die normale Form und die normale Lage des Uterus sei, da wir nur durch die genaue Kenntnis des Normalen zur Erkenntnis des Abnormen, Pathologischen gelangen werden.

Normalerweise hat der Uterus die bekannte Birnform. Wir unterscheiden an ihm das Corpus uteri und die schmale Cervix uteri. An der obersten Partie des Corpus uteri gehen beiderseits die Tuben ab. Den zwischen den beiden Abgangsstellen der Tuben gelegenen, nach oben konvex begrenzten Teil des Corpus uteri nennen wir seinen Fundus. Der untere Abschnitt der Cervix uteri ragt in die Scheide hinein und heißt deshalb Portio vaginalis cervicis. Der frontale Durchschnitt durch den Uterus zeigt uns seine Höhle; dieselbe stellt sich wie ein sphärisch begrenztes Dreieck dar, dessen Basis gegen den Fundus uteri, dessen Spitze gegen die Cervix gerichtet ist. Die Uterushöhle kommuniziert oben an den Tubenmündungen mit den beiden Tuben, unten setzt sie sich als schmaler Kanal durch die Länge der Cervix hindurch fort und mündet an einer an der unteren Fläche der Portio vaginalis gelegenen Öffnung (Orificium uteri externum) in die Scheide aus. Den im Verlaufe der Cervix gelegenen Kanal bezeichnen wir als Cervikalkanal. Er begrenzt sich oben am Orificium uteri internum gegen die Uterushöhle, nach abwärts am Ori-

*) Nach einem im Wiener medizinischen Doktorenkollegium gehaltenen Vortrage.

ficium uteri externum gegen den Scheidenkanal. Der Uteruskörper ist, wie schon oben erwähnt, an seinem Fundus konvex gekrümmt, besitzt eine vordere, mehr plane, eine rückwärtige, mehr konvexe Fläche. Seine Kanten sind schmal, abgerundet und konvergieren nach abwärts gegen die schlanke Cervix hin. Der Uterus ist in die Scheide eingepflanzt, jedoch so, daß er nicht entsprechend der Verlaufsachse der Scheide in ihr oberes Lumen eintritt, sondern so, daß er vielmehr in die vordere Wand der Scheide, dieselbe umstülpend, eingepflanzt erscheint. Indem er die Scheidenwand vorstülpt, bekleidet auch Scheidenschleimhaut die untere Fläche der Portio vaginalis und begrenzt sich dieselbe am Orificium uteri externum haarscharf gegen die Schleimhaut der Cervix uteri. Indem die Portio uteri von oben und vorne her die vordere Scheidenwand in das Lumen der Scheide vorstülpt, entsteht an der Stelle, wo die Scheide sich auf die Portio umstülpt, rings um die letztere eine dieselbe umgebende Rinne, das Scheidengewölbe, die vorne nur seicht, hinter der Portio jedoch beträchtlich tiefer gestaltet ist (Fornix anterior et posterior vaginae). Man findet daher bei der vaginalen Untersuchung die Portio und das Orificium uterinum am leichtesten, wenn der untersuchende Finger längs der vorderen Scheidenwand nach hinten und oben vordringt.

Der Uterus ist zwischen die Blase und den Mastdarm eingelagert. Seine frei nach oben ragende Fläche ist mit einem seiner Muskelwandung im Bereiche des Korpus fest, vorne jedoch in der Nähe der Cervix nur locker aufsitzenden peritonealen Überzuge versehen. Derselbe reicht rückwärts tief bis an die Kuppe des Scheidengewölbes, vorne jedoch bloß bis zur Höhe des inneren Muttermundes herab, um vorne in den Peritonealüberzug der Blase, hinten in denjenigen der vorderen Mastdarmwand überzugehen. Es muß das die vordere Bauchwand bekleidende parietale Blatt des Peritoneum, das den Scheitel und die hintere Wand der Blase bedeckt, im weiteren Zuge die vordere und obere sowie die hintere Wand des Uterus bekleiden, um sich hinten längs der vorderen Mastdarmwand auf die rückwärtige Begrenzungsfläche der Bauchhöhle zu schlagen. Vom Uterus gehen nun seitlich gegen die laterale Beckenwand zustrebend die Tuben ab. Über diese muß sich der Peritonealüberzug schlagen. Es entsteht daher seitlich von den Kanten des Uterus eine Peritonealduplikatur, rechts und links vom Uterus, die von diesem weg bis zur seitlichen Beckenwand zieht und den unteren Abschnitt der Beckenhöhle in zwei Teile grenzt, das Cavum utero-vesicale und das Cavum utero-rectale. Diese Peritonealduplikatur bezeichnen wir als das Ligamentum latum. Es wird nach oben begrenzt durch den Verlauf der Tube. In das hintere, dem Mastdarme zugewendete Blatt desselben ist die vordere Wand des Ovariums und das vom Uterus zum Ovarium hinziehende Ligamentum ovarii proprium aufgenommen.

An der vorderen Fläche der Duplikatur sehen wir vom Uteruskörper weg, und zwar unterhalb der Stelle, wo die Tube vom Uterus abgeht, jederseits ein strangförmiges Gebilde, welches von der Peritonealduplikatur gedeckt nach vorne und gegen die seitliche Beckenwand hinzieht. Dieses Gebilde, das Ligamentum teres, verläuft präperitoneal zu beiden Seiten der Blase bis zum inneren Leistenring hin, geht dann durch den Leistenkanal durch und verliert sich, sich auffasernd, gegen die äußeren Schamlippen hin. Es besitzt glatte Muskelfasern und dient während der Schwangerschaft und während der Geburt zur Fixation des Uteruskörpers.

Die ihm zugeschriebene Aufgabe der Fixation des Uterus unter normalen Verhältnissen kann dieses Band schon nach seiner anatomischen Verlaufsweise nicht erfüllen, denn, wie ich Ihnen zeigen kann, verlaufen die beiden Ligamenta rotunda vom Uteruskörper nach abwärts divergierend, biegen dann nach oben zu ab und verlaufen nach oben und außen und vorne gegen den inneren Leistenring, biegen daselbst noch einmal um und verlaufen schlaff durch den Leistenkanal. Von einer Fixation des Uterus durch diese beiden Bänder kann daher gar keine Rede sein. Es ist daher auch falsch, wenn man annimmt, daß Erschlaffungszustände in diesem Bande Lageveränderungen des Uterus zur Folge haben.

Im Ligamentum latum verlaufen parallel mit der Tube am obersten Abschnitt die Gefäße der Spermatica interna. Im größten Teile des Ligamentum latum liegen die beiden Peritonealplatten enge aneinander und treten erst an der seitlichen Beckenwand zur Bildung der Parietalplatte und an der Uteruskante zur Bekleidung des Uterus auseinander.

Im unteren Drittel dagegen, etwa in der Höhe des Orificium uteri internum entfernen sich die beiden Platten voneinander und nehmen ein ziemlich mächtiges Bindegewebslager zwischen sich auf, welches von der seitlichen Beckenwand und von unten herkommend den Raum zwischen der Blase, dem Rektum, der Scheide und der seitlichen Beckenwand ausfüllt. Diesen zwischen den beiden Duplikaturplatten gelegenen Raum bezeichnen wir auch als das Parametrium.

In dem Bindegewebsstratum finden wir die Arteria uterina mit ihren Zweigen, den Plexus venosus und Lymphgefäße, Nerven und Drüsen und schließlich durchsetzt der Ureter auf seinem Zuge zur hinteren Blasenwand das Parametrium.

Von dem Bindegewebslager nun ziehen nach rückwärts, von der Cervix gegen den Mastdarm hinziehend, zwei Falten, in welchen glatte Muskulatur eingelagert ist, welche wir als Ligamenta sacro-uterina bezeichnen und die durch das den Douglasschen Raum auskleidende Peritoneum bedeckt werden, so daß sie in das Innere des Cavum utero-rectale vorspringen und auch als Douglassche Falten bezeichnet werden.

Der Uterus liegt nun zwischen Blase und Mastdarm in der Weise eingelagert, daß er seine vordere plane Fläche der hinteren Blasenwand, die hintere Konvexfläche der vorderen Mastdarmwand zuwendet.

Dabei liegt er in der Regel nicht vollständig median, so daß der größere Teil des Uterus in der rechten Beckenhälfte gelagert ist, sowie wir andrerseits wissen, daß der Mastdarm aus der Medianebene heraus mehr in die linke Beckenhälfte hineinragt.

Unter normalen Umständen ist nun der Uteruskörper gegen den Halsteil (Cervix) nach vorne zu abgeknickt, das heißt, die Uterushöhle bildet mit dem Cervikalkanal einen nach vorne offenen stumpfen Winkel, dessen Spitze in die Höhe des Orificium uterinum internum fällt.

Es besteht daher unter normalen Verhältnissen eine Anteflexio uteri, d. h. Uteruskörper und Cervix bilden miteinander einen nach vorne offenen stumpfen Winkel.

Dadurch sieht die vordere Uterusfläche, die der Blase zugewendet ist, nach vorne und zugleich nach unten und die hintere Uterusfläche ist dadurch zugleich auch nach oben gerichtet, somit der Einwirkung der von oben her wirkenden Bauchorgane ausgesetzt.

In dieser normalen Lage wird nun der Uterus nicht bloß durch den Tonus seines peritonealen Überzugs und des bindegewebigen Stratums, das von der seitlichen Beckenwand her gegen die Cervix zieht, gehalten, sondern die Hauptfunktion hierbei fällt der Scheide zu.

Die Scheide verläuft bei der aufrecht stehenden Frau nahezu horizontal von vorne nach hinten mit leichter Konkavbiegung nach oben zu. Die Vorstellung, welche die Scheide von unten nach oben zu aufsteigen läßt, ist vollständig falsch, der Verlauf derselben ist bei aufrechter Stellung der Frau, wie schon erwähnt, eine nahezu horizontale.

Wie jedes Hohlorgan, hat die Scheide im Momente des Leerseins kein eigentliches Lumen, indem die Wandungen derselben sich aneinander legen, und zwar so, daß die vordere Wand, welche zugleich die obere ist, entsprechend dem horizontalen Verlauf, auf der hinteren Wand, die zugleich die untere ist, vollständig aufliegt.

Die vordere Wand der Scheide ist mit der hinteren Wand der Urethra und mit der hinteren Wand der Blase durch ein straffes Bindegewebe verbunden (Septum vesico-vaginale), welches auch die hintere Blasenwand an die vordere Cervixwand, wenn auch nur locker, anheftet. Die hintere Scheidenwand ist mit der vorderen Rektumwand durch ein Bindegewebslager vereinigt, welches von oben nach unten zu an Dicke mächtig zunimmt. Entsprechend dem, daß der längs der Konkavität des Kreuzbeins hinunterziehende Mastdarm um die Steißbeinspitze sich herumkrümmt, um nach hinten zu gegen den Anus zu tendieren, entfernt sich an dieser Stelle die vordere Mastdarmwand von der hinteren Scheidenwand an ihrem unteren Winkel, und in dem Maße wird dann an dieser Stelle die Dicke des Septum recto-vaginale mächtiger und entspricht an dieser Stelle der Höhe des Perineums, d. h. jener Partie der Weichteile, welche zwischen der hinteren Begrenzung des Scheideneinganges und der vorderen Begrenzung der Aftermündung gelegen ist.

Die Beckenfascien und die Muskulatur des Beckenbodens erhöhen die Festigkeit dieses Septums.

Durch dieses mächtige Lager wird die hintere Scheidenwand in ihrer normalen Lage erhalten. Horizontal auf dieser hinteren Scheidenwand ruht nun unter normalen Umständen die vordere Scheidenwand auf, und da der Uterus in die vordere Scheidenwand eingepflanzt ist, somit auch der Uterus selbst.

Die Portio vaginalis steht unter normalen Umständen in einer Höhe, welche der Verbindungslinie der beiden Spinae ossis ischii entspricht. Dabei steht die Längsachse des Uterus nahezu senkrecht auf der Längsachse der Scheide. Jede Veränderung dieses Lageverhältnisses, jede Vermehrung der Beckenneigung, jede Verminderung des Widerstandes, welchen die vordere resp. hintere Scheidenwand findet, bei anatomischer Veränderung ihres Widerlagers muß Lageveränderungen der Gebärmutter zur Folge haben.

Allerdings befindet sich der Uterus bezüglich seiner Lage konstant im labilen Gleichgewichte, da ja selbstverständlicherweise der wechselnde Füllungsgrad der Blase, der des Mastdarms, der wechselnde Füllungsgrad der Bauchhöhle, der wechselnde Druck, der in der Bauchhöhle herrscht sowie von außen und oben einwirkender vermehrter Druck, wie etwa durch das Tragen des Korsetts, Veränderungen in der Lage des Uterus herbeiführen müssen, die aber nur so lange andauern, als die erwähnten Verhältnisse vorhanden sind, wenn anders der Tonus der Weichteile dem Uterus bei Wiederaufhören der erwähnten Einflüsse die Rückkehr in seine normale Lage gestattet.

Daß durch eine Schwangerschaft und die darauffolgende Geburt — selbst wenn besondere Schäden am Genitalrohre nicht angerichtet worden — die Lagerung des Uterus wesentlich beeinflußt werden kann, ist klar und werden wir im Verlaufe unserer Besprechung sehen, einen wie wichtigen Anteil an dem Zustandekommen von Form- und Lageveränderungen des Uterus gerade die Schwangerschaft und die Geburt haben.

Kennen wir nun die normale Lage und Form des Uterus, so verstehen wir, warum wir die pathologische Ante- und Retroflexio uteri als Formveränderungen des Uterus bezeichnen, weil bei ihnen das Verhältnis des Corpus zur Cervix uteri gegen die Norm verändert ist, und wir verstehen andrerseits, warum wir die Ante- und Retroversio uteri als Lageanomalien bezeichnen, weil bei ihnen das Verhältnis des ganzen Uterus zu den Nachbarorganen ein verändertes ist.

Wenn wir auch anatomisch einen Unterschied zwischen Lage- und Formanomalien konstatieren, so verschwindet dieser Unterschied in klinischer Beziehung oft vollständig, weil sich gar zu häufig die Formanomalien mit Lageanomalien vergesellschaften, weil der Symptomenkomplex nahezu der gleiche ist und weil einzelne Lageanomalien sich bloß als graduelle Steigerung von Formanomalien darstellen.

Wenn wir von den häufigst vorkommenden Lageanomalien zunächst sprechen wollen, so müssen wir zunächst den Descensus und Prolapsus uteri besprechen.

Wir verstehen darunter jene Lageveränderung des Uterus, bei welcher derselbe im Verhältnis zu seinen Nachbarorganen nach abwärts zu gerückt erscheint. Wir sprechen von einem Descensus, d. h. einer Senkung so lange, als der Muttermund den äußeren Scheideneingang beim Herunterrücken des Uterus noch nicht erreicht hat, während wir von einem Prolaps (Vorfall) dann sprechen, wenn die Portio vaginalis in der Scheidenspalte sichtbar wird oder aus derselben bereits ausgetreten ist. Es ist daher die Senkung gewöhnlich, der Vorfall der Gebärmutter dagegen immer mit einer Senkung resp. mit einem Vorfalle der Scheide vergesellschaftet, ohne daß sich im einzelnen Falle entscheiden läßt, was hierbei das Primäre ist, d. h. ob es zuerst zur Senkung der Scheide und dann erst zur Senkung des Uterus gekommen sei, oder umgekehrt.

Nun gibt es Fälle, wo der Vorfall des Uterus bei teilweiser oder vollständiger Umstülpung der Scheidenwand nach außen zu nur ein scheinbarer ist, wir finden in diesen nicht gar zu seltenen Fällen die vordere Scheidenwand vollständig, die hintere Scheidenwand zum Teil oder auch vollständig nach außen zu umgestülpt, die Portio vaginalis mit dem Muttermunde aus dem Becken vollständig herausgetreten, so daß zwischen den Schenkeln der kranken Frau ein von der invertierten Scheidenwand gebildeter Beutel herabhängt, dessen untere Begrenzung die Portio mit dem Muttermund bildet. In diesem Inversionsbeutel kann nun entweder der vollständig herabgetretene und normalgroße Uterus liegen, dann handelt es sich um einen wirklichen Prolaps des Uterus mit Inversion der Scheide — oder aber es findet sich trotz des erwähnten Bildes der Fundus uteri in seiner normalen Höhe, dann kann es sich daher in einem solchen Falle nicht um einen Vorfall des Uterus handeln, sondern um eine bedeutende Verlängerung des Uterus, der das Herabtreten der Portio resp. des Muttermundes ohne die Notwendigkeit des Herabsinkens des Fundus uteri erklärt. In einem solchen Falle handelt es sich daher um eine hypertrophische Elongation der Cervix.

Wir können diese beiden Zustände diagnostisch differenzieren, wenn wir eine Sondierung der Uterushöhle vornehmen.

Finden wir bei vollständiger Inversion der Scheide den Uterus normal lang oder nur ganz unwesentlich vergrößert, so daß wir annehmen müssen, daß er vollständig im Inversionsbeutel der Scheide liegt und aus dem Becken ausgetreten ist, dann ist wohl ein vollständiger wahrer Prolapsus uteri da. Ist aber der Uterus bedeutend verlängert und werden wir seinen Fundus in der normalen Höhe nachweisen können, dann handelt es sich um eine hypertrophische Elongation der Cervix.

Doch sind die Verhältnisse nicht immer derartig hochgradige, wir finden oft genug bloß die vordere Scheidenwand in ihrem untersten Abteile in die Vulvaöffnung prominieren, während in anderen Fällen die hintere Scheidenwand gesenkt oder schließlich auch sowohl die vordere wie die hintere Scheidenwand samt dem Uterus gesenkt erscheint, ohne daß derselbe jedoch aus dem Becken austritt.

Sehr häufig ist eine solche Senkung des Uterus oder der Vorfall des Uterus vergesellschaftet mit einer Retroversion desselben und, wie wir hören werden, kann ebenso oft diese Retroversion die veranlassende Ursache der Senkung wie die Folge derselben sein.

Um uns das Zustandekommen einer solchen Senkung resp. eines Vorfalles der Gebärmutter zu erklären, müssen wir sagen, daß entweder der Tonus jener Weichteile, welche den Uterus in der normalen Lage erhalten, verloren gegangen oder wenigstens geringer wurde, oder aber der von oben her auf den Uterus einwirkende Druck wesentlich verstärkt worden ist, oder aber, wie das gewöhnlich der Fall ist, beide Faktoren gleichzeitig in Frage kommen.

Ein sehr wichtiges ätiologisches Moment spielt hierbei die Schwangerschaft und das Puerperium, indem ungenügende Involution, zu zeitliches Aufstehen und andrerseits bei der Geburt acquirierte Defekte am Damme und des Beckenbindegewebes der Entstehung einer Senkung Vorschub leisten.

Wir wissen, daß Zerreißungen des Levator ani während einer Geburt, ob dieselbe nun durch die Naturkräfte oder durch Kunsthilfe beendigt worden sei, außerordentlich häufig vorkommen, häufig mit nach außen penetrierenden Einrissen kombiniert sind, oft genug aber subkutan stattfinden, so daß von ihnen äußerlich nichts bemerkt wird.

Finden solche Zerreißungen im Septum vesico-vaginale statt, so drängt sich die Blase durch die so entstandene Bindegewebslücke mit einem kleinen Divertikel durch, die Bindegewebslücke wird immer größer, das sich durchdrängende Divertikel immer umfangreicher, und nun kommt es durch dasselbe auch zu einer Vorwölbung der vorderen Scheidenwand, die sich wie ein Wulst in das Scheidenlumen hereindrängt.

Dasselbe kann auch an der rückwärtigen Scheidenwand sich abspielen, so daß das Rektum sich ebenfalls divertikelartig gegen die hintere Scheidenwand vordrängt und dieselbe vorwölbt, und so sehen wir oft genug eine Cystokele oder eine Rektokele bereits vorhanden, bevor noch eine Senkung da ist, deren Entstehung allerdings begünstigend.

Wenn Defekte des Perineums da sind infolge stattgehabter und schlecht vernarbter Einrisse oder wenn die Muskulatur des Beckenbodens insuffizient geworden ist durch Narbenbildung, Zerreißungen oder Atrophie, dann findet die auf der hinteren Scheidenwand normalerweise aufruhende vordere Scheidenwand nicht mehr die genügende Stütze, dann wird der normalerweise auf die den Abschluß der Beckenhöhle bildenden Organe stattfindende Druck genügen, dieselben tiefer zu bringen, da das sie in der normalen Lage erhaltende Stützgewebe unzulänglich geworden.

Um so leichter wird es hierbei zu einer Senkung der Gebärmutter kommen, wenn dieselbe vorher durch die gleichen ätiologischen Momente (Geburt und Wochenbett) in eine unnatürliche Lage gekommen, und zwar ist es vornehmlich die so häufig entstehende Retroversion, welche da in Frage kommt.

Bei langsamer Involution des Uterus im Wochenbette sinkt der schwere Uteruskörper, insbesonders bei ungünstig einwirkenden Belastungsverhältnissen, seiner Schwere folgend, sehr leicht nach hinten gegen die Kreuzbeinhöhlung um. Die Folge dessen ist, daß nunmehr die Achse des Uterus nicht mehr senkrecht steht auf der Längsachse der Scheide, sondern parallel mit ihr verläuft, ja oft genug in die Fortsetzung dieser Achse fällt, wodurch dem Nachabwärtsgleiten des Uterus außerordentlich Vorschub geleistet wird.

Allerdings kommt dieses Zurücksinken dieser Retroversion des Uterus mitunter erst konsekutiv an der schon gesenkten Gebärmutter zustande, wenn die tiefer getretene Gebärmutter unter den veränderten Belastungsverhältnissen gegen die ihr nun zugänglich gemachte Kreuzbeinhöhlung nach rückwärts ausweicht. Dieselben ätiologischen Momente, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, bedingen auch eine mangelhafte Rückbildung des Peritonealüberzuges des Uterus und der Bindegewebszüge, welche von der seitlichen Beckenwand an den Uterus hinstreben, so daß der Uterus auch dadurch eine leichtere Beweglichkeit erhält.

Schwere Ernährungsstörungen, Fettschwund infolge lange dauernder konsumierender Erkrankungen, Innervationsstörungen können in gleicher Weise den Tonus der Muskulatur des Beckenbodens und des Beckenbindegewebes beeinflussen und auf diese Weise Veranlassung zur Entstehung einer Senkung geben, wie ich das auch seinerzeit in meinem Vortrage über Enteroptose nachgewiesen habe.

Die gleichen ätiologischen Momente spielen auch beim Zustandekommen einer Ante- oder Retroversion eine wichtige Rolle. Die ungenügende Entleerung der Blase kann den Uterus so nach rückwärts drängen, daß seine ursprünglich nach unten und vorne gerichtete vordere Fläche, wenn auch nur zum geringen Teile nach oben zugewendet wird, wodurch der Abdominaldruck auf die vordere Fläche des Uterus einwirken kann, ein Umstand, durch den die nun sich vollziehende Retroversion leicht erklärt wird.

Entzündliche Prozesse im Wochenbette mit gleichzeitig vorhandener ungenügender Involution des puerperalen Uterus können Anteversion und Retroversion ebenso leicht zur Folge haben, wie Sinistro- und Dextroversionen.

Entzündliche Erkrankung des Perimetriums, der Uterusadnexe, besonders in dem den Uterus umgebenden Beckenbindegewebe sowie an den benachbarten Darmpartien können zur Fixation des Uterus in seiner unnatürlichen Lage führen. Wir sprechen dann von einer fixierten Retroversio resp. Anteversio uteri gegenüber der beweglichen Ante- resp. Retroversion.

Die Elevatio uteri, wobei der ganze Uterus kolossal in die Höhe gehoben ist, so daß die Portio hoch oben, ja mitunter in der Höhe des oberen Symphysenrandes steht und vom untersuchenden Finger schwer erreicht werden kann, kommt zustande, wenn interligamentär entwickelte Tumoren (Cysten oder Myome) oder im Becken inkarzerierte Tumoren (Kollummyome, torquierte Cysten, große Hämatome, große Beckenknochentumoren etc.) den Uterus aus seiner normalen Lage verdrängen.

Ebenso wird die Antepositio und Retropositio uteri bedingt werden entweder durch entzündliche Fixationen oder durch mechanische Verdrängung des Uterus durch eingelagerte Geschwülste.

Handelt es sich bei Lageanomalien um Veränderung der Lagebeziehung des ganzen Uterus zu seinen Nachbarorganen, so verstehen wir andrerseits unter Formveränderungen des Uterus Veränderungen der Lagebeziehung des Corpus uteri zur Cervix uteri.

Ist das Corpus uteri zur Cervix unter einem spitzeren Winkel geneigt als es der Norm entspricht, so sprechen wir von pathologischer Anteflexio uteri gegenüber der normalen Anteflexio.

Ist nun der Uteruskörper gegen die Cervix in einem mehr stumpfen oder spitzen Winkel, der nach hinten zu offen ist, geknickt, so sprechen wir von einer Retroflexio uteri. Bei derselben hat die Portio und die Cervix ihre normale Lage, der Uterus sieht dagegen mit seinem Fundus nach rückwärts gegen das Rektum, in exzessiven Fällen nach abwärts gegen den Douglas.

Ist der Uteruskörper gegen die Kante gegenüber der Cervix geknickt, dann sprechen wir von einer Lateroflexio (Sinistro- oder Dextroflexio). Diese Flexionen des Uterus kommen häufig angeboren vor und stellen sich dann als Entwicklungsfehler dar oder sie sind in früher Jugend akquiriert, so daß ihre Erscheinungen schon von der Pubertät angefangen zutage treten und sie daher in ihren klinischen Folgen den angeborenen Formveränderungen gleichzusetzen sind.

Mangelhafte Entleerung der Blase und des Mastdarms begünstigen das Zustandekommen resp. das Erhaltenbleiben dieser Regelwidrigkeit.

Entzündliche Prozesse, die sich an den Genitalorganen und deren Umgebung abspielen, innerhalb und außerhalb des Puerperiums, begünstigen das Zustandekommen einer solchen Flexion, wobei es je nach der Intensität und Lokalisierung des entzündlichen Prozesses zur Fixation des Uterus in der erwähnten Form durch Verwachsung mit den Nachbarorganen kommt (Retroflexio fixata, Retroflexio mobilis).

Eine andere Formveränderung des Uterus bedeutet die Torsion. Sie entsteht dann, wenn das Corpus uteri gegenüber der Cervix in seiner Längsachse spiralig torquiert ist, so daß die vordere Fläche des Corpus gegenüber der vor-

deren Fläche der Cervix eine Drehung um die Längsachse ausführt.

Sehr selten ist der ganze Uterus gegenüber der Scheide torquiert.

Diese Torsion des Uteruskörpers gegenüber der Cervix ist nicht selten mit andersartigen Lage- und Formanomalien des Uterus verknüpft und wird durch Tumorenbildung oder entzündliche Prozesse in ihrem Entstehen begünstigt.

Die Elongatio cervicis kommt entweder angeboren vor und betrifft dann bloß jenen Teil der Cervix, welcher als Portio vaginalis frei in die Scheide hineinragt, oder ist Folge von Zirkulationsstörungen, die sich im Anschlusse an starke Lageveränderungen der Scheide anschließen und betrifft dann jenen Teil der Cervix, welcher oberhalb des Ansatzes der Scheide gelegen ist.

Im ersten Falle, im Falle der hypertrophischen Elongation der Pars infravaginalis cervicis erscheint dieselbe penisartig verlängert, mitunter in einem solchen Maße, daß die herabwachsende Cervix durch die Hymenalöffnung jungfräulicher Individuen von oben nach unten herunterwächst.

Die hypertrophische Elongation des supravaginalen Anteiles der Cervix ist immer vergesellschaftet mit einer Inversion der Scheide und täuscht im ersten Momente einen wahren Prolaps des Uterus vor.

Die Inversio uteri kommt sowohl im Anschlusse an eine Geburt als auch, wenn auch viel seltener, ohne vorhergegangene Schwangerschaft zustande. Wir verstehen unter einer Inversio uteri eine solche Umstülpung des Uterus, daß seine Innenfläche nach unten und außen gekehrt ist; dabei bildet das einemal die Höhe des inneren Muttermundes die Umschlagstelle, so daß das invertierte Corpus uteri durch den dilatierten Cervikalkanal durchdringt (partielle Inversion), oder die Umschlagstelle wird durch den äußeren Muttermund gekennzeichnet und dann ist der ganze Uterus mit samt der Cervix umgestülpt und tritt durch die Scheide heraus und wir sprechen dann von einer Totalinversion des Uterus.

Die puerperale Inversion des Uterus kommt dann zustande, wenn bei Erschlaffung der Wände des puerperalen Uterus ein starker Druck von der Bauchhöhle her auf den Uterus einwirkt — wie zum Beispiel fehlerhaftes Massieren und Kneten des atonischen Uterus, Erhöhung des Abdominaldruckes durch brüske Bewegungen von Seite der Entbundenen, Erheben des Beckens — oder durch auf die Innenfläche des schlaffen Uterus ausgeübten Zug, Schwere der Plazenta, Zerrung am Nabelstrange etc.

Unmittelbar nach dem Zustandekommen der Inversion läßt sich die Reïnvertierung des Uterus leicht bewerkstelligen. Es muß aber dafür Sorge getragen werden, daß die Reinversion eine vollständige sei und durch das Zustandekommen kräftiger Kontraktionen des Uterus das Wiederzustandekommen einer Inversion verhindert werde, weil sonst bei scheinbaren und unvollständigen Reinversionen der Uterus zum Teile invertiert bleiben und dadurch später nach Abschluß des Wochenbettes zu großen Beschwerden Veranlassung geben kann, deren Heilung mitunter bloß durch die Totalexstirpation des Uterus möglich ist.

Es kommt aber auch außerhalb der Zeit der Geburt und des Puerperiums zu Inversionen des Uterus, dann, wenn grundständige Geschwülste, die von der sich kontrahierenden Uterusmuskulatur nach abwärts zu getrieben werden, den inneren Muttermund und den Cervikalkanal von innen her erweitern. Da kann es vorkommen, daß bei vollständig erweitertem Cervikalkanal die Uteruswandung in dem fruchtlosen Bestreben, die Geschwulst in die Scheide zu gebären, die Inversion des Uteruskörpers durch ihre eigene Tätigkeit zustande bringt.

In solchen Fällen genügt oft die Ausschälung der grundständigen Geschwulst, welche die erste Veranlassung zur Inversion gegeben hat, um den Uterus zur Reinversion zu bringen, während man in anderen Fällen die Totalexstirpation ausführen muß. Erinnern möchte ich gleich an dieser Stelle, daß die Inversion des nicht puerperalen Uterus mitunter schwer zu diagnostizieren ist. Man findet bei der vaginalen Untersuchung den Muttermund für 2—3 Finger durchgängig, seinen Rand schmalsaumig, sein Lumen erfüllt durch einen birnförmigen, mehr weniger tief herabtretenden Tumor, der scheinbar mit einem breiten Stiele in die Uterushöhle hinaufzieht. Da ist nun die Differentialdiagnose zwischen Inversio uteri und einem in die Scheide geborenen Fibrompolyp um so schwerer, als ja, wie früher erwähnt, oft genug eine solche Inversion bedingt ist durch ein im Fundus uteri sitzendes Fibrom.

Wie können wir nun diese beiden Zustände diagnostisch unterscheiden?

Bei mageren Bauchdecken ist dies ohneweiters möglich, weil man dann bei der bimanuellen Untersuchung das Fehlen des Corpus uteri resp. des Fundus an seiner richtigen Stelle nachweisen kann, ja in einzelnen Fällen sogar den Inversionstrichter fühlt. Bei fetten Bauchdecken läßt sich dieser Nachweis nicht so ohneweiters liefern und dann geschieht die Unterscheidung in folgender Weise:

Stellt man sich den in die Scheide geborenen Tumor und den Muttermund im Spekulum ein und faßt den Muttermundsaum mit Kugelzangen, dann genügt mitunter das Herabziehen der Portio mittelst der Kugelzange, um die Reinversion zu vollziehen. Der nun in den frei gewordenen Muttermund eingeführte Finger kann sich von dem Stande der Dinge genau überzeugen.

Erfolgt die Reinversion mittelst des Zuges der Kugelzange nicht, dann muß uns die Sondenuntersuchung Aufschluß geben, da bei einem einfachen, in die Scheide geborenen Polyp die Sonde neben dessen Stiel in den Uterus muß eindringen können, während bei einer Inversio uteri die Sonde zwischen dem ausgetretenen Körper und der Cervixwand ringsum um den im Cervikalkanal liegenden Körper nur bis zur Höhe des Orificiums internum eindringen kann.

Haben wir uns auf diese Weise über die vorkommenden Form- und Lageanomalien des Uterus orientiert und die zu deren Zustandekommen beitragenden ätiologischen Momente wenigstens so weit erwähnt, als es der enge Rahmen dieser Besprechungen gestattet, so wollen wir uns zunächst fragen, welche Beschwerden haben die einzelnen Veränderungen im Gefolge, wie diagnostiziert man sie und welches ist ihre Therapie, wobei wir allerdings die einzelnen Abarten der Form- und Lageanomalien nicht mehr werden getrennt behandeln können, da sie oft genug miteinander kombiniert vorkommen.

Die Beschwerden, welche solche Veränderungen hervorrufen, sind mitunter außerordentliche, die Größe derselben steht jedoch nicht immer im Einklange mit dem Grade der anatomischen Veränderung, wobei wir noch festhalten müssen, daß ein großer Teil der diese Leiden begleitenden Beschwerden oft genug nicht auf die Lageveränderungen als solche allein, sondern vielmehr auf die die Lageveränderungen bedingenden Grundursachen zurückzuführen sind.

Immerhin sind diese Beschwerden sehr häufig so große, lästige, jede Arbeitsfähigkeit und jeden Lebensgenuß beeinträchtigende, daß die Heilung derselben von den Kranken als wahre Wohltat empfunden wird, und in der Tat gelingt es uns in den meisten Fällen, durch sorgfältige Behandlung, durch Beseitigung der anatomischen Veränderungen oder durch Beseitigung mindestens einzelner lästiger Symptome den Kranken wesentlich zu helfen. So sehen wir, daß Frauen mit starker Senkung der Gebärmutter oder der Scheide sehr häufig an jeder Arbeitsleistung behindert werden. Heftige Kreuzschmerzen, das Gefühl des Druckes nach abwärts, starke Stuhlträgheit, außerordentlich häufiger Harndrang, lästiger Ausfluß und unregelmäßige Blutungen sind die häufigsten Symptome. Insbesonders in solchen Fällen, wo der Vorfall so hochgradig ist, daß die invertierte Scheide mit

dem prolabierten Uterus zur Schamspalte heraustritt, kommt es durch die Einwirkung der atmosphärischen Luft und die auf die nunmehr bloßliegenden Weichteile konstant ausgeübten mechanischen Insulte zu schweren Veränderungen. Infolge der geänderten Cirkulationsverhältnisse kommt es oft zu Ödembildung mit nachträglicher Hypertrophie der Scheidenwandung, zu einer Eintrocknung und Abschürfung des Vaginalepithels, es entstehen durch die konstanten Friktionen Geschwüre, welche, da sie der Einwirkung der atmosphärischen Außenwelt ausgesetzt sind, zu lästigen Eiterungsprozessen Anlaß geben. Ja, es kann von hier aus auch zu sehr schweren Infektionsprozessen kommen, wie andrerseits auch durch das zunehmende Ödem solche Inkarzerationserscheinungen auftreten können, daß man rasch eingreifen muß, um die drohende Gefahr einer allgemeinen Peritonitis zu beseitigen. In einem so weit vorgeschrittenen Falle muß man die Kranke zu Bett bringen, man versucht den Prolaps zu reponieren, was bei nötiger Sorgfalt gelingt, man läßt nun die Frau einige Tage mit erhöhtem Steiße ruhig im Bette liegen und die schwersten Veränderungen bilden sich dann zurück.

Sind diese stürmischen Erscheinungen gewichen, so behandelt man die entstandenen Geschwüre durch desinfizierende Ausspülungen, durch Bestreichen der Geschwürsfläche mit Jodtinktur oder Lapislösung, und wenn die Heilung dieser Geschwüre eingetreten ist, dann sucht man die Wiederholung des Prozesses durch sachgemäße Behandlung zu vermeiden.

Aus der chirurgischen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitals zu Sarajevo.

Über die Wahl der Operation bei Lithiasis.

Von **Primararzt Dr. Jos. Preindlsberger.**

(Fortsetzung.)

Cystotomia perinealis.

Die Zystotomie betraf 22 Individuen im Alter von $2^1/_2$—54 Jahren mit 2 Todesfällen; in diesen beiden letal verlaufenen Fällen handelte es sich um schwere Retentionserscheinungen mit Fixation der Steine im Blasenhalse und bereits zur Zeit der Operation ausgebildeten schweren Erkrankungen der Blase, des Nierenbeckens und der Nieren.

Der eine Fall starb mehrere Wochen nach der Operation bei verheilter Blasenwunde; die Abbildung des Präparates der Blase zeigt deutlich die Narbe, welche die Uretereinmündungen freiläßt, und eine Fistel in der Pars prostatica; diese letztere hatte sich aus einem Dekubitusgeschwür entwickelt, welches durch den Druck des im Blasenhals fixierten Steines verursacht war.

In dem zweiten Falle handelte es sich eigentlich nicht um eine Cystotomia perinealis, sondern es war bei dem im Blasenhals fixierten Steine die Mastdarmablösung ohne Eröffnung der Blase vorgenommen worden, da es sich bei der Operation herausstellte, daß der Stein in der Pars prostatica membranacea eingekeilt war und nach Bloßlegung und Eröffnung dieses Teiles der Harnröhre extrahiert werden konnte.

Auch in diesem Falle handelte es sich um schwere aszendierende Entzündungserscheinungen in den Harnwegen.

In beiden Fällen kann der Exitus letalis nicht mit dem Eingriff in Zusammenhang gebracht werden.

Besonders hervorheben möchte ich das meist jugendliche Alter der Patienten; bei der Nachbehandlung kamen da die Vorteile der Methode zur Geltung, die in der leichten Überwachung und beim Versagen der Drainage in dem ungehinderten Abfluß des Harnes durch die Wunde zum Ausdrucke kamen.

In den meisten Fällen funktionierte die Blasendrainage exakt in der ersten Woche, besonders wenn die Blasenwunde durch einige Nähte verkleinert war. Nach dieser Zeit hat der durch die Wunde abfließende Harn nie mehr den Wundverlauf gestört.

Eine wesentliche Abkürzung der Wundheilung im Vergleich zur Sectio alta konnte ich nicht erreichen; ganz abgesehen von jenen günstig verlaufenen Fällen von Sectio alta, wo nach kompletter Blasennaht eine prima intentio eintritt, erreicht man in der Regel bei Blasendrainage auch nach Sectio alta in 4—5 Wochen den Abschluß der Wundheilung.

Bei der Cystotomia perinealis schwankte die Zeitdauer von der Operation bis zur Kontinenz zwischen 10 und 39 Tagen abgesehen von einem später zu erwähnenden Falle, wo eine Komplikation eintrat.

In einer nennenswerten Herabsetzung der Dauer der Wundheilung liegt daher nicht der Vorteil der Methode, wohl aber in der einfacheren Nachbehandlung.

Mehrmals hatte ich bei Kindern wegen Störungen der Narkose künstliche Respiration nötig und dabei wurden die Gefahren dieses Zwischenfalles, wie wir sie bei offener Blasen- und Bauchdeckenwunde mit Recht fürchten müssen, vermieden.

Bei Erwachsenen führte ich die Rückenmarksanästhesie aus, die ja gerade bei den Operationen am Damm ihr günstigstes Anwendungsgebiet hat.

Eine Nebenverletzung erfolgte einmal: In Fall Nr. 20 war die Ablösung der Blase vom Rektum besonders glatt gelungen; bei der Extraktion eines großen Oxalates war aber offenbar eine stärkere Quetschung der Wunde erfolgt; obwohl während der Operation keine Verletzung des Rektums bemerkt worden war, ging am 4. Tage nach der Operation aber Kot durch die Wunde ab. Diese Komplikation hatte eine Infektion der Wunde mit konsekutiver Phlegmone des Penis zur Folge, ging aber schließlich nach dreimonatlicher Dauer, während welcher mehrere Inzisionen am Penis und bei am Kreuzbein und Trochanter aufgetretenen Abszessen erforderlich waren, in Heilung über. Ob in diesem Falle nach Sectio alta bei der Extraktion des großen Steines eine Quetschung der Weichteile hätte vermieden werden können, erscheint mir fraglich. Es wäre wohl auch nach Sectio alta der Verlauf der Wundheilung nicht ungestört geblieben.

Zweimal fand sich bei den im Blasenhals fixierten Steinen Perizystitis und erschwerte die Ablösung der Blase. Die Dauer der Operation bei einiger Übung ist kaum länger als die der Sectio alta.

Für die Dauer der Wundheilung ist die Länge der Inzision in die Blasenwand von Wichtigkeit, obwohl auch manchmal nach kleinen Inzisionen bis zur vollständigen Kontinenz mehrere Wochen vergehen.

Es ist auch gar nicht notwendig, die Inzision der Blasenwand besonders groß anzulegen, da man von einer 1—2 *cm* langen Wunde auch ein größeres Konkrement, wenn es sich überhaupt zerbrechen läßt, leicht zertrümmern und in einzelnen Stücken extrahieren kann; Oxalate eignen sich zu diesen Verfahren jedoch ebensowenig wie bei der Lithotripsie.

Die Cystotomia perinealis wird daher gewiß schonender sein als die Lithotripsia perinealis, die ohne Quetschung des Blasenhalses, ohne Narbenbildung in der Urethra nicht möglich ist; sie wird, wie ich glaube, einen bleibenden Platz bei der Behandlung der Blasensteine behalten.

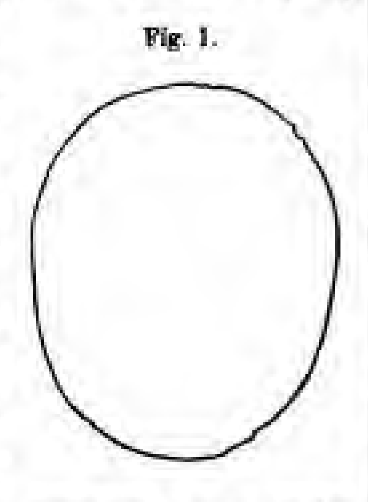
* * *

Cystotomia perinealis 22 Fälle (23). Alter: 2, $2^1/_2$, 3, 3, 5, 6, 2, 7, 8, 9, 9, 10, 6, $12^1/_2$, 13, 16, 20, 21, 22, 40, 51, 54. 2 Todesfälle: beide schwere Pyelonephritis. Heilungsdauer: 14—64 Tage. Durchschnitt 35·6 Tage. 2 Fälle befanden sich bei Abschluß der Arbeit noch in Behandlung.

I. J.-Nr. 800. M. R., 9 Jahre alt, aus Umševica, Herzegowina. Seit 6 Jahren Steinbeschwerden. Pat. uriniert tropfenweise unter heftigen Schmerzen; Harn getrübt; eine zur Untersuchung genügende Menge kann nicht aufgefangen werden. Am 22. Februar 1904 in Chloroformnarkose Cystotomia perinealis. Typische Ablösung des Mastdarmes und Bloßlegung der hinteren Blasenwand, was ganz leicht

ging. Großes Konkrement. Die Extraktion desselben gelang erst, nachdem es mit der Steinzange gefaßt, vorgezogen und die Blasenwand bis knapp an die Prostata in der Längsrichtung durchgetrennt und einige seitliche Einkerbungen gemacht worden waren; trotzdem wurde die Blasenwunde stark gequetscht. Keine Naht, keine Ligatur, Dauerkatheter; lockere Tamponade der Wunde. Am 5. Tage Weglassen des Katheters, Urin geht durch die Wunde ab. Am 7. Wiedereinführen des Katheters, der aber nicht vertragen wird. Am 14. März Harnentleerung per urethram, durch die Wunde geht nur wenig Urin ab. Am 1. April vollständig trocken. Am 4. April Wunde vernarbt. Pat. kontinent. 2 *cm* vom Rande des Anus entfernt findet sich eine dreischenklige Operationsnarbe, die aus einem der Raphe des Perineum entsprechenden 2 *cm* langen Anteil besteht, von dessen unterem Ende nach links noch ein ebenso langer, nach rechts in stumpfem Winkel ein 1 *cm* langer Schenkel sich abzweigt. Zwischen diesen beiden unteren Anteilen der Narbe findet sich eine haselnußgroße bürzelförmige Hautfalte. Sonde Nr. 14 passiert leicht. Harn noch leicht getrübt. Geheilt entlassen. Stein: Urate, Kalziumoxalat, Phosphate, Magnesiumphosphat, Kalziumkarbonat, -phosphat (Fig. 1).

Fig. 1.

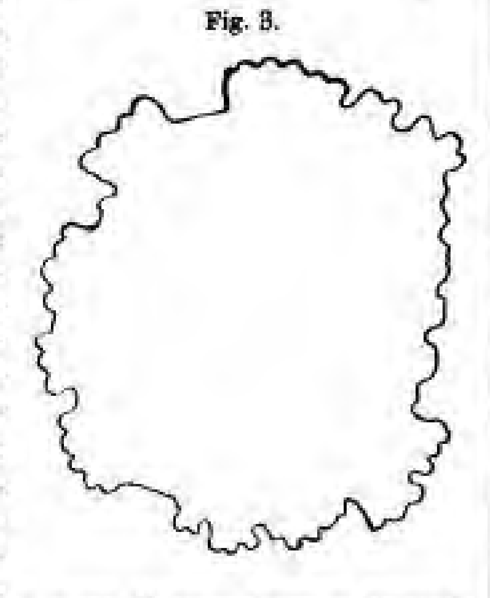


II. J.-Nr. 1558. B. D., 3 Jahre alt, aus Cipulić. Seit 6 Monaten Steinbeschwerden. Gut genährtes, kräftiges Kind; Harn nicht getrübt. Am 6. April Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Typische Freilegung der hinteren Blasenwand rasch und leicht nach Durchtrennung der Musc. recto-urethral. Sehr schwer war die Extraktion des haselnußgroßen Steines, die erst bei bimanueller Untersuchung gelang. Keine Blasennaht, lockere Tamponade der Wunde. Vereinigung der Hautränder mit 2 Nähten. Kein Dauerkatheter. Reaktionsloser Wundverlauf. Am 16. April geht kein Harn durch die Wunde ab. Am 25. April geheilt entlassen; Wunde verheilt bis auf einen $1^1/_2$ *cm* langen, 5 *mm* breiten, oberflächlichen Granulationsstreifen. Stein: Urate, Kalziumoxalat. Gewicht: 0·8 *g* (Fig. 2).

Fig. 2.

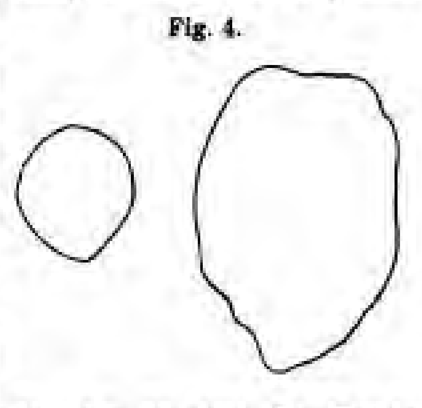
III. J.-Nr. 1802. A. S., 51 Jahre alt, Trapano, Dalmatien. Leidet seit 20 Jahren an Steinbeschwerden, die in der letzten Zeit so zugenommen haben, daß der Pat. nur tropfenweise Harn entleeren kann und kontinuierlich von den heftigsten Schmerzen in der Blasengegend und am Perineum geplagt ist. Die Sondenuntersuchung ergibt das Vorhandensein eines großen, sehr harten Steines, der nicht beweglich ist. Pat. ist durch die kontinuierlichen Schmerzen und die Schlaflosigkeit sehr erschöpft und nervös. Am 18. April Cystotomia perinealis; nach Rückenmarksanästhesie mit Tropakokain trat allerdings eine wesentliche Herabsetzung der Schmerzempfindung auf, wegen der Aufgeregtheit des Pat. mußte jedoch eine oberflächliche Narkose mit SCHLEICHschem Siedegemisch vorgenommen werden. Typische Freilegung der hinteren Blasenwand bis zum Sichtbarwerden der Peritonealfalte. Nach Inzision der Blase gelingt es nur mit großer Mühe und unter Anwendung großer Kraft, den Stein zu extrahieren; Versuche, den Stein zu zerbrechen, mißlangen mit den kräftigsten Zangen; die Anwendung von Meißel und Hammer war nicht möglich, da die Gefahr des Ausgleitens und einer Nebenverletzung bestand; der obere Rand der Prostata mußte auch durchtrennt werden. Trotzdem starke Quetschung der Wundränder bei der Extraktion. Der Stein war im Blasenhalse mit seinen Zacken fest eingebettet gewesen. Einige Tage Dauerkatheter, dann Weglassen desselben wegen Gefahr des Dekubitus am Blasenhalse. Am 22. Mai Wunde trocken. Am 3. Juni geheilt entlassen. Wunde bis auf eine hellergroße granulierende, oberflächliche Stelle verheilt. Harn geht nur per urethram ab, doch besteht beim Gehen und Stehen noch Harnträufeln. Stein: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat und Phosphate; Rinde ebenso, nur mehr Kalziumoxalat und Phosphate (Fig. 3).

Fig. 3.



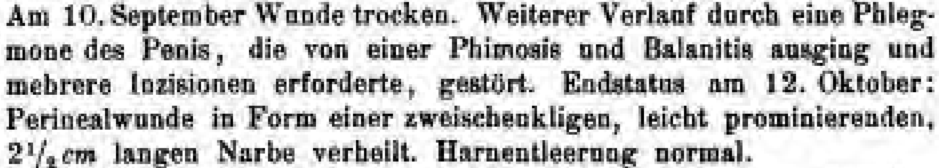
IV. J.-Nr. 2349. P. V., 5 Jahre alt, aus Žabar (Brčka). Seit einem halben Jahre Steinbeschwerden. Cystitis, Bronchitis und Arhythmie des Pulses. Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose am 24. Mai. Bloßlegung der hinteren Blasenwand leicht, ebenso die Extraktion des taubeneigroßen und eines kirschgroßen Steines, der so hart war, daß er sich mit einer starken Kornzange nicht verkleinern ließ. Blasenwunde deshalb fast 3 *cm* lang, Blasenwand verdickt. Keine Naht. Tamponade der Wunde. Kein Dauerkatheter. Am 14. Juni uriniert Pat. per urethram und es geht nur wenig Harn durch die Wunde. Am 23. Juni die Wunde trocken. Am 6. Juli mit verheilter Wunde entlassen. Stein: Kern: vorwiegend Urate; Rinde: vorwiegend Kalziumoxalat, wenig Urate, Phosphate und Kalziumkarbonat; Gewicht: 12 *g* (Fig. 4).

Fig. 4.



V. J.-Nr. 3758. J. S., 3 Jahre alt, aus Stolac, Herzegowina. Seit einem halben Jahre Blasenbeschwerden. Von mehreren Ärzten mit der Sonde untersucht, konnte kein Stein nachgewiesen werden. Mir gelang der sichere Nachweis des kleinen Konkrementes erst in Narkose. Harn alkalisch. Zystitis. Am 1. September Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Ablösung des Mastdarmes gelingt leicht und rasch; nach Eröffnung der Blase Extraktion eines kirschgroßen, ovalen Konkrements. Einige Catgutnähte verschließen die Blase, lockere Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze; drei Hautnähte. Stein: Urate, Kalziumoxalat. Gewicht: 0·4 *g* (Fig. 5).

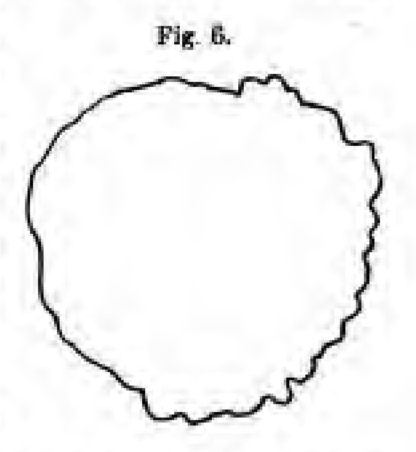
Fig. 5.



Am 10. September Wunde trocken. Weiterer Verlauf durch eine Phlegmone des Penis, die von einer Phimosis und Balanitis ausging und mehrere Inzisionen erforderte, gestört. Endstatus am 12. Oktober: Perinealwunde in Form einer zweischenkligen, leicht prominierenden, $2^1/_2$ *cm* langen Narbe verheilt. Harnentleerung normal.

VI. J.-Nr. 3658. Ah. M., 30 Jahre alt, aus Hrasnica, Bugojno, aufgenommen 18. August 1904. Pat. gibt an, daß seit einem Jahre mit dem Urin öfters Steinchen abgegangen sind, welche hirsekorn- bis erbsengroß, von rauher Oberfläche und grauer Farbe waren. Seit Neujahr sind 18 Steinchen abgegangen, ohne die geringsten Schmerzen. Heute früh plötzlich heftiger Schmerz in der Blase, der in die Eichel ausstrahlt, und komplette Harnverhaltung. Am Tage der Aufnahme wird gelegentlich zur Harnentleerung eingeführten Metallkatheters (ein weiches Instrument ging nicht hinein) am Blasenhals ein auf Walnußgröße geschätzter harter Stein mit rauher Oberfläche nachgewiesen. Harn reagiert sauer, nicht getrübt; im Sedimente weiße Blutkörperchen in geringer Menge, vereinzelte rote Blutkörperchen. Kein Nierenelement, kein Urat, kein Eiweiß. Am 19. August Cystototomia perinealis in Rückenmarksanästhesie mit 0·06 Tropakokain, gute Wirkung; wegen Unruhe des Pat. zum Schlusse der Operation oberflächliche Narkose mit SCHLEICHschem Siedegemisch. Typische Bloßlegung der Blasenwand ohne Nebenverletzung. Nach Inzision der Blase schwierige Extraktion des hühnereigroßen, harten Steines, der sich nicht zerbrechen ließ, wobei die Blasenwand stark gequetscht wurde. Heftigere Blutung aus der verdickten Blasenwand, die durch einige Catgutnähte gestillt wurde. Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze. Vereinigung der Haut durch einige Nähte. Dauerkatheter. Stein: Kern: vorwiegend Urate; Rinde: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat, -karbonat und Phos-

Fig. 6.



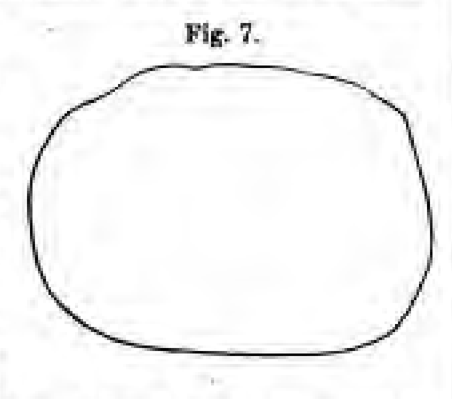
phate; äußerste Rinde: Magnesiumammonphosphat; Gewicht: 36 *g* (Fig. 6). Fieberloser Verlauf. Am 13. September Wunde vollständig trocken. Der Dauerkatheter mußte am 4. Tage post operat. wegen Urethritis weggelassen werden. Endstatus am 22. September. Operationswunde bis auf eine hellergroße oberflächliche granulierende Stelle verheilt, deren unterer Rand von einem schräg gestellten, leichten, förmig vorspringenden Wulst begrenzt ist. Es besteht beim Herumgehen noch Harnträufeln.

VII. J.-Nr. 2630. B. M., 6jähr. Bauernknabe aus Stjepurševići, Bez. Trebinje. Seit 3 Jahren Steinbeschwerden. Schwächliches, anämisches Kind, Zystitis mit reichlichem Sediment. Am 17. Juni Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Typische Ablösung des Mastdarmes ohne Nebenverletzung; Eröffnung der Blase in der Ausdehnung von 1 *cm*; durch diese Öffnung Zertrümmerung des mehr als walnußgroßen Steines mit der Kornzange; Entfernung der einzelnen Trümmer mit Steinzange und Löffel, Irrigation. Drainage der Blase mit Drainrohr, das an der Blasenwunde mit Catgutfäden fixiert wurde und so die Blasenwunde verschloß. Lockere Tamponade der Wunde. Partielle Hautnaht. Dekursus: Am 10. Tage Entfernung des Drainrohrs, worauf der Harn einige Zeit durch die Perinealwunde abfloß; Dauerkatheter; am 14. Tage uriniert Pat. spontan und wird die Perinealwunde nur wenig naß; am 20. Tage die fast verheilte Wunde ganz trocken. Endstatus am 15. Juli: Am Perineum eine in der Sehne 3 *cm* messende zweischenkelige Narbe. Keine Beschwerden, es besteht noch mäßige Zystitis. Die vor der Operation alkalische Reaktion des Harnes ist sauer geworden. Stein: vorwiegend Magnesiumammonphosphat und Kalziumphosphat, wenig Kalziumoxalat und -karbonat und Urate. Gewicht: 14 *g*.

VIII. J.-Nr. 257. Vaso S., 10jähr. Bauerssohn aus Dobovci, Bez. Kotor Varoš. Seit 7 Jahren Steinbeschwerden. Gut entwickelter Knabe von schlechtem Ernährungszustande. Blase maximal dilatiert, Harnretention und Harnträufeln. Walnußgroßer Stein im Blasenhals eingekeilt. Zystitis mit reichlichem Sediment und alkalischer Reaktion. Am 7. Juni Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Bloßlegung der Blase ohne Nebenverletzung, Eröffnung derselben zwischen zwei Fixationsnähten in der Ausdehnung von $1^1/_2$ *cm*. Von der Blasenwunde aus Zertrümmerung des über walnußgroßen Steines mit einer kräftigen Kornzange. Entfernung der Steintrümmer mit der Kornzange und Ausspülen der Blase. Drainage der Blase, lockere Tamponade der Perinealwunde; Hautwunde mittelst einiger Nähte verkleinert. Am 1. Juli spontan uriniert 400 *cm*³, der Rest des Harnes fließt bei der Perinealwunde ab. Am 6. Juli Harnentleerung ausschließlich per urethram. Am 17. Juli fließt wieder etwas Harn bei der Perinealfistel ab. Am 22 Juli Operationswunde vollständig verheilt. Harnentleerung normal. Harn reagiert sauer und wenig getrübt. Stein: vorwiegend Magnesiumammonphosphat, sehr wenig Kalziumphosphat und -karbonat und Urate.

IX. J.-Nr. 5642. Jovo V., 54 Jahre alt, aus Podastinjenje. Bez. Fojnica, Bosnien, gelangt am 28. Februar 1904 zur Aufnahme. Anamnese: Steinbeschwerden seit $2^1/_2$ Jahren; in der letzten Zeit öfter Blutharnen. Status praes.: Kräftig gebauter Mann mit wenig entwickeltem Panniculus adiposus; normaler Befund der Zirkulations- und Respirationsorgane. Die Sondenuntersuchung ergibt die Gegenwart eines harten, etwa eigroßen Konkrementes mit rauher Oberfläche. Harn leicht getrübt, enthält viel Eiweiß, reagiert sauer, enthält im Sediment weiße Blutkörperchen, Kristalle von Harnsäure und vereinzelte granulierende Zylinder. Am 29. Dezember Perineotomie und Cystotomia perinealis in Rückenmarksanästhesie mit 0·07 Tropakokain. Bei der Ablösung des Rektum kam es zu einer oberflächlichen queren Verletzung des stark entwickelten Bulbus urethrae und mäßigen Blutung aus der Schnittfläche, die durch eine Umstechungsnaht gestillt wurde. Prostata mäßig vergrößert. Bei der Inzision der hinteren Blasenwand wurde auch der obere Rand der Prostata eingeschnitten. Die Inzision erfolgte in der Längsrichtung und es mußte die Schleimhaut der Blase, die sich ablöste, respektive bei der Schlaffheit der Wand abhob, in einem zweiten Akte inzidiert werden. Bei der Extraktion des Steines, der eine eigentümliche Plattenform zeigte, wurde die Blasenwand gequetscht, da der Stein im ungünstigsten Durchmesser gefaßt wurde. Irrigation der Blase mit 3%iger Borsäurelösung, Verkleinerung der Blasenwunde durch einige Seidennähte, lockere Tamponade und partielle Naht der Dammwunde, Dauerkatheter. Verlauf fieberlos. Am 31. Dezember, am 3. Tage post operat., uriniert Pat. spontan und die Wunde blieb trocken. Am 25. Januar Wunde bis auf eine linsengroße oberflächliche granulierende Stelle verheilt; Harn klar, eiweißfrei. Stein: Kern und Rinde: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat und Phosphate (Fig. 7).

Fig. 7.



X. P. M., 20 Jahre alt, aus Ravno-Bugojno, or.-orth. Seit 4 Jahren Steinbeschwerden mit häufigen Blutungen. Status praes.: Anämisches Individuum. Kontinuierlicher, sehr schmerzhafter Harndrang. Phimosis und lange Striktur der Urethra, die bereits am Orificium urethrae beginnt, das narbig gewulstet erscheint. Urethra knapp für Steinsonde Charrière Nr. 13 passierbar; in der Blase ein etwa haselnußgroßes, hartes Konkrement. Die Lithotripsie wäre wegen der Striktur ohne vorbereitende Behandlung derselben nicht möglich gewesen; wegen der heftigen Schmerzen des Patienten daher am 13. September Perineotomie und Cystotomia perinealis in Rückenmarksanästhesie mit 0·06 Tropakokain. Die Ablösung der Blase gestaltete sich wegen periprostatitischer und perizystitischer Verwachsungen schwieriger. Die Blasenwand war so morsch, daß sie von dem die eingeführte Steinsonde haltenden Assistenten durchstoßen wurde; die dadurch gesetzte Öffnung in der Blase wurde mit der Schere erweitert und das Konkrement (Oxalat) extrahiert. In die Blase wurde durch die Perinealwunde ein Dauerkatheter eingeführt und mit zwei Catgutnähten fixiert. Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze. Verkleinerung der Wunde durch zwei Seidenknopfnähte. Am 14. September hat sich der Pat. den Katheter herausgezogen. Temperatursteigerung bis 38. 15. September fieberfrei. 19. und 20. September Temperatursteigerung bis 39°. Dauerkatheter per urethram. 21. September fieberfrei. 24. September Wunde ganz trocken. Weglassen des Katheters. Endstatus am 7. Oktober: Am Perineum ein wenig vorspringender Hautwulst. Stein: vorwiegend Urate, wenig Kalziumoxalat und -phosphat und Magnesiumammonphosphat (Fig. 8).

Fig. 8.

(Schluß folgt.)

Über Ichthyomenthol.

Von **Dr. Bronislaus Sokal**, Distriktsarzt in Zysiec.

Seitdem das Ichthyol durch Unna im Jahre 1883 in die Dermatotherapie und von Freund (1890) in die Gynäkologie eingeführt wurde, ist eine große Reihe von Veröffentlichungen über die Erfolge der Ichthyolbehandlung erschienen, in denen übereinstimmend ausgesprochen wird, daß das Ichthyol ein unübertreffliches, lokal entzündungswidriges Mittel von auffallend schmerzstillender Wirkung ist.

Obwohl nun das Ichthyol mit bestem Erfolge angewandt wurde, dachte man doch nach einigen Jahren daran, einige unangenehme Nebenwirkungen des Präparates auszuschalten, und dies um so mehr, je ausgedehnter der Gebrauch desselben wurde. Man ging darauf aus, die physikalischen Eigenschaften des Ichthyols zu modifizieren, ohne die chemische Individualität und den therapeutischen Wert zu beeinträchtigen. Was der äußerlichen Anwendung des Präparates hindernd im Wege stand, war der unangenehme Geruch und das Beschmutzen der Wäsche, Nebenwirkungen, die schließlich dazu zwangen, das Mittel oft wegzulassen.

Edelmann gebührt das Verdienst, hier Wandel geschaffen zu haben. Durch eine glückliche Kombination des Ichthyols mit anderen bereits bekannten Mitteln gelang es ihm, nicht nur die unangenehmen Nebenwirkungen des Präparates zu beseitigen, sondern auch den therapeutischen Wert desselben um vieles zu erhöhen. Das von Edelmann hergestellte Prä-

parat Ichthyomenthol ist ein Produkt von Ichthyol, das von der bekannten Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Ko., Hamburg, geliefert wird, aus Menthol und salizylsaurem Menthol in Verbindung mit Kampfer, Alkohol und ätherischen Ölen besteht.

Das Ichthyol wird bekanntlich durch Destillation gewisser Harzarten erhalten, die in Tirol gewonnen werden und Reste von petrifizierten Fischen darstellen. Das Destillationsprodukt wird mit Schwefelsäure bearbeitet und mit Natronlauge neutralisiert. In den Handel kommen ichthyolsulfosaures Natron, ichthyolsulfosaures Ammonium und andere Salze der Ichthyolsulfosäure; in der Medizin wird ausschließlich das unter der abgekürzten Bezeichnung „Ichthyol" bekannte ichthyolsulfosaure Ammonium gebraucht. Seine so rasche Verbreitung verdankt das Ichthyol einer ganzen Reihe wissenschaftlicher Arbeiten, und praktische Beobachtungen haben dem Ichthyol den Ruhm eines gefäßverengenden, schmerzstillenden und resorbierenden Mittels gesichert, weshalb es auch in mehreren Arzneibüchern, darunter auch in die „Pharmacopoea Japonica" und „Helvetica", Eingang gefunden hat.

Ichthyomenthol vereint in sich die unwiderstehliche, entzündungswidrige Eigenschaft des Ichthyols, die stark antiseptische und anästhesierende des Menthols, die antipyretische und spezifisch antirheumatische Wirkung der Salizylsäure.

Kampfer, Alkohol und die ätherischen Öle spielen eine nebensächliche Rolle; nur dringt der Kampfer als flüchtiger Körper überall leicht ein und unterstützt dadurch mit dem resorptionsfördernden Alkohol die Wirkung der genannten Mittel.

Keine untergeordnete Rolle dagegen spielt das kristallinische Salizylsäurementhol, das in Alkohol, Äther, Chloroform, Benzol und Öl löslich ist, bei 39° C schmilzt und leicht von der Haut resorbiert wird. Nach der Resorption zerfällt es nach kurzer Zeit in seine Bestandteile. Schon zwei Stunden nach der Einreibung mit Ichthyomenthol kann man die Salizylsäure im Harne nachweisen.

Der Gehalt an Ichthyol und Menthol bewog mich, dem Ansuchen nach Prüfung des Präparates Folge zu leisten.

Das Präparat wurde in zirka 40 Fällen in Anwendung gebracht.

Die schmerzhaften Stellen wurden mit Ichthyomenthol kräftig eingerieben, hierauf der betreffende Körperteil mit Watte oder Flanell eingewickelt.

Im folgenden will ich einige Fälle genauer beschreiben:

I. Fall: Neuralgia intercostalis.

A. K., Mutter eines Kollegen, 50 Jahre alt, Schmerz linksseitig, drei übereinander gelegene Nerven erkrankt, und zwar der achte, siebente und sechste. Der Schmerz tritt anfallsweise auf und ist so heftig, daß er der Patientin die Nachtruhe raubt und sie von Kräften bringt. Der Schmerz ist lanzinierend und dehnt sich um den halben Thorax aus. Husten, tiefes Atmen u. dgl. rufen Schmerzanfälle hervor. Leise Berührung der Haut steigert den Schmerz; besonders schmerzhaft sind die Vertebral-, Lateral- und Sternalpunkte.

Nachdem Rheumatismus der Brustmuskeln, Pleuritis, Entzündung der Rippen und der Wirbelsäule ausgeschlossen und die Ätiologie keine Infektionskrankheiten, Malaria, Vergiftung, Anämie, Chlorose und Verletzung als Ursache erwies, wurde die Diagnose Neuralgia intercostalis rheumatica festgestellt.

Die Patientin wurde in der oben angegebenen Weise mit Ichthyomenthol behandelt. Nach jeder Einreibung tritt unmittelbar ein angenehmes Gefühl von Kälte auf, der Schmerz wird geringer und verschwindet nach vier Einreibungen für immer.

II. Fall: Neuralgia nervi trigemini.

M. W., Hebamme, 50 Jahre alt. Anfälle von bohrendem Schmerz der rechten Wange. In der Mundhöhle gesteigerte Speichelsekretion, Schwellung am Zahnfleische. Aufnahme von Speise und Trank wird allemal zur Ursache eines neuralgischen Anfalles.

Da Einreibungen mit Veratrin, Chloroform und Belladonnasalbe erfolglos blieben, versuchte ich die Schmerzen mit Ichthyomenthol zu beseitigen. Der Erfolg war ein guter.

III. Fall: Ischias.

L. K., Arzt, 40 Jahre alt. Der Schmerz dehnt sich über Gesäß, hintere Oberschenkelfläche, gesamten Unterschenkel und Fuß aus. Die Schmerzen sind ununterbrochen, steigern sich aber anfallsweise, werden vom Patienten als drehend bezeichnet und strahlen von oben nach unten aus. Druckpunkt in der Höhe der Spina ossis ilei posterior superior neben dem Kreuzbeine.

Die elektrische Erregbarkeit von Nerv und Muskeln und der Patellarsehnenreflex unverändert.

Der Kranke liegt auf der gesunden Seite und hält den Oberschenkel angezogen. Das gestreckte Bein wird im Hüftgelenke nach vorne gebeugt, der Kranke empfindet einen heftigen Schmerz; auch eine Beugung des gesunden Fußes ruft im kranken denselben Schmerz hervor.

Koxitis, Psoitis, Muskelrheumatismus und hysterisches Gelenkleiden werden ausgeschlossen, desgleichen in der Ätiologie, Lues, Malaria, Trauma, Gonorrhöe u. dgl.

Dem Patienten wird Bettruhe, eine leicht verdauliche Kost, ein Abführmittel morgens und abends anempfohlen. Der ganze Fuß wird mit Ichthyomenthol täglich gerieben und sodann in Watte gehüllt.

Diese Behandlung reichte vollkommen aus, nur beklagte sich der Kranke über Jucken an den eingeriebenen Stellen.

Gute Resultate erhielt ich mit Ichthyomenthol auch bei neuralgischen Kopfschmerzen, Periostitis maxillarum und Neuralgie nach Herpes zoster. Bei rheumatischen Muskelschmerzen und rheumatischen Gelenkaffektionen kombinierte ich die Ichthyomentholbehandlung mit innerlicher Darreichung von Aspirin.

Ichthyomenthol ist demnach ein Präparat, welches allgemeine Anwendung verdient; ich halte es für unentbehrlich bei allen Fällen, in welchen man früher das teure Mesotan verordnet hat.

Referate.

SCHMITZ (Berlin): **Über den gegenwärtigen Stand der Perityphlitisfrage, insbesondere über den günstigen Zeitpunkt des operativen Einschreitens.**

Über den Zeitpunkt des operativen Einschreitens herrscht unter den Chirurgen noch immer keine vollständige Einigkeit, um so weniger können sich die praktischen Ärzte, die selten Gelegenheit haben, die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Appendizitis zu sehen, darüber im klaren sein, ob jeder Fall und wann zur Operation gelangen soll. Und gerade die praktischen Ärzte, die meist die Anfälle von Appendizitis in ihren ersten Anfängen sehen, haben es in der Hand, die Prognose der Krankheit durch die frühzeitige Operation zu bessern, sie übernehmen daher durch ihren Entschluß: „Operieren" oder „Zuwarten", eine große Verantwortung. Verf. trachtet nun, seine klinischen Erfahrungen für den praktischen Arzt verwertbar zu machen und teilt die Fälle von Appendizitis nach dem klinischen Verlaufe in zwei Gruppen: die leichten Fälle und die Fälle mit schwereren Erscheinungen. Zu den leichten gehören die Fälle mit wenig oder gar nicht gestörtem Allgemeinbefinden, mit mäßiger, nur lokaler Druckempfindlichkeit, ohne erhebliche Spannung der Bauchmuskulatur; Temperatur nicht viel über 38°, Puls qualitativ und numerisch von annähernd normaler Beschaffenheit; kurz anhaltendes Erbrechen, ohne weitere gastrische Störungen; nur diese leichten Fälle will Verf. exspektativ behandelt wissen („Berliner Klinik", Nr. 203). Da aber auch diese leichten Fälle sich plötzlich verschlimmern können, müssen die Patienten unter ständiger ärztlicher Kontrolle stehen; Verf. empfiehlt daher auch für die leichten Fälle den Transport in ein Krankenhaus, wo die Operation, falls die Notwendigkeit eintreten sollte, sofort vorgenommen werden kann. Alle übrigen akuten Fälle sollen nach Ansicht des Verf.s sofort, auch wenn die ersten 48 Stunden schon vorüber sind, operiert werden, da ein Abwarten mit Gefahren für

den Patienten verbunden sein kann. Die Operation im freien Intervall ist angezeigt bei rezidivierenden leichten akuten Anfällen und bei chronischen Formen, wenn die Beschwerden den Patienten erheblich belästigen. Es wäre zu wünschen, daß die Ärzte von der dringenden Notwendigkeit der Operation bei den schwereren Formen von Appendizitis überzeugt wären, und dies wäre am ehesten zu erreichen, wenn die praktischen Ärzte häufig bei Appendizitisoperationen anwesend wären, um zu sehen, welch schwere pathologische Veränderungen auch bei anscheinend leichten Fällen gefunden werden.

ERDHEIM.

FRANKE (Altona): Ein Beitrag zur Frage der Kontagiosität des Erysipels.

Die Lehre von der Kontagiosität des Erysipels ist so eingewurzelt, daß trotz der bakteriologischen Experimente, die, von mehreren Autoren angestellt, fast übereinstimmend ergaben, daß bei Erysipel weder in den Schuppen noch in den frischen Blasen Streptokokken nachzuweisen sind, die Angst vor dem Erysipelkranken noch fort besteht. Verf. hat an der chirurgischen Abteilung des Professors KÖNIG Untersuchungen an Erysipelkranken angestellt, welche in Übereinstimmung mit den früheren Versuchen von KLEMM, RESPINGER u. a. ergaben, daß die Streptokokken durch kleine Haut- und Schleimhautverletzungen eindringen und in den Lymphgefäßen der Kutis weiterwachsen. Niemals kommt es aber vor, daß aus der Tiefe dieses Gewebes der Streptokokkus an die Oberfläche gelangt und hier in Blasen oder Schuppen nachzuweisen wäre („Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 78, H. 1—3). Der Erysipelkranke ist also keine Gefahr für seine Umgebung, aus der unverletzten erysipelatös erkrankten Haut gehen keine Krankheitserreger hervor. Das ändert sich aber, wenn der Kranke die juckende, gespannte Haut anfängt mit den Nägeln zu bearbeiten. Dann eröffnet er das Korium und die ausfließende Lymphe kann Streptokokken enthalten. Wenn man also diesen einzigen Weg, auf welchem der Erysipelkranke Infektionsstoffe an seine Umgebung abgeben kann, versperrt, indem man die Körperstelle mit einem gut sitzenden, fest abschließenden Verband bedeckt, kann der Erysipelkranke keine größere Gefahr für die anderen Kranken abgeben, als der Patient mit einer Streptokokkenphlegmone. Unter diesen Verhältnissen kann der Kranke ruhig dort bleiben, wo er liegt. KLEMM, der sämtliche Streptokokkenkrankheiten (Streptokokkenphlegmone, Erysipel, Otitis etc.) für gleichwertig hält, hat schon früher den Vorschlag gemacht, die Streptokokkenkranken in einem Saal zu halten; also nicht Isolierung der Erysipelkranken von anderen Eiterungen, sondern Gleichstellung des Erysipels mit anderen Streptokokkeninfektionen.

ERDHEIM.

M. v. ZEISSL (Wien): Über die Behandlung der Syphilis.

Für die Therapie des syphilitischen Primäraffektes gelten, wenn er nicht exzidiert wird, die Regeln der Chirurgie. Ist der Primäraffekt vom Präputium bedeckt und läßt sich dieses schwer über den Primäraffekt zurückschieben, so mache man die Zirkumzision oder die Dorsalinzision, damit der Primäraffekt freigelegt und der Lokalbehandlung zugänglich gemacht werde. Wo es irgend möglich ist, bestreut v. ZEISSL denselben („Pharm. u. ther. Rundschau", 1905, Nr. 8) in dünner Schicht mit Europhen oder Vioform und appliziert dann in verdünntes Karbolwasser oder Bleiwasser getauchte Gaze. Sitzt die Sklerose extragenital, z. B. am Finger, so ist es unbedingt angezeigt, um eine raschere Heilung zu erzielen, die Extremität ruhig zu stellen. Als bestes Ersatzmittel des Jodoforms, das oft wegen seines Geruches nicht angewendet werden kann, hat sich v. Z. in seiner Wirkung dem Jodoform am nächsten kommend, das Europhen erwiesen. Von dem in neuerer Zeit von der Fabrik Friedr. Bayer & Co. hergestellten Jothion hat v. ZEISSL keinen günstigen Einfluß auf den Primäraffekt beobachten können, dagegen wirkt dasselbe recht günstig auf luetische Periostitiden. Sobald die Sekretion des Primäraffektes abgenommen und spärlich geworden, kann man auf denselben graues Pflaster applizieren. Eine weitere Frage ist es, wann man die Allgemeinbehandlung beginnen soll. Verf. stellt es als Lehrsatz hin, daß solche Individuen, welche präventiv allgemein behandelt werden, relativ häufiger an schweren Formen der Syphilis erkranken als solche, bei denen die allgemeine Behandlung erst aufgenommen wird, nachdem die Erscheinungen an der allgemeinen Bedeckung und den Schleimhäuten ihren Höhepunkt erreicht haben. Je ausgiebiger die erste Behandlung nach Ausbruch der Allgemeinerscheinungen, um so sicherer ist ein günstiger Verlauf der Syphilis zu erwarten und um so seltener pflegen bei derartig Behandelten die Rezidive zu sein. Die Allgemeinbehandlung besteht, wie zur Genüge bekannt, in der Verabreichung von Quecksilberpräparaten per os, durch Friktion und Injektion, Räucherung und Hg-Bäder. Nur muß man auch heute dafür plädieren, daß schon im sogenannten papulösen Stadium Jodpräparate verabreicht werden können und sollen. Verf. hat davon nie einen Nachteil gesehen, daß gleichzeitig Quecksilber und Jod appliziert wurden.

G.

FRITZ KERMAUNER (Heidelberg): Zur Entstehung der Schräg- und Querlagen.

Bei einer 19jährigen Erstgebärenden fand sich als Ursache der Schräglage ein zystischer, überkindskopfgroßer Tumor, welcher das ganze kleine Becken ausfüllte und sich als stark gefüllte Harnblase erwies. Erst nach vollkommener Entleerung der Blase und entsprechender Seitenlagerung trat der Kopf ins Becken ein („Zentralblatt f. Gynäk.", 1905, Nr. 34). Dieses Verhalten der Harnblase in der Geburt ist ganz atypisch, da wir die gefüllte Blase in der Regel in die freie Bauchhöhle emporsteigen sehen. Die Ursache war in dem beschriebenen Falle nicht mit Sicherheit festzustellen; vielleicht handelte es sich um abnorme Fixationen am Blasenfundus oder im Beckeneingang, vielleicht um eine Lockerung der sonst festen Verbindung zwischen Zervix und Blase.

FISCHER.

CHALIER (Lyon): Ein Fall von Perforation eines Duodenalgeschwüres mit allgemeiner Peritonitis.

Der 28jährige Pat. litt seit mehreren Jahren an vorübergehenden Magenbeschwerden („Gaz. des hôpitaux", 1905, Nr. 70). Seit 3 Monaten empfand er heftige, 3 Stunden nach den Hauptmahlzeiten auftretende Schmerzen im Epigastrium, die zuweilen in den Rücken ausstrahlten. Es bestand weder Erbrechen noch Blutung. Pat. konnte seiner Arbeit nachgehen. Plötzlich verspürte er unmittelbar nach dem Genusse von Milch besonders heftige Schmerzen am unteren Ende des Thorax. Der Schmerz war so groß, daß Pat. stundenlang schrie. Es bestand mäßiges Fieber (38·3). Das Abdomen war etwas aufgetrieben. Kein Stuhlabgang. Keine Winde. 36 Stunden nach dem Anfall wurde operiert. Es zeigte sich diffuse Peritonitis, deren Ausgangspunkt nicht ersichtlich war. 4 Tage später starb Pat. Bei der Sektion zeigte sich an der vorderen Seite des Duodenums eine 18 *mm* lange und 9 *mm* breite Öffnung. Nach COLLIN ist die vordere Fläche des Duodenums häufiger der Sitz von Perforationen als die rückwärtige (68mal in 111 gesammelten Fällen).

J. St.

GILBERT und POSTERNAK (Paris): Über die Phosphortherapie.

Die Hauptfunktionen der Phosphorverbindungen der Nahrung sind: Zur Konstitution der Gewebe und Organe beim Wachstum beizutragen und den täglichen Verlust des Organismus an Phosphor zu decken. Dieser Satz kann auch zur Definition der Assimilierbarkeit einer Phosphorverbindung dienen („L'œuvre méd.-chir.", 1905, Nr. 36). Der Phosphorumsatz im Organismus ist bis zu einem gewissen Grade vom Stickstoffumsatz unabhängig. An die bereits klassierten Gruppen von Nahrungsstoffen (Eiweiß, Fett, Kohlehydrate) reiht sich noch eine vierte an — die Gruppe der phosphorhaltigen Nahrungssubstanzen. Der Ort der Phosphordesassimilation befindet sich hauptsächlich, wenn nicht ausschließlich, in den weichen Teilen des Organismus. Sie besteht in einer Zersetzung von organischen Phosphorbestandteilen der Gewebe, welche zur Bildung von Mineralphosphaten führt. Die Mineralphosphate sind demnach nur allerletzte Produkte der Phosphormetamorphose, die durch den Harn als unnütze Auswurfstoffe entfernt werden. Die Deckung des täglichen Phosphorverlustes durch die Nahrung hat den Zweck, die zerlegten

organischen Phosphorverbindungen der Gewebe zu ersetzen. Die natürlichen Nahrungsstoffe des Menschen enthalten den Phosphor hauptsächlich in organischer Bindung. Die echten Nukleine sind in der vollkommenen Nahrung nur spärlich vorhanden. Unter den organischen Phosphorverbindungen der Nahrung gehört dem Phytin die hervorragendste Stellung, da es sehr stark in der Natur verbreitet ist, einen außerordentlich hohen Phosphorgehalt besitzt und nach den vorliegenden Untersuchungen als vollständig definierter Körper betrachtet werden muß. Die Phosphortherapie bezweckt eine Erhöhung der Phosphorernährung des Organismus. Sie erstrebt, entweder dem Organismus dieses ihm mangelnde Element in größerer Menge zuzuführen, oder nur die pharmakodynamische Einwirkung der Phosphornahrungssubstanzen hervorzurufen. Die Phosphortherapie muß deshalb denselben Weg folgen, welchen die Natur zur Phosphorernährung eingeschlagen hat, d. h. nur zu organischen Phosphornahrungssubstanzen greifen. Mineralphosphate, Glyzerophosphate sind nicht imstande, die organischen Phosphorverbindungen der Nahrung zu ersetzen, da sie nicht assimiliert werden können. Genaue Stoffwechselversuche beweisen, daß Phytin leicht assimilierbar ist. Die pharmakodynamische Einwirkung des Phytin besteht in einer Anregung des normalen Stoffwechsels der Zellen und Erhöhung des Körpergewichtes; dynamometrisch gemessene Kraftzunahme sowie Verbesserung des Blutzustandes sind die Resultate, welche man am öftesten bei Darreichung von Phytin in verschiedenen pathologischen Fällen beobachtet hat. L.

GARRÉ (Königsberg): **Totaler Querriß des Pankreas durch Naht geheilt.**

Ein 24jähriger Rangierer geriet zwischen zwei Puffer, wobei der Bauch stark gequetscht wurde. Pat. hatte heftige Schmerzen, ohne die Besinnung zu verlieren. Bei der Aufnahme ins Spital zeigte er keine Erscheinungen von Shock, hingegen erbrach er 3 Stunden nach der Verletzung kaffeesatzartige Massen und dann frisches Blut. In der Annahme einer Darmruptur schritt Verf. zur Laparotomie („Beiträge z. klin. Chir.", Bd. 46, pag. 18), fand aber nach genauer Durchsuchung des Darmes keine Darmruptur vor. Die Quelle der Blutung lag im Pankreas, welches quer ganz durchrissen war. Naht des Pankreas und der Kapsel, worauf die Blutung stand. Tamponade der Bauchhöhle. Aus der Drainageöffnung entleerte sich lange Zeit eine Flüssigkeit, die alle 3 Pankreasfermente aufwies. Nach 6 Wochen hat sich die Fistel vollständig geschlossen und es trat Heilung bei sehr gutem Allgemeinbefinden ein. ERDHEIM.

STURSBERG (Bonn): **Über die Bedeutung der Dermographie für die Diagnose funktioneller Neurosen.**

Aus den Untersuchungen von STURSBERG („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 83, H. 5 und 6) geht folgendes hervor: Rötung der Haut nach mechanischer Reizung mäßiger Art ließ sich bei der übergroßen Mehrzahl aller Untersuchten nachweisen. Völliges Fehlen dieser „Reizrötung" bildet eine seltene Ausnahme und beruht anscheinend vorwiegend auf abnormer Beschaffenheit der Haut. Bei Berücksichtigung der Durchschnittszahlen aus einem größeren Untersuchungsmaterial ergeben sich etwas höhere Werte für die Stärke der Dermographie bei Neurosen. Gleichwohl kommt der Erscheinung eine wesentliche Bedeutung für deren Diagnose nicht zu, weil sie auch bei Fehlen jeder nervösen Störung in derselben Weise vorhanden sein kann. Für die Dermographie gilt also im wesentlichen dasselbe, was Verf. in einer früheren Arbeit („Münchener med. Wochenschr.", 1902) für den Rachenreflex nachgewiesen hat. L.

STONE (New-York): **Ein Fall von Nitrobenzolvergiftung.**

Ein bisher stets gesunder, 22jähriger Mann wurde plötzlich von großer Schwäche übermannt und verfiel in einen komatösen Zustand. Der herbeigerufene Arzt fand den Pat. ganz kollabiert vor und konnte trotz aller Excitantis den Eintritt des Todes, 4—5 Stunden nach Beginn der Erkrankung, nicht verhindern („Journ. of the Am. med. Assoc.", 1. Oktober 1905). Die gerichtliche Untersuchung ergab, daß der Verstorbene Schuhe getragen hatte, die mit einer nitrobenzolhaltigen Flüssigkeit angestrichen waren. Diese Flüssigkeit war, wie der Anblick der Haut der Füße zeigte, in den Körper eingedrungen. Die kleine Menge des absorbierten Giftes hatte genügt, um den Tod durch Paralyse der Zirkulationszentren herbeizuführen. Das Herz hatte 5 Minuten vor dem Aussetzen der Atmung zu schlagen aufgehört. J. ST.

EISNER (Berlin): **Über die Indikationen und Kontraindikationen der Anwendung von Eisenpräparaten bei Magenkrankheiten.**

Dyspeptische Erscheinungen sind an sich keine Kontraindikation gegen die Anwendung eines Eisenpräparates. Bei Vorhandensein dyspeptischer Beschwerden hat der Anwendung eines Eisenpräparates in jedem Falle die funktionelle Untersuchung des Magens voranzugehen. Kontraindiziert ist die Anwendung eines Eisenpräparates: *a)* bei organischen Erkrankungen des Magens; *b)* bei Hyperazidität oder Hypersekretion; *c)* wenn vorhandene dyspeptische Beschwerden bei Eisengebrauch eine Steigerung erfahren („Therapie der Gegenwart", 1905, Nr. 6). Das Perdynamin wird bei funktionellen Magenerkrankungen in der großen Mehrzahl der Fälle gut vertragen, im besonderen erscheint es für Fälle von sekretorischer Insuffizienz geeignet, da es imstande ist, die Magensaftsekretion anzuregen. G.

A. P. RUDSKI (Moskau): **Über die gonorrhoische Urethritis bei Knaben.**

Die gonorrhoische Urethritis nimmt nicht selten einen langsamen (durch mehrere Monate und darüber) und schweren Verlauf. In den vom Verf. beobachteten drei Fällen („Monatsberichte für Urologie", 1905, Bd. 10, H. 6) zeigte der eine einen so protrahierten Verlauf, daß der Urethralausfluß des betreffenden Knaben selbst am 130. Krankheitstage noch Gonokokken enthielt. Die lokale Behandlung der Urethritis bei Knaben mit gonokokkentötenden Mitteln, am besten mit Silberpräparaten, ist zulässig und nützlich. In den Fällen des Verf.s hat die lokale Behandlung mit Protargol- und Larginlösungen bei sukzessiver Steigerung von Protargol und Largin von $^1/_4$—$^3/_4$% keine Reizerscheinungen verursacht. Das Oleum santali wurde durchweg gut vertragen. Zur Feststellung der Heilung sind mehrfache mikroskopische Untersuchungen erforderlich, wobei nicht nur das Verschwinden der Gonokokken aus dem Ausfluß, sondern auch das Verschwinden der Eiterzellen und das negative Ergebnis der Untersuchungen des Urogenitalapparates maßgebend sind. Ohne wiederholte, längere Zeit hindurch geführte mikroskopische Untersuchungen ist es bei dem gegenwärtigen Stande der Frage unmöglich, auf eingetretene Heilung der Gonorrhöe zu schließen. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Radikalkur der Inguinalhernien** ohne versenkte Nähte bespricht JONNESCU („Rev. de chir.", 1905, Nr. 5). Der Hautschnitt beginnt an der Spina anterior, oberhalb und parallel mit dem POUPARTschen Bande, hat eine Länge von 8—10 *cm* und durchsetzt die oberflächlichen Gefäße zwischen Pinzetten. Auf dem in den Leistenkanal eingeführten Zeigefinger wird mit der Schere die Sehne des Obliquus externus durchschnitten und auf jeden Teil eine lange Klemmzange angelegt, hierauf wird der Obliquus internus und transversus inzidiert und in ebensolcher Weise fixiert. Die Elemente des Samenstranges werden isoliert und befinden sich auf der unteren Fläche des Bruchsackes. Der Bruchsack wird vorgezogen, geöffnet, sein Inhalt reponiert, dann werden auf den noch weiter hervorgezogenen Sackhals zwei Klemmpinzetten angelegt, zwischen welchen eine Entfernung von etwa 1 *cm* bleibt; über der oberen Pinzette wird der Sack abgeschnitten. Auf diese Weise werden die Eingeweide zurückgehalten und das Peritoneum abgeschlossen. Schließlich werden zwei Silberfäden durch die Wunde in folgender Weise durchgeführt: Der eine Faden geht durch die Haut, den Bruchsackhals, den Musculus transversus und Obliquus intern. durch, und nachdem er einen Teil dieser Muskeln quer umgriffen hat, kehrt er in die Nähe und unter-



halb der ersten Einstichöffnung zurück, indem er unter der FALLOPIschen Arkade durchgeht, die mit dem linken Zeigefinger emporgehoben wird. In ähnlicher Weise wird ein zweiter Silberfaden im oberen Teile der Wunde angelegt, welcher ebenfalls einerseits die Haut und die Muskeln, andrerseits den Transversus und Obliquus int. in sich faßt. Ist die Schnittöffnung größer, so werden 3 statt 2 Silberfäden angelegt. Es werden hierauf zwischen diesen Nähten solche mit Crin-de-Florence in Achtertouren angelegt, und zwar mit folgender Reihenfolge des Durchstiches: Aponeurose des Obliquus externus (unterer Wundlappen), Obliquus int. und Transversus (unterer Wundlappen), Muscul. transv. und Obliq. int. (oberer Wundlappen) und Aponeurose des Obliq. ext. (oberer Wundlappen). Dann werden die Silberfäden zusammengezogen und über einer Gazerolle zusammengeschnürt, zum Schlusse die Crin-de-Florence-Nähte angelegt. Alle oberflächlichen Nähte werden am 6. oder 7. Tage entfernt, während dies mit den Silberfäden erst am 12. Tage geschieht.

— Während einer **Diphtherieendemie** hat GEYER („Therap. Rundsch.", 1905) das Sozojodol erfolgreich verwendet. Er gebraucht folgende, in den Mund resp. die Nasenhöhle einzublasende Mischung: Bei Kindern:

Rp. „Sozojodol"-Natrii pulv. subt.,
Flor. sulf. aa. . . . . 3·0
DS. Zum Einblasen.

Bei Erwachsenen:

Rp. „Sozojodol"-Natrii pulv. subt. . . . . . 6·0
DS. Zum Einblasen.

— Über die **Einwirkung des Adrenalins auf das Nierenparenchym** berichtet L. VACCARI („Policlinico", 1905, H. 4). Verf. studierte diese Frage tierexperimentell, indem er bei Kaninchen eine Niere freilegte, in das Parenchym $^1/_2$—3 cm^3 einer $1^0/_{00}$igen Lösung von salzsaurem Adrenalin (einem Kontrolltier dieselbe Menge physiologischer Kochsalzlösung) einspritzte, die Nephrotomie ausführte, dann nach 10 Stunden bis 11 Tagen die Tiere tötete und die histologischen Veränderungen der Niere studierte. Nur in einem Falle waren diese bei der Kochsalzlösung größer, sonst stets bei den Adrenalintieren. Verf. warnt vor Anwendung des Adrenalins als Blutstillungsmittel bei Nierenoperationen, da es die Nieren schädige.

— Aus den therapeutischen Untersuchungen von HABERFELD („Fortschr. d. Med.", 1905, Nr. 28) über **Digalen** geht folgendes hervor: Digalen besitzt qualitativ dieselben Wirkungen wie Folia Digitalis. Seine Vorteile den letzteren gegenüber sind folgende: Es übt auf den Magen keine Reizwirkung aus, verursacht daher weder Unwohlsein noch Brechreiz. Es wirkt viel rascher, die Wirkung ist keine kumulative; es vermehrt die Diurese bedeutend und wird dadurch schnell ausgeschieden. Es kann genau dosiert werden. Seine Zusammensetzung ist konstant und die Wirkung daher immer dieselbe. CLOËTTA hat somit durch die Herstellung des Digalens der Digitalistherapie eine sichere Grundlage und ein größeres Wirkungsgebiet verschafft.

— Die **Digitaliswirkung am gesunden Menschen** hat FRAENKEL studiert („Münch. med. Wochenschr.", 1905, Nr. 32). Verf. hat mit Strophantustabletten gearbeitet und als Maßstab für den Eintritt der Wirkung die Pulsverlangsamung benutzt. Die Versuche wurden an kreislaufgesunden Frauen angestellt; die Versuchspersonen bekamen etwa 4 Tabletten pro die. Die Wirkung auf die Pulsfrequenz trat in den meisten Fällen prompt ein; nur in einzelnen Fällen blieb sie ohne ersichtliche Ursache aus. Meist war die Wirkung nach 12 Stunden bemerkbar, nach 24 Stunden war sie auf der Höhe und dauerte 1 bis 2 Tage an; die Verminderung der Pulsfrequenz betrug 16 bis $30^0/_0$ der Normalzahl. Die Sphygmogramme zeigten, daß die Pulsverlangsamung auf einer Verlängerung der Diastole beruhe. Die Messungen des Blutdrucks nahm Verf. mit dem neuen Blutdruckmesser von H. v. RECKLINGHAUSEN vor; es ergab sich dabei, daß der systolische Druck beim gesunden Menschen unter der Digitaliswirkung nicht steigt, sondern unverändert bleibt; die pulsatorische Schwankung nimmt hingegen zu, indem der Druck in der Diastole stärker abnimmt. Es schien nun wahrscheinlich, daß die Pulsverlangsamung die Ursache sei, welche die Steigerung des Blutdrucks nicht zustande kommen läßt. Ist dies richtig, so muß der Blutdruck auch beim Menschen steigen, sobald es gelingt, die gleichzeitige Pulsverlangsamung zu beseitigen. Dies bestätigte sich. Verf. injizierte, um die Pulsverlangsamung vorübergehend auszuschalten, den Versuchspersonen 1 mg Atropin. sulfuric. Nunmehr stieg nach Strophantus der Blutdruck über die Norm.

— Bei einem Knaben mit gonorrhoischem **Erythema nodosum** sah HERMANN („Münch. med. Wochenschr.", 1905, Nr. 46) in unmittelbarem Anschluß an eine intravenöse Injektion mit Kollargol völlige Entfieberung eintreten. Die vorher immer wiederkehrenden Erscheinungen seitens der Gelenke und der Haut waren wie mit einem Schlage beseitigt. Es war zwar nicht völlig undenkbar, daß ein zufälliges Zusammentreffen vorliegen könnte, allein der Verlauf der Krankheit bis zur Injektion ließ eine derartig plötzliche Spontanheilung sehr wenig wahrscheinlich erscheinen, um so weniger, als die Einspritzung inmitten einer schweren Attacke vorgenommen wurde. Die Injektion, die sehr leicht vonstatten ging, hatte keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen. Ebenso verlief auch die nach 5 Tagen aus prophylaktischen Gründen wiederholte Injektion der für das Alter ziemlich hohen Dosis ohne Temperaturanstieg und ohne irgend welche nachträgliche Störungen. Verf. hält sich also berechtigt, zu den Indikationen für die intravenöse Kollargoltherapie die gonorrhoische Sepsis und gewisse gonorrhoische Exantheme hinzuzufügen, speziell wo durch das Auftreten von Erythema nodosum der Verdacht gestützt wird, daß nicht nur Toxine, sondern Mikroorganismen im Blute kreisen.

— Als **Mittel gegen Fußschweiß** wird neuerdings wiederum das Kaliumpermanganat empfohlen („Journ. d. Pharm.", 1905, Nr. 6). Man gibt am Anfang Fußbäder mit einer $1^0/_0$igen Permanganatlösung, steigt nach je 3—4 Tagen um $1^0/_0$, bis man nach zirka 14 Tagen bei einer $6^0/_0$igen Lösung anlangt. Die Fußbäder werden abends genommen, und zwar möglichst warm (zirka 40°), Dauer $^1/_4$ Stunde. Man läßt den Fuß trocknen (nicht abwischen). Am anderen Morgen bestreut man die Füße mit folgendem Pulver:

Rp. Kal. permanganic. . . . . 13·0
Alumen . . . . 1·0
Talc. . . . . 50·0
Zinc. oxydat.,
Calcaria aa. . . . . 18·0
DS. Streupulver.

Zwischen die Zehen kommen kleine Wattebäuschchen, die Socken werden täglich gewechselt. Das Verfahren ist zu jeder Zeit ausführbar, ist schmerz- und gefahrlos. Die Dauer der Kur beträgt zirka 14 Tage, je nachdem man nach dem dritten oder vierten Tage um $1^0/_0$ steigt.

— Die Anwendung der **Bittermittel** bei verschiedenen Magenerkrankungen und namentlich der Chinapräparate hat seit vielen Jahren festen Fuß in der Therapie gefaßt, und trotzdem von manchen gegen dieselben geeifert wird, ist es nichtsdestoweniger unbestreitbar, daß wir derzeit keine besseren Mittel kennen, um den daniederliegenden Appetit zu heben, d. h. die Sekretion der Magen- und vielleicht auch großen Verdauungsdrüsen in günstiger Weise zu beeinflussen. Die Einwirkung der Chinapräparate ist aber keine einfache. Das in ihnen enthaltene Chinin ist ein ausgezeichnetes Antiseptikum und wirkt deletär auf alle niederen Organismen ein. Von ebensolcher Wichtigkeit ist der Einfluß des Chinins und der anderen Alkaloide der Chinarinde auf die Sekretion des Magensaftes, der Speicheldrüsen, vielleicht auch des Pankreas. Andrerseits wirkt die Chinagerbsäure adstringierend, was namentlich in Fällen von Atonien und Katarrhen der in Betracht kommenden Schleimhäute von Wichtigkeit ist. Diese wichtigen therapeutischen Eigenschaften, und zwar die antiseptische, die sekretionsbefördernde und die adstringierende vereinigt nach TOFF („Zentralbl. f. Stoffw.- u. Verd.-Krankh.") ganz besonders das Extractum Chinae Nanning.

— Aus den experimentellen Untersuchungen über die **Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut** und Bemerkungen über die Einwirkung von Radium und ultraviolettem Licht von LINSER und HELBER (Med. Klinik zu Straßburg) geht hervor, daß die weißen Blutkörperchen in elektiver Weise, am stärksten im kreisenden Blute, durch die direkte Einwirkung der Röntgenstrahlen

zerstört werden, am wenigsten widerstandsfähig sind die Lymphozyten. Durch den Zerfall der weißen Blutkörperchen im kreisenden Blute wie in leukozytenreichen Flüssigkeiten entsteht im Serum ein Leukotoxin, dessen Injektion bei anderen Tieren zu einem Leukozytenzerfall im kreisenden Blute führt. Das nach Röntgenbestrahlungen im Serum auftretende Leukotoxin ruft eine Immunität gegen das Leukotoxin hervor; es geht durch die Plazenta vom Muttertier auf den Fötus über. Nach Röntgenbestrahlung treten Nephritiden auf, die nicht durch direkte Wirkung der Strahlen auf die Nieren bedingt sind. Auf rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Hb-Gehalt haben die Röntgenstrahlen nur geringen schädigenden Einfluß. Die Blutgerinnung erleidet durch den reichlichen Leukozytenzerfall keine Veränderung. Radium und ultraviolettes Licht haben keinen wesentlichen Einfluß auf das Blut.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der Geburtshilfe. In drei Bänden herausgegeben von **F. v. Winckel** in München. Zweiter Band, I. Teil. Mit zahlreichen Abbildungen im Text und auf den Tafeln I—IV. Groß-8°. 656 Seiten. Wiesbaden 1904, Verlag von J. F. Bergmann.

Der erste Teil des zweiten Bandes des groß angelegten, unter der Redaktion v. WINCKELs erscheinenden Handbuches der Geburtshilfe, der vor nicht langem die Presse verließ, enthält, abgesehen von einem kurzen historischen Abriß der Geschichte der Geburtshilfe vom 16. bis zum 19. Jahrhunderte, die Physiologie und Diätetik des Wochenbettes, die Pathologie und Therapie der Schwangerschaft sowie die nicht sexuellen Erkrankungen der Schwangeren. An der Bearbeitung dieses Bandes beteiligten sich, abgesehen von dem Herausgeber, ausschließlich nur jüngere Kräfte, deren Namen aber bereits einen guten literarischen Klang besitzen. Sämtliche Kapitel sind nicht nur sehr gründlich, sondern auch sehr gut bearbeitet, so daß sich dieser Band den bereits früher erschienenen würdig anreiht. Auch dieser Band liefert den Beweis, daß das v. WINCKELsche Handbuch das hervorragendste und beste aller ist, mögen diese in deutscher oder in anderer Sprache erschienen sein. Das v. WINCKELsche Handbuch der Geburtshilfe bildet das würdige Seitenstück zu dem VEITschen über Gynäkologie. —r.

Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. Unter Mitarbeit hervorragender Autoren herausgegeben von **Dr. Wilhelm Croner**, 3. Auflage. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

Wie alle Erscheinungen aus diesem vornehmen Verlage, so zeigt auch das vorliegende, nunmehr schon in 3. Auflage herausgegebene Werk alle Kennzeichen sorgfältigster Bearbeitung und vorzüglicher Anlage. Es umfaßt die Therapie an den Kliniken von v. LEYDEN, KRAUS, SENATOR, HEUBNER, ZIEHEN, B. FRÄNKEL, v. BERGMANN, HILDEBRAND, HOFFA, GREEFF, LUCAE, OLSHAUSEN, BUMM und LESSER. In einem Anhange sind die „Vergiftungen", „Die für den Arzt wichtigsten Vorschriften bezüglich der Aufnahme Geisteskranker' in Irrenanstalten" und „Die Vorschriften betreffend die Abgabe starkwirkender Arzneimittel in den Apotheken" untergebracht. Ein mit großem Fleiße gearbeitetes Register der Krankheiten, der Behandlungsmethoden und der Arzneimittel beschließt das umfangreiche, ein günstiges Format aufweisende Buch, das in seinen Spalten die gesamte Therapeutik, von mehreren Standpunkten aus beleuchtet, umschlossen hält. W.

Kritik der medizinischen Erkenntnis. Eine medikogeschichtliche Untersuchung von **Prof. Dr. Hugo Magnus.** (Abhandlung zur Geschichte der Medizin, herausgegeben von MAGNUS, NEUBURGER, SUDHOFF, H. 10.) 145 S. Breslau 1904, Kern.

Verf. bemüht sich nachzuweisen, wie der Entwicklungsgang der Medizin, der praktischen sowohl wie der theoretischen, durch den Wandel in der erkenntnistheoretischen Grundlage, die Ablösung des deduktiven Denkens in der Medizin durch das induktive, bedingt ist. Am spätesten erscheint an diesem Prozeß die innere Medizin beteiligt. Die neue Zeit knüpft (mit der Verlegung des Krankheitssitzes aus dem ganzen Körper in einzelne Organe) an die Namen MORGAGNI und BICHAT (Erkrankungen der einzelnen Organgewebe), die neueste an VIRCHOW (Zellularpathologie) an. — Es ist nicht zu leugnen, daß an einzelnen Stellen mehr Exemplifikation angenehm wäre; der Leser sei aber ausdrücklich davor gewarnt, das sehr interessante Buch, etwa durch das Wort Erkenntnistheorie geschreckt, achtungsvoll beiseite zu legen. INFELD.

Feuilleton.

Die Wiener Heilstätte für Lupuskranke.

Zu den neuesten Institutionen auf dem Gebiete therapeutischer Betätigung zählt das jüngst eröffnete Institut für Behandlung des Lupus, welches, dem k. k. allg. Krankenhause angegliedert, unter Leitung des Dermatologen Prof. ED. LANG, auch die Methode FINSENs den an Lupus Erkrankten zugänglich macht. Wir hatten vor kurzem Gelegenheit, die mustergültigen Einrichtungen dieser segensreichen Anstalt zu studieren.

Über Wunsch jener Professoren, welche sich um die Institution der ärztlichen Fortbildungskurse verdient gemacht, fand für die Hörer derselben Sonntag, den 8. Oktober l. J., in der Heilstätte für Lupuskranke (IX., Borschkegasse 10) eine Demonstration statt. Dieselbe wurde durch einen interessanten Vortrag des Vorstandes der Heilstätte, Prof. E. LANG, eingeleitet. Der Vortragende hob hervor, wie sehr in der Lupustherapie eine universelle, von Einseitigkeit freie Auffassung nottue. Wenn wir es auch begreiflich finden, daß in Kopenhagen auf Grund der exakten Studien FINSENs ein Lichtinstitut, das ja in jeder Beziehung musterhaft ist, errichtet wurde, so wäre ein gleiches Vorgehen an anderen Orten nicht gerechtfertigt, insbesondere aber nicht bei uns, die wir in der glücklichen Lage sind, der ärztlichen Welt die Überzeugung beigebracht zu haben, daß der Lupus in geeigneten Fällen auf operativ-plastischem Wege radikal zu heilen sei. Unsere operierten Lupusfälle werden bald das dritte Hundert voll machen; die Beobachtungszeit über andauerndes Anhalten des günstigen Resultates reicht auf mehr als 12 Jahre zurück. So ist es begreiflich, daß in der Wiener Heilstätte neben der Lichtbehandlung der operativen Methode ein sehr breiter Raum zugewiesen ist. Es ist jedoch dafür gesorgt, daß in der Heilstätte auch alle anderen Behandlungsmethoden, die zur Therapie des Lupus von Nutzen sein können, zur Anwendung gelangen, Röntgentherapie, Radium, Fluoreszenzbehandlung etc. Dabei vernachlässigt LANG selbstverständlich auch ältere Methoden, soweit ihnen ein Wert als unterstützende Verfahren innewohnt, nicht. Es sei auch der HOLLÄNDERschen Heißluftapplikation gedacht, die bei ausgebreiteten, tumiden Formen eine vorzügliche Vorbereitung der späteren Lichttherapie abgibt. Prof. LANG demonstrierte dabei auch den von ihm angegebenen, durch seine Einfachheit ausgezeichneten Paquelinheißluftbrenner sowie den galvanokaustischen Heißluftbrenner und zeigte, wie man mit Hilfe eines Doppelgebläses einen kontinuierlichen Strom heißer Luft auf den kranken Herd leiten könne, was bei dieser Methode von großem Belange sei, weil man die Kranken wegen der bedeutenden Schmerzhaftigkeit narkotisieren und daher auf möglichste Abkürzung der Applikationsdauer bedacht sein muß.

Es ist wiederholt die Frage aufgeworfen worden, ob es denn überhaupt so viele Lupöse gebe, daß die Errichtung eigener Heilstätten gerechtfertigt wäre. Diese Frage muß mit entschiedenem Ja beantwortet werden. Es kommen ja einzelne Praktiker selten in die Lage, Lupuskranke zu sehen. Dies läßt sich aber leicht aus der Unzulässigkeit der früheren Methoden erklären. Infolgedessen ziehen es die Kranken schließlich vor, den Arzt gar nicht mehr aufzusuchen, und bewegen sich wegen ihrer scheußlichen Entstellung auch nicht unter den Menschen. Sie werden auch zu keinem Berufe zugelassen. Winkt aber diesen bejammernswerten Kranken nur irgend ein Hoffnungsstrahl, so strömen sie in ganzen Scharen aus den

Schlupfwinkeln, in welche sie sich scheu verkrochen hatten, hervor und es ist leicht verständlich, daß gerade LANG Lupuskranke nach Tausenden im Laufe der Jahre gesehen hat. Nach einer approximativen Schätzung dürfte in Zisleithanien die erkleckliche Zahl von 19.000 Lupösen existieren, eher mehr als weniger.

Nach seinem Vortrage demonstrierte Prof. LANG mehr als 60 Patienten, die in entsprechender Weise ausgewählt und gruppiert waren. Zunächst wurden 16 seit vielen Jahren auf operativem Wege geheilte Personen gezeigt; die anwesenden Ärzte konnten an ihnen alle verschiedenen Arten der plastischen Deckungsmethode sehen und auch eine Beurteilung der Operation an den einzelnen Körperteilen, Gesicht, Händen etc., gewinnen. Wie wenig eine größere Anzahl von Herden die Operation kontraindiziert, kann man at jener Kranken erkennen, die vor etwa 12 Jahren an 26 Körperstellen wegen zum Teile sehr ausgedehnter Lupusherde operiert worden ist, seither rezidivfrei blieb und den Beruf als Krankenpflegerin ergreifen konnte.

Der Vortragende machte insbesondere auf das gute kosmetische und funktionelle Resultat sowie auf die glänzenden Dauererfolge aufmerksam, welche man in den Fällen, die operabel sind, erzielt

Es kamen sodann 15 nach der Finsenmethode Geheilte an die Reihe. Bei diesen bewunderte das Auditorium die herrlichen, zarten und weißen Narben. Das Heilungs- und kosmetische Resultat bei dieser Methode wird im allgemeinen um so sicherer und schöner, je weniger die Kranken durch vorausgegangene Löffelungen, Ätzungen und Brennungen entstellt worden sind und dicke Narben behalten haben, welche der Penetrationskraft des Lichtes erheblichen Widerstand entgegensetzen.

Sodann wurden mehrere Fälle gezeigt, bei welchen eine Kombination beider Verfahren und auch mit anderen Behandlungsarten erfolgreich angewendet worden war.

Schließlich wurden etwa dreißig eben in Lichtbehandlung befindliche Patienten für die Gäste ausgewählt, damit sie die Eigenart des Verfahrens kennen zu lernen Gelegenheit fänden.

Die zahlreich erschienenen Besucher besichtigten sodann in Gruppen die einzelnen Räume der Heilstätte. Im Erdgeschosse, woselbst die Lichtinstallation untergebracht ist, erklärte an der Hand von entsprechenden Skizzen und Durchschnitten Prof. LANG die physikalisch-theoretische Grundlage der Finsenmethode, während im oberen Stockwerke der Adjunkt der Heilstätte, Dr. JUNGMANN, die Krankenzimmer und die Einrichtungen des Operationssaales zeigte sowie Erläuterungen über die in der Heilstätte geübte Art der Röntgenbehandlung und Radiumapplikation gab. Den in der Heilstätte erschienenen Ärzten zuliebe wurde ferner ausnahmsweise trotz des Sonntags an acht Belichtungstischen in zwei Belichtungszimmern gearbeitet, um auch in praktischer Form die originelle Methode demonstrieren zu können.

Mit allseitiger Anerkennung über die Einrichtungen der provisorischen Heilstätte und voll Befriedigung über die dargebotene Demonstration verließen die Herren das Institut und folgten noch einer Einladung Prof. LANGs zur Besichtigung der im zweiten Stockwerk des alten Versorgungshauses, IX. Bez., Spitalgasse 23, befindlichen „Zuflucht" des Vereines „Lupusheilstätte", in welcher, dank dem Entgegenkommen der Statthalterei, ambulante Kranke der Heilstätte Unterkunft und Verpflegung finden. Der Verein „Lupusheilstätte" ist ein Privatverein, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, in jeder Hinsicht für Lupöse Sorge zu tragen und zur Förderung der Ziele beizutragen, welche die Stiftung „Heilstätte für Lupuskranke" verfolgt. Die Tätigkeit des Vereines „Lupusheilstätte" findet ganz unabhängig von jener des Kuratoriums der Stiftung „Heilstätte für Lupuskranke" statt, welch letzteres sich die Gründung und Erhaltung der Heilstätte zu seiner Aufgabe gemacht hat.

Wer die hellen und freundlichen Räume der ebenfalls vorläufig nur provisorisch untergebrachten „Zuflucht" — es soll in Kürze ein eigenes Haus für diesen Zweck erbaut werden — betritt und die glücklichen und zufriedenen Insassen desselben sieht, mag einen Einblick gewinnen in die eminent philanthropische und sozial wichtige Bedeutung der Lupusheilstättenbewegung in Wien.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

IV.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

GAUSS (Freiburg): **Die Skopolamin-Morphium-Halbnarkose in der Geburtshilfe.**

GAUSS hat an der Freiburger Klinik 300 Gebärende mit Skopolamin-Morphium (1. Injektion: Scopolamin. 0·00045, Morph. 0·0015, 2. Injektion: Scopolamin. 0·00015, Morph. 0·0015) behandelt und damit vorzügliche Resultate erzielt. Ließ die Wirkung der ersten Injektion nach mehreren Stunden nach, so wurde eine zweite Injektion gemacht, eventuell sogar eine dritte, bei welch letzterer das Morphium ganz wegfallen kann. Bei 4·7% der Frauen blieb die Wirkung aus, weil die Geburt zu rasch verlief, 16·3% hatten eine erhebliche Linderung ihrer Schmerzen und 78% verfielen in einen leichten Dämmerschlaf. Die Wehen waren so gut wie unverändert, Plazentarperiode und Stillgeschäft zeigten keine Störung. Von den Kindern wurden 56·4% lebensfrisch, 27·1% oligopnoisch, die ganz von selbst zum Leben kamen, und 14·2% asphyktisch geboren.

Kroemer (Gießen): In der Gießener Klinik wurden gleich gute Resultate erzielt, und zwar mit noch geringeren Mengen von Skopolamin, das in dunklen Fläschchen zu 10 *g* aufbewahrt wurde.

v. Steinbüchel (Graz) hat bei Gebärenden nie schlimme Einflüsse gesehen, er ging über 0·0003 *g* Skopolamin nie hinaus. Dagegen trat 2mal bald nach gynäkologischen Operationen, bei denen er Skopolamin angewendet hatte, Exitus letalis ein, den er mit dem Skopolamin in Zusammenhang bringt. Namentlich bei protrahierten Geburten hat sich das Mittel vorzüglich bewährt.

Schatz (Rostock): Morphium wird bereits seit langer Zeit, jedoch nur bei besonders schmerzhaften Wehen angewendet. Eine Verschlechterung der Wehen tritt meist ein.

Gauss: Die Oligopnoe der Kinder führt GAUSS auf die Morphiumwirkung zurück.

ROSENFELD (Wien): **Über die instrumentelle Behandlung des Abortes.**

Um die Gefahr der Uterusperforation bei instrumenteller Ausräumung des Abortes zu beseitigen, hat ROSENFELD eine federnde Sonde und Curette konstruiert, welche bei der Berührung der Uteruswand bei Druck nachgibt. Er zeigt deren Anwendung und Wirkungsart.

Polano (Würzburg) weist auf die OLSHAUSENsche Empfehlung hin, zur Verhütung der Perforation die Portio nicht anzuhaken.

Ziegenspeck (München) umfaßt den Uterusfundus mit der andern Hand.

JUNG (Greifswald): **Über Heißluftbehandlung.**

JUNG berichtet über 120 Fälle von chronischer Parametritis, chronischer Saktosalpinx etc., welche mit Heißluft behandelt wurden, und zwar mit sehr gutem Erfolge. In 24 Fällen waren es tastbare Tumoren, in 23 Fällen Adhäsionen und fixierter Uterus, 15mal Fälle von Nachbehandlung nach Entleerung parametraner Exsudate, in 34 Fällen Stumpfexsudate etc. nach operativen Eingriffen. Kontraindiziert ist die Anwendung bei allen akuten Entzündungen und namentlich auch bei allen tuberkulösen Prozessen, 1mal trat bei einem solchen objektive Verschlimmerung ein. Am besten ist der Anschluß an eine elektrische Leitung.

Asch (Breslau) sorgt für möglichst trockene Luft durch guten Abzug, feuchte Wärme wird schlecht vertragen.

Polano hält die Art der Wärmequelle für irrelevant, die Hauptsache ist, daß man erwärmt.

Putz (Meran) hat eine improvisierte Lampe angewendet.

Schatz (Rostock) empfiehlt die Halbbauchlampe, weil die Wirkung intensiver ist.

Jung hat Herzarhythmie nie gesehen, auch sonst keine nachteiligen Folgen.

HELLENDAHL (Tübingen): **Über die Entstehung der Infektion des Fruchtwassers.**

HELLENDAHL hat an Kaninchen experimentell die Frage geprüft, ob die Eihäute für Bakterien durchgängig sind, und kam dabei zu folgenden Resultaten: 1. Virulente, mit starker Eigenbewegung versehene, in die Scheide gebrachte Bakterien können sich zwischen

Uteruswand und Eihäuten hinauf verbreiten und durch die intakten Eihäute in das Fruchtwasser eindringen. 2. Bei der Infektion der Bauchhöhle dringen die Bakterien vom Peritoneum durch die Tube in den Eihäuten vor und wandern durch diese in das Fruchtwasser. 3. Bei hämatogener Infektion dringen die Bakterien in die Plazenta und von hier durch die Eihäute in das Fruchtwasser. Auf jedem der 3 Wege kann es demnach zu einer Infektion des Fruchtwassers bei stehender Blase kommen.

Ehrendorfer (Innsbruck): **Zur Kenntnis des Caput succedaneum.**

II-para, vorzeitiger Blasensprung, geringe Wehen, Muttermund für 2 Finger durchgängig, langsame Erweiterung des Muttermundes, spontane Geburt. Das geborene Kind zeigt eine große Kopfgeschwulst, die an der Basis eine deutliche Schnürfurche aufweist. Vollständige Nekrose der Kopfgeschwulst und später Exitus letalis des Kindes an Erysipel. Bei dem ersten, nunmehr $1^1/_4$ Jahre alten Kinde derselben Frau war dieselbe Erscheinung vorhanden, ebenfalls Nekrose der Kopfgeschwulst, jetzt noch breite Narbe zu sehen. Die Ursache sucht Ehrendorfer in einer bindegewebigen Entartung des unteren Teiles der Gebärmutter.

Schatz (Rostock) hat einen Ring am Kopfe eines Neugebornen gesehen, welcher erst am 7. Tage nach der Geburt verschwand.

73. Versammlung der Brit. Med. Association.

Leicester, Juli 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

II.

Abteilung für Chirurgie.

Bond: Über aufsteigende Strömungen in mit Schleimhaut ausgekleideten Kanälen und den Einfluß derselben auf die Infektion.

Vortr. hat an zahlreichen Personen gefunden, daß im Dickdarm, im Genitaltraktus der Frauen, in den Harnwegen beider Geschlechter, in den oberen Verdauungs-, in den Luftwegen und in den Ausführungsgängen der Drüsen eine Strömung nach aufwärts geht, die z. B. Farbkörnchen weit von der Mündungsstelle dieser Wege zum Inneren des Körpers führt. Indigo oder Karmin, die in den Anus eingeführt wurden, erschienen nach 24—48 Stunden in Fisteln des Kolon oder Zökum, und zwar auch dann, wenn der Kranke Abführmittel erhielt und reichliche Entleerungen per anum erzielt wurden. Es kann sich also in diesen Fällen nicht um retrograde Peristaltik handeln; auch Strikturen des Darmes hinderten den Strom nach oben nicht, solange sie überhaupt noch durchgängig waren. Es kann sich hierbei nicht um Verschleppungen durch den Blut- oder Lymphstrom und auch nicht um kapilläre Attraktion handeln, da in toten Därmen die Wanderung nicht stattfindet. Auch in gesunden Därmen findet dieser Aufwärtsstrom statt. So findet man beim Meerschweinchen 48 Stunden nach der Einführung des Indigo in den Anus denselben hoch oben im Kolon. Gesteigerte Peristaltik (Abführmittel) scheinen den Aufwärtsstrom zu vermehren. Ähnliche Versuche verliefen erfolgreich bei Frauen, denen 24 Stunden vor einer Laparotomie Karmin auf oder in das Os uteri gebracht wurde. Der Farbstoff fand sich auf dem Peritoneum der Lig. lata, in den Tuben und im Eiter der Tubensäcke, wo er sogar die Eiterzellen in vivo gefärbt hatte. Indigo, das per os gegeben war, wurde im Choledochus und in der Gallenblase gefunden. Dasselbe positive Resultat wurde bei Versuchen an den anderen oben genannten Organen erzielt. Redner glaubt, daß es sich um einen Schleimstrom handelt, der diese Körperchen aufwärts trägt, und er weist auf die große Bedeutung dieses Stromes für das Zustandekommen vieler Infektionen hin. So wird auch Indigo, das auf die Warze gelegt wird, in das Innere der Brust verschleppt, und glaubt Redner, daß viele Formen von Mastitis auf diese Weise zustande kommen.

Moynihan: Die Chirurgie der nicht malignen Erkrankungen des Magens.

Bei perforiertem Magen- und Duodenalgeschwüre ist zu operieren. Im allgemeinen soll man, wo möglich, das Geschwür vor der Vernähung exzidieren. Spülung der Bauchhöhle ist nur dann nötig, wenn längere Zeit seit der Perforation vergangen ist, sonst genügt trockenes Austupfen. Dasselbe gilt von der Drainage der Bauchhöhle. Bei bald nach der Perforation operierten Fällen, die in gutem Zustande sind, legt Moynihan sofort eine Gastroenterostomie an. Stets wäscht er vor und während der Operation den Magen mit warmer Salzlösung aus. Ganz akute Magengeschwüre perforieren nicht. Immer geht eine Periode der Verschlechterung voraus. Bei Magenblutungen operiere man nur, wenn es sich um rezidivierende Blutungen handelt; einmalige, sehr heftige Blutungen führen wohl niemals zum Tode. Chronische Blutungen dagegen ergeben eine Mortalität von 90%. Auch die Blutungen treten meist nach Verschlimmerungen der übrigen Ulkussymptome auf. Die Operation bei der Blutung besteht meist nur in der Anlage einer Gastroenterostomie. Bei chronischem Ulkus ist die Diagnose manchmal schwierig, die Lage des Geschwüres kann man oft aus der Zeit bestimmen, die zwischen der Nahrungsaufnahme und dem Auftreten des Schmerzes besteht. Der Schmerz tritt um so eher auf, je näher der Ulkus an der Kardia sitzt. Je näher der Schmerz am Processus ensiformis gefühlt wird, um so näher liegt das Geschwür der Kardia. Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs ist viel ungefährlicher und bedeutend erfolgreicher als die interne; die Mortalität der Gastroenterostomie für alle Fälle, mit Ausnahme der Perforation, beträgt 3%. In 3% der Fälle war eine zweite Operation nötig, 6% wurden nicht gebessert. Hier handelte es sich meist um Neurastheniker, die bei weiterer Verfeinerung der Diagnose ausgeschlossen werden können. Recht häufig ist der Sanduhrmagen, und zwar gibt es doppelte und dreifache Sanduhrmägen. Ein völliges Hervorziehen des Organs und genaue Untersuchung ist deshalb stets nötig, ehe man zur Gastroenterostomie schreitet.

Notizen.

Wien, 21. Oktober 1905.

(Trauerfeier für Hermann Nothnagel.) Die Wiener medizinische Fakultät hat am 19. d. M. in der Aula der Universität eine Trauerfeier für unseren großen Kliniker Hermann Nothnagel veranstaltet. Die „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde", deren Präsident Nothnagel gewesen, und die „Gesellschaft der Ärzte" waren zu dieser Feier offiziell geladen und ein vielhundertköpfiges Auditorium — darunter zahlreiche Vertreter der Studentenschaft — begleitete mit wehmütigem Gefühle die tiefempfundenen Worte, in denen Hofrat v. Neusser ein Bild von Nothnagels Leben und Schaffen entwarf.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung, der ersten nach den Sommerferien, demonstrierte zunächst Doz. R. Kraus mehrere Affen mit experimentell durch Überimpfung erzeugter Hauttuberkulose, die in manchen Punkten mit der menschlichen Hauttuberkulose übereinzustimmen scheint, was durch spätere Untersuchungen zu entscheiden sein wird. Prof. Riehl meinte, daß die von Kraus erzeugte Hautveränderung den tiefen Formen von Hauttuberkulose entspreche, während Prof. Ehrmann im weiteren Verlaufe der beiden Affektionen Analogien erkennt. — Hierauf zeigte Dr. M. Haudek ein $2^1/_2$jähr. Kind mit Flexionskontrakturen der Hände und Füße, Nystagmus sowie ständigem Offenstehen des Mundes und deutete das Krankheitsbild als intrauterine Belastungsdeformität. Dr. Neurath faßte den Fall als zerebrale Diplegie auf. — Sodann hielt Prof. Urbantschitsch den angekündigten Vortrag: „Über Sinnesempfindungen und Gedächtnisbilder". Vortr. hat in lange fortgesetzten Untersuchungen an sich selbst und an geeigneten Individuen gefunden, daß jedwede Sinnesempfindung eine Nachempfindung auslöst und daß die Nachempfindung von Tönen sich ganz unabhängig von dem sie erzeugenden Instrumente nur nach dem Grundtone richtet. Kälte- und Wärmereize können in der Nachempfindung eine von dem Ursprungsorte abweichende Lokalisation aufweisen und sich auch konträr gestalten. Die einzelnen Sinne zeigen bezüglich der Nachempfindung vielfache Analogien. Sehr lange dauert die Temperatur-Nachempfindung an, am längsten erhalten sich Gedächtnisbilder, welche oft auch erst nach Jahren spontan auftauchen. Das Nachbild vermag die ursprüngliche Sinnesempfindung an Schärfe zu übertreffen. Im Anschlusse an den Vortrag Urbantschitsch' wies Doz. Pauli darauf hin, daß Hering (Leipzig) schon vor vielen Jahren eine im Wesen seiner Lichttheorie ähnliche Theorie des Temperatursinnes aufgestellt habe, welcher nunmehr in den Resultaten des Vortr. neue Stützen erstanden sind. — Schließlich demonstrierte Mag. pharm. Atzinger einen Vibrationsapparat mit Handantrieb, der eine genaue Dosierung der Erschütterungen zuläßt. Doz. Bum, der den Apparat erprobt hat, beanstandet die Unmöglichkeit genauer Fixation mittelst

der beigegebenen Pelotten und glaubt, daß der Arzt, der den nach dem Prinzipe des Drillbohrers konstruierten Apparat dreht, mit derselben Muskelanstrengung den hier in Frage kommenden Massagehandgriff manuell auszuführen vermag. Prof. S. KLEIN (BEHRINGER) wird den Apparat in geeigneten Fällen zur Augenmassage versuchen.

(Universitätsnachrichten.) Der Dermatologe Hofrat Professor Dr. PHILIPP JOSEF PICK in Prag hat am 14. d. M. seinen 70. Geburtstag gefeiert. — In der neubegründeten Harvey-Society zu New-York, welche den Zweck verfolgt, den Ärzten New-Yorks die Fortschritte der Medizin durch öffentliche Vorträge hervorragender Fachmänner zugänglich zu machen, hat Professor HANS HORST MEYER aus Wien den ersten Vortrag über die „Theorie der Narkose" gehalten. — Die neue Universitäts-Frauenklinik in Jena wird demnächst eröffnet werden; dieselbe besitzt in ihrem Operationssaale eine KRÖNIGsche Beleuchtungsvorrichtung von 22.000 Kerzen Lichtstärke.

(Personalien.) Der Landes-Sanitätsinspektor Dr. LUDWIG POSSEK ist zum Statthaltereirate und Landes-Sanitätsreferenten in Graz ernannt worden. — Für die restliche Dauer der mit Schluß des Jahres 1906 endigenden Funktionsperiode des n.-ö. Landes-Sanitätsrates sind zu ordentlichen Mitgliedern dieses Fachrates der Direktor des k. k. Elisabethspitales in Wien Dr. JOSEF NOWAK und der k. k. Polizei-Chefarzt kais. Rat Dr. ANTON MERTA ernannt worden. — Der Gefangenhausarzt beim Kreisgerichte in Tarnopol Dr. ISIDOR LEIBLINGER hat den Titel eines kaiserlichen Rates erhalten.

(Auszeichnungen.) Die Professoren v. SCHRÖTTER (Wien), KOCH (Berlin), BROUARDEL (Paris), BANG (Kopenhagen), BIGGS (New-York) und BROADBENT (London) haben die vom Internationalen Tuberkulosenkongresse neugestiftete Tuberkulose-Medaille erhalten. — Prof. Dr. H. KEHR in Halberstadt ist der Titel eines Geheimen Sanitätsrates verliehen worden.

(Chirurgische Demonstrationsabende.) An der zweiten chirurgischen Klinik des Professors HOCHENEGG werden in diesem Wintersemester jeden zweiten Mittwoch um 7 Uhr abends chirurgische Demonstrationsabende abgehalten werden, zu denen jeder praktische Arzt Zutritt hat. Es sollen weniger chirurgische Raritäten, als vielmehr Fälle von allgemein praktischem Interesse zur kurzen Besprechung und Demonstration gelangen, so daß diese Demonstrationsabende als Ergänzung, nicht als Konkurrenz der bestehenden ärztlichen Korporationen aufzufassen sind; deshalb werden auch längere Vorträge vermieden werden. Die eventuell an die Demonstrationen sich anschließende Diskussion ist eine vollkommen freie und wird von dem Demonstrierenden, an dessen Demonstration sich die Diskussion anschließt, geleitet werden. Ein großer Teil der in Wien tätigen Chirurgen hat seine Beteiligung zugesagt. Anmeldungen für Demonstrationen sind an die II. chirurgische Klinik, IX., Allgemeines Krankenhaus, entweder brieflich oder telephonisch (Telephonnummer 19.975), jedesmal bis spätestens Mittwoch Vormittag, zu richten. Der erste Demonstrationsabend findet Mittwoch den 25. Oktober statt.

(Statistik.) Vom 7. bis inklusive 14. Oktober 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7234 Personen behandelt. Hiervon wurden 1395 entlassen, 163 sind gestorben (10·4% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 107, ägypt. Augenentzündung —, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 17, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 14, Scharlach 81, Masern 28, Keuchhusten 72, Rotlauf 30, Wochenbettfieber 3, Röteln 2, Mumps 1, Influenza 1, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 508 Personen gestorben (— 120 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der praktische Arzt Dr. SAMUEL MAYBAUM im 45. Lebensjahre und der praktische Arzt Dr. ISIDOR TREULICH im Alter von 42 Jahren; ferner der Sekretär des Vereines abstinenter Ärzte Dr. GEORG KEFERSTEIN auf einer Ferialreise in der Tatra.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 26. Oktober 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik NEUSSER.

I. Demonstrationen. — II. Doz. Dr. O. MARBURG: „Die sogenannte akute multiple Sklerose."

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 29. Oktober 1905. Nr. 44.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Zur Kasuistik verschluckter Fremdkörper.

Von **Privatdozent Dr. Johann Fein**, Wien.

Wenn ein Fremdkörper von verhältnismäßig beträchtlicher Größe im Rachen stecken bleibt, so ist es in der Regel sofort dem Patienten möglich, ihn zu entfernen, oder es gelingt dem Arzte leicht, denselben nachzuweisen bzw. herauszubefördern. Es müssen ganz besondere Umstände sein, die das verhindern. Die Seltenheit dieser Zufälle sowie die Möglichkeit, aus dem Verlaufe des Falles für die Behandlung ähnlicher Fälle lehrreiche Erfahrungen zu verwerten, sollen die Veröffentlichung der folgenden Krankengeschichte begründen.

Am 13. Juli l. J. erschien die 25jährige Handwerkersgattin A. H. im Ambulatorium des Krankenhauses Wieden mit der Angabe, daß ihr am vorhergehenden Abend beim Verspeisen einer Suppe plötzlich ein Knochen im Halse stecken geblieben sei, der trotz aller Räusper- und Schluckversuche sich nicht entfernen ließ.

Sie war in großer Angst und lief zu einem Arzt, der ohne weitere Voruntersuchungen mit einem „langen Stangel“ in den Hals fuhr. Sie verspürte bei dieser Manipulation — der Arzt benutzte vermutlich ein Bougie — einen großen Schmerz, während bisher die Schmerzen nur geringfügig gewesen waren.

Das Bougie konnte jedoch vom Arzte nicht eingeführt werden, die Schmerzen wurden größer, die Kranke konnte nicht einmal mehr einen Schluck Wassers hinunterbringen und spuckte zeitweilig blutigen Speichel aus. Nach schlecht verbrachter Nacht suchte sie vormittags das Spital auf.

Die Frau bot bei ihrem Erscheinen einen bejammernswerten Anblick. Sie war blaß und von schwer leidendem Aussehen. Da sie nicht zu schlucken vermochte, floß ihr der Speichel aus dem Munde, sie verständigte sich nur mit Zeichen, da ihr auch das Sprechen sehr wehe tat.

Die nun vorgenommene Untersuchung des Rachens ergab folgendes: Bei Eröffnung des Mundes und Niederhalten der Zunge ist nichts Auffälliges im oralen Teile des Pharynx zu bemerken. Bei Einführung des Kehlkopfspiegels kann in der Mitte der hinteren Rachenwand etwas mehr nach rechts beiläufig in der Höhe der Interarytaenoidfalte eine ziemlich starke Rötung und Schwellung der Rachenschleimhaut nachgewiesen werden; diese Geschwulst überlagert die Interarytaenoidfalte ein wenig nach vorne, zeigt aber keine abgegrenzten Erhabenheiten oder Vertiefungen. An der vorderen Fläche der hinteren Kehlkopfwand reicht ein fadenförmiges Blutkoagulum vom Rande der Interarytaenoidfalte bis an das Niveau der Stimmlippen. Nur die Schleimhaut der unmittelbaren Umgebung der Geschwulst ist gerötet. Sonst ist der Befund in Rachen und Kehlkopf negativ. Ein Fremdkörper ist trotz sorgfältigen Suchens nicht zu entdecken. Von einer genaueren digitalen Untersuchung wurde nach einem fruchtlosen Versuch mit Rücksicht auf den tiefen Sitz der Schwellung und die großen Schmerzen Abstand genommen. Die Röntgendurchleuchtung fiel ebenfalls negativ aus.



Es waren demnach zwei Möglichkeiten zu erwägen. Entweder hatte der Fremdkörper eine Verletzung an der hinteren Rachenwand erzeugt, deren Folgezustand die geschilderte Schwellung bildete, und war dann, sei es durch Schlucken, sei es durch den ärztlichen Eingriff, nach abwärts in den Magen gebracht worden, oder der Fremd-

körper saß noch jetzt an irgend einer versteckten Stelle und erzeugte die besprochenen subjektiven und objektiven Begleiterscheinungen.

Es wurde vorläufig kein weiterer Eingriff vorgenommen, sondern exspektativ und antiphlogistisch behandelt. Bis zum nächstfolgenden Tag war keine große Änderung des Zustandes eingetreten. Die Schmerzen waren etwas geringer und die Schwellung an der hinteren Rachenwand zeigte sich mehr abgegrenzt. Da auch am 15. Juli die Schmerzen geringer wurden und die Geschwulst abblaßte und kleiner wurde, nahm ich nunmehr an, daß doch nur eine Verletzung der Schleimhaut vorgelegen hatte und der Knochen bereits abgegangen sei. Nichtsdestoweniger nahm ich eine langdauernde und wiederholte Spiegeluntersuchung der bezüglichen Partien vor, da die Kranke immer wieder behauptete, beim Schlucken einen spitzen Gegenstand an derselben Stelle zu fühlen. Das Ergebnis war wieder negativ. Endlich am 4. Tage konnte ich, nachdem sich die Geschwulst wesentlich verkleinert hatte, an ihrem linken Rande eine Einkerbung wahrnehmen, aus welcher ein weißlicher, spitzer Gegenstand, wie eine kleine, 2—3 *mm* hohe Pyramide, hervorragte. Sein Sitz lag in der Höhe der Spitze des linken Aryknorpels. Ich ließ nun einige Tropfen einer Kokainlösung aus einer Kehlkopfspritze auf diese Stelle fallen und erfaßte den weißen Körper fest mit den Branchen einer SCHRÖTTERschen Pinzette. Unter einigem Widerstand zog ich zu unserem Staunen einen 3 *cm* langen und 1·6 *cm* breiten, allseits sehr scharfkantigen, dreieckigen Knochen hervor (siehe Figur). Wie mit einem Schlage war die Kranke von all ihren Leiden befreit. Sie trank sofort ein ganzes großes Glas Wasser gierig in großen Zügen aus und konnte sich in ihrem Glücksgefühl nicht fassen.

Die Heilung ging nunmehr glatt vonstatten, indem nach wenigen Tagen die Schwellung, welche jetzt eine granulierende Vertiefung zeigte, abnahm und verschwand.

Die mitgeteilte Krankengeschichte ist nach zweifacher Richtung hin lehrreich.

Erstens finden wir einen wertvollen Wink in bezug auf die Diagnose bzw. Auffindung verschluckter Fremdkörper. Der Fall zeigt nämlich, daß die Möglichkeit besteht, daß ein Knochen von den angegebenen relativ großen Dimensionen sich in dem der Spiegeluntersuchung zugänglichen Teile des Rachens festsetzen kann, ohne, wenigstens für einige Zeit, trotz sorgfältigster Suche bemerkt zu werden. Die Schwellung der Schleimhaut, welche nachgewiesen werden konnte, hat nicht nur den größten Teil des Knochens beherbergt, sondern auch ein etwa von Hause aus noch frei herausragendes Endchen verdeckt, so daß dieses erst dann zum Vorschein kommen konnte, als die Schwellung geringer wurde und dadurch den Anblick des Stückchens freigab. Es wird demnach die alte Erfahrung aufs neue und auf das nachdrücklichste bekräftigt, daß Fremdkörper im Rachen einen derart versteckten Sitz besitzen können, daß sie auch genauester Untersuchung entgehen und daß wir mit der Äußerung, daß kein Fremdkörper vorhanden sein könne, weil wir ihn nicht nachzuweisen vermögen, sehr vorsichtig sein müssen. Allerdings hatte diese Erfahrung bisher hauptsächlich für zarte und undeutlich sich von der Umgebung abhebende Körper, wie Borsten, feine Gräten u. dgl., Geltung, sie muß aber nach unserer vorliegenden Beobachtung auch auf voluminöse Fremdkörper ausgedehnt werden.

Die zweite Lehre, welche uns die Beobachtung des Falles aufdrängt, bezieht sich auf die Behandlung einschlägiger Vorkommnisse. Es kann nämlich kaum einem Zweifel unterliegen, daß der verschluckte Knochen sich zunächst im schlimmsten Falle nur ein wenig in die Schleimhaut des Rachens eingepreßt hätte und daß es erst die Hilfeleistung des Arztes war, welche den Knochen in seiner Gänze unter die Schleimhaut stieß.

Diesen Schluß können wir erstens aus der Erwägung ziehen, daß die Gewalt, welche die beim Schlucken tätige Muskulatur des Rachens und der Zunge aufbringt, gewiß nicht hinreicht, und daß sie gewiß auch nicht an den scharfen Kanten und Spitzen die geeigneten Angriffspunkte findet, um den Knochen derart tief in die Schleimhaut zu pressen; dieser Vorgang erscheint auch dann unwahrscheinlich, wenn man annehmen wollte, daß die Versenkung des Knochens allmählich durch wiederholte Schluckbewegungen geschah.

Einen weiteren nicht minder wichtigen Anhaltspunkt für die oben erwähnte Annahme bieten die Angaben der Kranken, welche erzählte, daß der bis dahin mäßig gewesene Schmerz während der Bougierung plötzlich ein unerträglicher wurde und daß alle Beschwerden von diesem Moment an hochgradig wurden, während bisher fast nur die Angst den Zustand beherrscht hatte.

Es läßt sich mit ziemlich großer Bestimmtheit annehmen, daß der Fremdkörper zu sehen gewesen wäre, wenn vor Ausführung des Eingriffes der Versuch unternommen worden wäre, mit dem Kehlkopfspiegel zu untersuchen. Ein 3 *cm* langer, auffallend weißer Knochen kann der Aufmerksamkeit eines Untersuchers kaum entgehen, selbst dann nicht, wenn dieser mit der Handhabung des Kehlkopfspiegels nur ungenügend vertraut ist.

Und wenn diese Untersuchung schon unterlassen wurde, wäre es der richtige Vorgang gewesen, vor Einführung des Bougies sich mit dem eingeführten Finger von der Abwesenheit eines Fremdkörpers im Bereiche des Rachens zu überzeugen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß der Knochen sich hätte im ersten Stadium des Ereignisses mit Leichtigkeit durch einen Eingriff mit dem Finger entfernen lassen.

Die Beobachtung dieses Falles lehrt uns demnach allerdings nichts wesentlich Neues, sie weist aber eindringlichst darauf hin, die alten Lehren genauestens zu befolgen und einerseits nicht früher das Bougie oder den Schlundstoßer zur Hand zu nehmen, bevor nicht eine pharyngoskopische oder palpatorische Untersuchung des Rachens stattgefunden hat und andrerseits bei einem vermutlich spitzen Gegenstand, wie es ja in der Regel ein Knochen ist, überhaupt die Anwendung des Bougies zu unterlassen.

Es ergibt sich demnach die Regel, folgendermaßen vorzugehen:

Zunächst Untersuchung des oralen Teiles des Pharynx bei niedergedrückter Zunge und womöglich bei intensiver und künstlicher Beleuchtung. Hierauf Besichtigung der tieferen Rachenräume mit dem Kehlkopfspiegel; falls der hilfeleistende Arzt denselben nicht genügend zu handhaben versteht und ein geübter Kollege in der Nähe ist, Überweisung der Untersuchung an diesen.

Wenn diese Untersuchungen negativ ausgefallen sind, schonende Palpation mit dem Zeigefinger, wobei die Angaben des Kranken als wertvolle, wenn auch nicht ganz verläßliche Wegweiser dienen können. Endlich ist noch die röntgenographische Durchleuchtung vorzunehmen, welche Untersuchungsmethode jedoch in der Regel in dieser Gegend, wenn es sich um einen Knochen handelt, deshalb im Stiche läßt, weil der Schatten der Wirbelsäule, bzw. der anderen Knochen der Umgebung, den Fremdkörperschatten decken oder undeutlich erscheinen lassen kann.

Erst wenn alle diese Methoden nicht zum Ziele geführt haben und der verschluckte Fremdkörper sicher keinen spitzen oder scharfkantigen Gegenstand darstellt, dann erst darf zur Bougierung geschritten werden.

Über die Lage- und Formveränderungen des Uterus und deren Behandlung.

Von **Prof. Dr. Karl August Herzfeld**, Wien.

II.

Welche Behandlungsmethoden stehen uns nun zur Beseitigung des Descensus und Prolapsus oder wenigstens zur Beseitigung der durch ihn verursachten Beschwerden zur Verfügung?

1. Die Massage.
2. Die Pessarbehandlung.
3. Operative Behandlung.

Was die Behandlung der Senkung und des Vorfalles der Gebärmutter durch Massage anbelangt, so wurde sie zuerst von THURE BRANDT in die Gynäkologie eingeführt. Zu der Zeit, als die wohltätigen Folgen sachgemäßer gynäkologischer Massage bekannt wurden, da wurde diese Art der Behandlung gynäkologischer Erkrankungen in einem das Maß des Erlaubten weit überschreitenden Grade ausgeführt und es war zu befürchten, daß diese so Außerordentliches leistende Behandlungsmethode in Mißkredit komme durch die Art und Weise ihrer Anwendung. Im großen und ganzen ist nun dieser Standpunkt jetzt wohl überwunden, wir haben gelernt, die Fälle auszusuchen, in welchen die Massage bei gynäkologischen Erkrankungen indiziert ist und Außerordentliches leisten kann. Was speziell den Prolaps des Uterus anbelangt, so sind es nur ganz außerordentlich seltene Fälle, bei denen eine gynäkologische Massage eine Wirkung haben kann. Ich habe schon vor mehr als 15 Jahren in einer von anderer Seite herausgegebenen Publikation ausgeführt, daß die Massage des gesenkten oder prolabierten Uterus nur dann einen Erfolg haben kann, wenn die Senkung einzig und allein durch Schwinden des Tonus der Weichteile des Beckenbodens, ohne irgend welche Kontinuitätstrennung oder Defektbildung derselben zustande gekommen. Wir sehen bei durch lang andauernde konsumierende Erkrankungen oder durch Ernährungsstörungen geschwächten Individuen, wie schon eingangs unserer Besprechung erwähnt, auf diese Weise einen Descensus entstehen und werden in einem solchen Falle Aussicht haben, durch die Lyftung des Uterus nach THURE BRANDT einen Erfolg zu erzielen, wenn wir gleichzeitig durch sachgemäße Ernährung für einen besseren Kräftezustand der Patientin Sorge tragen. Eine solche Lyftung des Uterus besteht darin, daß der Uterus durch einen oder zwei in die Scheide eingeführte Finger stark in die Höhe geschoben wird, der Arzt von außenher mit seinen beiden, parallel zueinander gestellten Handflächen von der Bauchdecke aus eindringt, den Uterus an seinen Kanten erfaßt, langsam in die Höhe zieht, um ihn ebenso langsam dann wieder herabsinken zu lassen. Diese Manipulation muß sachgemäß in einer Sitzung zu wiederholten Malen ausgeführt werden, wobei die assistierende Person, welche den Finger, wie schon früher erwähnt, entweder in die Scheide oder in den Mastdarm eingeführt hat, bemerkt, daß während der Lyftung des Uterus klonische Kontraktionszustände im Bereiche des Levator ani, ebenso wie des Sphincter ani et Constrictor cunni eintreten. Es handelt sich dabei, wie wir sehen, um eine Gymnastik des Beckenbodens, welche dann noch sachgemäß unterstützt wird durch mit Verständnis ausgeführte Widerstandsbewegungen, wie forcierte Abduktion der Beine bei kontrahierten Adduktoren, forcierte Adduktion bei kontrahierten Abduktoren, willkürliches Heben des Anus durch Kontraktionen des Levator ani etc. In solchen Fällen, wo Zerreißungen der Beckenbodenmuskulatur oder der Faszien oder wo primäre andersartige Lageveränderungen des Uterus die Veranlassung zur Entstehung des Descensus oder Prolapsus sind, kann die Massage keine Wirkung haben und ist daher nicht am Platze. In diesen Fällen kann nur die Pessarbehandlung oder die operative Behandlung zum Nutzen der Kranken gereichen.

Die Pessarbehandlung bezweckt, durch Stützapparate, welche in das Innere der Scheide eingelegt werden, die Gebärmutter womöglich in ihrer normalen Lage zu erhalten. Von einer Heilung des Prozesses als solchen durch ein Pessar kann bei Senkung oder Vorfall der Gebärmutter nur in den seltensten Fällen die Rede sein, vielmehr handelt es sich bloß um eine Beseitigung der lästigen Symptome. Oft genug sind aber die Kranken damit vollständig zufrieden, insbesonders dann, wenn während der Zeit, da sie das Pessar tragen, auf andere Weise eine Besserung des Zustandes zustande kommt, so daß nach Verlauf einer wenn auch oft größeren Zeitspanne das Pessar weggelassen werden kann.

Als Stützapparate verwenden wir ring- oder scheibenartige Apparate aus Hartgummi, Glas oder Zelluloid, welche derartig in die Scheide eingebracht werden müssen, daß sie im wahren Sinne des Wortes als Stützapparate für den in die normale Lage gebrachten Uterus zu dienen haben.

Um ihren Zweck voll zu erreichen, ohne dabei eine Schädigung des Organismus herbeizuführen, dürfen sie niemals angelegt werden, so lange noch irgendwie entzündliche Reizerscheinungen am Uterus oder seiner Umgebung sich abspielen, da dadurch akut entzündliche Prozesse entstehen können. Außerdem muß vor der Anlegung eines solchen Pessariums dafür gesorgt werden, daß alle Schleimhautdefekte im Bereiche der Scheidenschleimhaut und der Portio zur Heilung gekommen sind, wie auch vor der Anlegung eines Pessars alle stärkeren Schleimhautkatarrhe des Genitales beseitigt sein müssen. Der oberste Grundsatz aber vor Anlegung eines Pessariums ist: Der Uterus und seine Anhänge müssen frei beweglich sein, er muß vor der Anlegung des Pessars in seine normale Lage gebracht worden sein, es muß festgestellt sein, daß in der Beckenhöhle nirgends entzündliche Prozesse sich abspielen. Darauf ist besonders zu achten, denn man kann schwere akute Pelveo-Peritonitiden entstehen sehen, wenn man bei irgendwie bestehenden Reizerscheinungen oder bei Mißachtung etwa vorhandener Entzündungsresiduen sich verleiten läßt, ein Pessar anzulegen. Ebenso — und das möchte ich besonders betonen — habe ich zu wiederholten Malen bei Frauen, bei welchen sich ein leichter Zustand chronischer Reizung des Blinddarms gefunden hat, gesehen, daß durch die Anlegung eines Pessars oder durch längeres Tragen eines solchen ein schwerer akuter Anfall ausgelöst wurde. Bei etwa bestehenden entzündlichen Prozessen müssen dieselben daher vorher zur Ruhe gebracht, etwa bestehende Fixationen des Uterus und seiner Anhänge beseitigt und Geschwürsprozesse an der Schleimhaut geheilt werden, soll ein Pessarium angelegt werden.

Die Pessarien haben den Zweck, durch starke Querspannung des oberen Scheidengewölbes dem Uterus eine Stütze zu geben. Bei bestehendem Descensus oder Prolapsus des Uterus verwenden wir in der Regel scheiben- oder ringförmige Pessarien. Sie werden so angelegt, daß sie bei der aufrecht stehenden Frau eine genügende Stütze im hinteren Scheidengewölbe und an der hinteren Scheidenwand finden. Soll daher ein solches Pessar einen genügend haltenden Stützapparat abgeben, ist es notwendig, daß der Damm nicht gar zu sehr defekt sei, da in diesen letzteren Fällen ein Pessarium keinen Halt hat und bei der geringsten Einwirkung der Bauchpresse herausgedrängt wird, es sei denn, man wählte derartig starke und derartig große Pessarien, daß durch exzessive Querspannung der Scheide ein Halt für dieselbe gesucht würde.

Solche Pessarien würden aber der Kranken zunächst außerordentliche Schmerzen verursachen und durch Bildung von Druckgeschwüren mit etwa nachfolgender Fistelbildung große Gefahr heraufbeschwören.

Am häufigsten kommen zur Beseitigung des Descensus oder Prolapsus uteri die SCHATZ-Pessarien oder die ringförmigen HODGE-Pessarien aus Hartgummi zur Verwendung. Diese letzteren dünnen Ringe werden auch aus Glas verfertigt, haben den Vorteil, außerordentlich rein zu sein, jedoch den großen Nachteil des größeren Gewichtes und der leichten Zerbrechlichkeit. Sehr empfehlenswert sind die Ringe aus Zelluloid, welche vor allen anderen Pessarien den großen Vorteil haben, daß sie im heißen oder kochenden Wasser weich und biegsam werden, so daß man nach Bedarf aus einem Ringe jede beliebige Form eines Pessars herstellen kann, wie sie nicht bloß für den Descensus und Prolapsus uteri, sondern auch für andere Form- und Lageanomalien des Uterus in Frage kommen können. Allerdings muß bei der Anwendung dieser Zelluloid-

pessarien die Vorsicht gebraucht werden, jede Flamme davon fern zu halten, da sie außerordentlich leicht brennbar sind. Die SCHATZ-Pessarien stellen runde Scheiben aus Hartgummi dar, nach oben gegen den Uterus hin leicht konkav, nach unten konvex, in ihrer Masse zentral durch eine größere der Portio entsprechende Öffnung und eine Reihe konzentrisch angeordneter kleinerer Öffnungen perforiert. Diese Ausschnitte haben den Zweck, dem Stützapparate ein geringeres Gewicht zu verschaffen, den normalen Abfluß des Sekretes des Uterus zu gestatten, während andrerseits durch die zahlreichen Öffnungen die Adhäsionsmöglichkeit der Scheidenschleimhaut an den Ring wesentlich verstärkt und dessen fixe Stellung daher ermöglicht wird.

Aus diesen Gründen gebe ich dem SCHATZ-Pessar bei der Behandlung des Descensus oder Prolapsus uteri bei weitem den Vorzug.

Ist das Pessarium gut gewählt und sitzt es richtig, dann verschwinden sofort die heftigen Beschwerden, die die Kranke vorher durch ihren Vorfall gehabt, der Harndrang hört auf, die ziehenden Schmerzen in den Beinen und im Schoße verschwinden und die Kranke wird wieder arbeitsfähig. Allerdings ist es nicht leicht, gleich beim ersten Versuche die passende Größe des Pessars zu finden und ist es oft genug notwendig, den Ring ein paarmal zu wechseln, ehe man die richtige Größe gefunden. Der Ring ist richtig gewählt, wenn er 1. keine Schmerzen verursacht, 2. alle von der Senkung herrührenden Beschwerden beseitigt und 3. wenn er auch bei Anwendung der Bauchpresse nicht herausgetrieben wird oder spontan herabfällt. In jedem dieser Fälle müßte ein anderer passender Ring gesucht werden. Die Anlegung des Ringes erfolgt nun in der Weise, daß man nach genauer Desinfektion der Scheide und nachdem man sich durch die Untersuchung und Inspektion davon überzeugt hat, daß weder irgendwelche entzündliche Fixationen noch irgendwelche Reizerscheinungen an den Beckenorganen existieren, die Scheidenschleimhaut und Portio frei von Oberflächendefekten sind, und schließlich nach gründlicher Desinfektion des Ringes (Auskochen!) denselben einführt, nachdem man vorher den Uterus und die Scheide manuell in die normale Lage gebracht. Dabei ist es notwendig, darauf zu achten, daß ein etwa retrovertierter Uterus vorher aufgerichtet sei etc. Hierzu faßt man das Pessarium zwischen Zeigefinger und Daumen der rechten Hand, während Daumen und Zeigefinger der linken Hand von der Symphyse her die beiden Schamlippen auseinanderhalten und so den Introitus vaginae eröffnen. Den mit ein bißchen aseptischem Fette glatt gemachten Ring setzt man nun mit seinem Rande auf die Stelle der hinteren Kommissur auf, durch leichten Druck bringt man die hintere Scheidenwand zum Ausweichen nach rückwärts und führt nun den Ring in schräger Richtung, um den schmerzhaften Urethralwulst zu vermeiden, in die Scheide ein, wobei er nahezu von selbst in die normale Lage gleitet, d. h. mit dem oberen Rande das hintere Scheidengewölbe aufsucht. Bei einem SCHATZ-Pessar muß dabei die Konkavfläche nach oben zu gerichtet sein, bei einem Ringpessar sieht die Portio frei in das Lumen des Ringes hinein.

Wir lassen nun eine Kranke, der wir einen Ring gegeben haben, den nächsten Tag wiederkommen, um im Falle bestehender Schmerzen den Ring zu entfernen, ihn durch einen anderen zu ersetzen, ebenso auch einen solchen, der sich als zu klein erwiesen hat.

Solange eine Kranke einen solchen Ring trägt, muß sie gewisse Vorsichtsmaßregeln beobachten. Es muß für leichte Stuhlabsetzung, am besten durch Irrigationen, gesorgt werden, damit nicht bei allzu energischer Anwendung der Bauchpresse der Ring während der Stuhlabsetzung herausfalle. (Gar zu große Ringe können Stuhlverstopfung machen, zu kleine Ringe fallen von selbst bei der Stuhlabsetzung aus der Scheide heraus.)

Da ein solcher Ring, auch wenn er vollständig aseptisch war, einen konstanten Reiz abgibt, ist es notwendig, den Scheidenkanal täglich zu reinigen, und zwar am besten durch Ausspülung der Scheide mit irgendwelchen desinfizierenden Flüssigkeiten (Lysol, Lysoform, Kali hypermanganicum, Solveol etc.). Man weist ferner die Kranken an, bei Auftreten irgendwelcher Beschwerden sofort sich wieder vorzustellen, aber auch bei Fehlen aller Beschwerden soll man die Vorsicht gebrauchen, eine Kranke, die ein Pessar trägt, alle 2—3 Monate wieder zu bestellen, damit man den Ring herausnehmen und desinfizieren könne und sich durch Inspektion des Genitaltraktes vom Fehlen einer jeden Reizerscheinung oder Geschwürsbildung überzeuge, im gegebenen Falle diese Krankheitserscheinungen vor Wiedereinlegen des Ringes beseitige.

Nun gibt es insbesonders bei alten Frauen Prolapse, die durch kein wie immer geartetes, noch so großes, ring- und scheibenförmiges Pessar zurückgehalten werden können, bei welchen selbst die BREISKYschen Ei- oder Kugelpessarien ohne Erfolg sind, abgesehen davon, daß diese Pessarien, nachdem sie solide sind und jeden Sekretabfluß verhindern, heutzutage nicht mehr als zweckmäßig angesehen werden können. Es gibt, wie gesagt, bei alten Frauen Prolapse, bei denen infolge der Mangelhaftigkeit des Stützgewebes des Perineums die bisher beschriebenen Pessarien keinen Erfolg haben. Und doch möchte man gerade solchen Frauen die Operation ersparen, um so eher, als auch die Operation in solchen Fällen ein dauerndes Resultat nicht liefert. Das ROSENFELDsche Zapfenpessar ist nun imstande, auch solche Vorfälle zurückzuhalten. Es besteht aus einem dem SCHATZ-Pessar nachgebildeten oberen scheibenförmigen Stücke mit trichterartig vertiefter oberer Fläche und einem kanalförmig perforierten Zapfen, der in die zentrale Öffnung des Pessars durch Bajonettverschluß oder Spiralbildungsverschluß fix eingebracht werden kann. Der Zapfen hat eine Länge von etwa 2—3 *cm* und bewirkt, daß nach seiner Einführung (das Pessar wird wie ein gewöhnliches Pessar eingeführt) die Scheidenwandungen sich um ihn herum anlegen und das Pessar dadurch fixieren, so daß diese Ringe auch in kleineren Dimensionen selbst bei sehr weiter Scheide einen ausgezeichneten Effekt haben.

Da der Zapfen nicht die Aufgabe hat, wie man ursprünglich glauben sollte, sich an der hinteren Scheidenwand anzustemmen, sondern vielmehr frei in das Scheidenlumen hineinragt, werden die befürchteten Druckwirkungen von Seite desselben nicht in Erscheinung treten.

Bei solchen Frauen, bei welchen eine Pessarbehandlung nicht möglich ist oder welche dieselbe aus irgend welchen Gründen nicht wünschen, oder bei denen eine Kontraindikation gegen die Anlegung eines Pessars besteht, ist die operative Behandlung des Prolapses am Platze. Die Operation wird nur dann von Erfolg begleitet sein, wenn sie trachtet, möglichst normale Verhältnisse herzustellen, d. h. entstandene Defekte nach Möglichkeit zu beseitigen. Zu dem Zwecke ist es notwendig, etwa bestehende Cystocelen oder Rektocelen wirklich zum Verschwinden zu bringen, den Damm in seiner normalen Höhe wieder herzustellen, etwaige Zerreißungen im Bereiche der Schließmuskeln des Perineums zu reparieren.

Nun hört man oft klagen, daß durch Operation geheilte Prolapse dennoch sehr leicht rezidivieren.

Man möge es mir nicht als eine Unbescheidenheit anrechnen, wenn ich behaupte, daß richtig operierte Prolapse nicht rezidivieren. Wenn eine Frau einige Zeit oder vielleicht einige Jahre nach einer Prolapsoperation wieder entbindet, hierbei wieder eine ausgiebige Ruptur des Perineums acquiriert, welche bei der Geburt nicht sofort in Ordnung gebracht worden, so daß einige Zeit nach dem neu erlittenen Trauma ein neuer Prolaps entsteht, dann kann man wohl nicht von einer Rezidive sprechen, dann handelt es sich eben um eine neue Erkrankung. Von einer Rezidive im wahren Sinne des Wortes kann man nur dann sprechen, wenn die Operation nicht imstande war, die normalen Verhältnisse herzu-

stellen, und das ist sehr häufig, wenn auch nicht in allen Fällen, Schuld des Operateurs.

Die auch heute noch üblichste Methode der Operation des Prolapses besteht in einer Colporrhaphia anterior und einer Colpoperineoplastik, d. h. es werden aus der vorderen und aus der hinteren Scheidenwand je nach Bedarf kleinere oder größere Stücke der Scheidenwand exstirpiert und durch Vernähung der Wundflächen die Scheide enger gemacht und dann durch die LAWSON TAITsche Lappenoperation der Damm zur nötigen Festigkeit gebracht. Aber gerade bei diesen Operationsakten muß man den normalen und pathologischen Verhältnissen Rechnung tragen, und da konnte ich mich oft genug überzeugen, daß viele Operateure in der Furcht vor den Nachbarorganen bei der Anlegung der Schnitte in viel zu oberflächlichen Schichten sich bewegen. Es ist unbedingt notwendig, die ganze Scheidenwand in ihrer vollen Dicke zu durchtrennen und zu entfernen, um im paravaginalen Gewebe die Schäden aufzusuchen und zu beseitigen. Allerdings ist mitunter gerade bei lange bestehenden und großen Prolapsen die Scheidenschleimhaut derartig atrophisch und dünn, daß die Abpräparierung recht schwer fällt. Aber man muß immer trachten, in die richtige Schichte zu gelangen, und wer gewohnt ist, mit dem Messer richtig umzugehen, wird stets jene Schichten treffen, in denen die Präparation leicht und glatt vonstatten geht, wodurch eben der Beweis geliefert ist, daß man sich in der richtigen Schichte befindet. Wenn man nun nach Ausschneidung von kleineren oder größeren Lappen aus der hinteren und vorderen Scheidenwand sich mit der einfachen Vernähung dieser Wundflächen begnügt, dann wird man entschieden radikale Heilungen nicht erzielen. Die weiter bestehenden Cystocelen resp. Rektocelen werden sofort wieder zur Vorwölbung der betreffenden Scheidenwand und somit zur teilweisen Rezidive Veranlassung geben. Man muß daher durch separate Naht die durch das zerstörte Septum bruchartig sich vorstülpende Blase resp. das weit sich vorwölbende Rektum in die normale Lage zu bringen versuchen, und das ist wohl am vorteilhaftesten zu machen durch die von SÄNGER und GERSUNY ausgebildete Nahtmethode, bei welcher man durch zirkulär angelegte versenkte Nähte die gebildeten Divertikel der Blase und des Rektums zum Verschwinden bringt, um darüber dann die Scheidenwunde zu vernähen. Auf die sorgfältigste Blutstillung muß geachtet werden und diesbezüglich geht man nicht genug exakt vor. Die einfache Stillung durch Umstechung mit der die Wunde verschließenden Naht genügt nicht zur exakten Blutstillung, es kommt dann oft genug zu Nachblutungen, Hämatombildungen, Abzessen etc.

Bei der Lappen-Dammoperation nach LAWSON TAIT, deren Prinzip darin besteht, durch Abpräparierung der Scheide vom Rektum mittelst parallel zur hinteren Begrenzung des Scheidenostiums geführten Schnittes eine vierseitig begrenzte Scheidenlappen-Dammwunde zu bilden, muß man ebenfalls trachten, tief genug zu präparieren, um nicht bloß einen Hautdamm zu bekommen, in die Schichten des Septum retrovaginale bis in die Muskelschichten vorzudringen; bei der Vernähung der Wunde muß auf das Exakteste die Blutstillung vorgenommen werden, die Entstehung irgendwelcher Hohlräume und Rezessusse vermieden werden. Durch eine Tabaksbeutelnaht, angelegt am Scheidenschleimhautrande, ist man imstande, das Nekrotischwerden des Scheidenbürzels zu vermeiden, während man andrerseits durch sorgfältigste Naht eine Wiedervereinigung der etwa zerrissenen Enden des Sphincter ani externus bewerkstelligen muß. Auf diese Weise gelingt es uns, in der Regel schöne, dauernde Heilungsresultate zu erzielen. Den in neueren Zeiten in Vorschlag gebrachten Vorschlägen der Verkürzung der Ligamenta rotunda während der Operation nach vorausgegangener Eröffnung der Bauchhöhle durch Eröffnung des Scheidengewölbes bringe ich keine Sympathie entgegen, da die Endresultate, wie ich mich zu wiederholten Malen überzeugen konnte, durchaus keine befriedigenden sind und weil in solchen Fällen, wo bei einer bestehenden bedeutenden Erschlaffung aller Weichteile zu befürchten ist, daß auch die sorgfältigste Scheiden-Dammoperation den Uterus nicht in der normalen Lage erhalten kann, die Ventrofixatio uteri oder die ALEXANDER-ADAMsche Operation als Hilfsoperation hinzutreten muß, worüber noch weiter unten ausführlich gesprochen werden soll.

Die Ventrofixation käme schon in solchen Fällen von vornherein in Betracht, wo neben einem stärkeren Prolapse noch schwerere Veränderungen in der Bauchhöhle unsere Hilfe erheischen, die eventuell bloß durch die Operation zu beseitigen sind. In einem solchen Falle müßte eben die Laparotomie ausgeübt werden und die Ventrofixation occasionell, d. h. bei dieser Gelegenheit zur Ausführung gelangen, während in anderen Fällen, wie wir noch später hören werden, die Ventrofixation intentionell gemacht wird, d. h. die Laparotomie speziell zu dem Zwecke der Ventrofixation zur Ausführung gelangt.

Wenn es um sich einen Totalprolaps des Uterus bei älteren Frauen handelt, habe ich früher, dem Beispiele anderer folgend, hie und da die Totalexstirpation des Uterus mit nachfolgender Verengung des Scheidenlumens vorgenommen. Seit ich das ROSENFELDsche Zapfenpessar in Anwendung bringe, habe ich es in keinem einzigen Falle mehr notwendig gehabt, zu dem radikalen Mittel der Totalexstirpation zu greifen, was mir um so angenehmer war, als gerade bei diesen Fällen von Totalexstirpation einige Zeit nach der Operation der Scheidenstumpf in der Regel wieder prolabiert.

Bei einer hypertrophischen Elongation der Cervix wird am zweckmäßigsten die keilförmige Exzision der Pars infravaginalis gemacht: 1. um die störenden Formveränderungen zu beseitigen; 2. weil wir nach WEDEL wissen, daß Amputationen der Portio eine Involution des hypertrophischen Uterus zur Folge haben. Unter normalen Verhältnissen amputiere ich bei Prolapsoperationen die Portio nicht, und zwar aus dem Grunde, weil ich überzeugt bin, daß das Vorhandensein der Portio zur Erhaltung des Lagegleichgewichtes des Uterus genau so wichtig ist, wie irgend ein anderer der hierbei in Frage kommenden Faktoren.

Die Elevatio uteri, die Ante- und Retropositio uteri, welche eine gewaltsame Verdrängung des Uterus aus seiner normalen Lage, durch pathologische Prozesse in der Umgebung bedingt, darstellen und deren Symptome vornehmlich durch diese pathologischen Prozesse bedingt sind, kommt zur Heilung durch Wiederherstellung der normalen Verhältnisse, d. h. durch Entfernung der betreffenden Tumoren, wenn eine Indikation dazu da ist, oder durch Beseitigung jener entzündlichen Prozesse, die etwa zu der Lageanomalie Veranlassung gegeben.

Aus der chirurgischen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitals zu Sarajevo.

Über die Wahl der Operation bei Lithiasis.

Von **Primararzt Dr. Jos. Preindlsberger.**

(Schluß.)

XI. N. J., $2^{1}/_{2}$ Jahre alt, röm.-kath., Golo Brdo. Anamnese: Das Kind leidet seit längerer Zeit an Harnbeschwerden. Status praes.: Gut genährt; walnußgroße Nabelhernie. Mit der Steinsonde zirka haselnußgroßes Konkrement nachweisbar. 1. Oktober Perineotomie, Cystotomia perinealis. Chloroformnarkose. Dauer der Operation 20 Minuten. Ablösung des Mastdarmes und Freilegung der hinteren Blasenwand leicht. Eröffnung der Blase zwischen zwei Fixationsnähten in der Länge von etwa 2 *cm*. Leichte Extraktion des Konkrementes ohne nennenswerte Quetschung der Blasenwand; Verkleinerung der Blasenwunde durch zwei Catgutnähte, der Perinealwunde durch zwei Seidennähte. Drainage mit Jodoformgazestreifen. Kein Dauerkatheter. Dekursus: Bei fieberlosem Verlauf vom

Fig. 9.

Operationstage Harnentleerung spontan, ausschließlich per urethram. Die Hautwunde ging auseinander und war am 30. Oktober bis auf eine hirsekorngroße granulierende Fläche verheilt. Harnentleerung ohne Beschwerden. Stein: Magnesiumammonphosphat, sehr wenig Urate und Kalziumphosphat (Fig. 9).

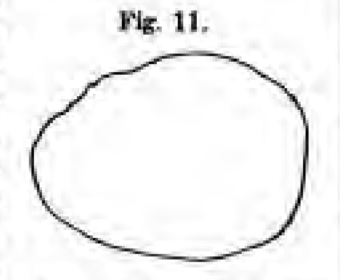
XII. S. K., 2 Jahre alt, Bergarbeiterskind aus Vienjica (Zenica). Anamnese: Angeblich erst seit 1 Monat Harnbeschwerden. Status praes.: Blasses rachitisches Kind. Am 24. Oktober Perineotomie, Cystotomia perinealis. Bloßlegung der hinteren Blasenwand gelingt rasch und ohne Nebenverletzung; Eröffnung der Blase zwischen zwei Fixationsnähten in sagittaler Richtung in der Länge von etwa $1^1/_2$ *cm*. Extraktion eines flach haselnußgroßen Steines. Zwei perineale Nähte mit Catgut. Zwei Hautnähte mit Seide. Lockere Tamponade der Wunde. 5. November Harnentleerung zum Teil per urethram, zum Teil durch die Wunde (fieberloser Verlauf). Am 7. November Wunde trocken. Am 20. November Endstatus: Harnentleerung ohne Beschwerden. Urin klar, sauer reagierend. Am Perineum eine quergestellte, zirka 2 *cm* lange, 3 *mm* breite Narbe. Stein: Urat (Fig. 10).

Fig. 10.

XIII. J.-Nr. 2354. J. H., 9 Jahre altes, islamit. Bauernkind aus Ravna, Bez. Bugojno. Seit 4 Jahren Harnbeschwerden, seit mehreren Stunden Harnverhaltung. Ein in die Blase eingeführter Metallkatheter findet in der Pars prostatica einen fixierten Stein, kann ihn nicht in die Blase zurückschieben und gelangt nicht in die Blase, doch fließt der Harn neben dem Katheter ab. Harn diffus getrübt, reagiert sauer mit reichlichem Sediment. Am 31. Mai Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Ablösung des Mastdarmes wegen perizystitischen Verwachsungen etwas erschwert und erfolgte unter Leitung des in den Mastdarm eingeführten Fingers; bei diesem Akte wurde der im Blasenhalse fixierte Stein in die Blase zurückgeschoben. 1 *cm* lange Inzision der Blase, worauf der walnußgroße Stein mit einer Kornzange zerbröckelt und in mehreren Stücken herausgezogen wurde. Blasendrainage, lockere Tamponade der Wunde, zwei Hautnähte. Dekursus: Fieberlos am 3. Juli. Wunde vollständig verheilt. Am 12. Juli geheilt entlassen, mäßige Zystitis, Enuresis. Stein: vorwiegend Magnesiumammonphosphat, sehr wenig Kalziumphosphat und -karbonat und Urate. Gewicht: 6 *g*.

XIV. J.-Nr. 1955. M. C., 40 Jahre alt, aus Rušanovica, Bezirk Rogatica. Calculus partis membranaceae incarceratus. Pat. kann seit einem Jahre nur tropfenweise und unter heftigen Schmerzen die Blase entleeren. Seit 6 Wochen kontinuierliches Harnträufeln. In der letzten Zeit häufig Schüttelfrost. Status praes.: Großer, kräftig gebauter, schlecht genährter Mann, verbreitet einen penetranten ammoniakalischen Geruch. Penis geschwellt, von Schmutzkrusten bedeckt, an der Haut des Präputium zahlreiche, mißfarbige Ulzerationen, die Haut des Penis zeigt mißfarbige Flecken und ist zum Teile in Fetzen abgelöst. Am Perineum eine walnußgroße Vorwölbung, an der sich ein Konkrement palpieren läßt. Die Steinsonde weist an dieser Stelle einen Stein nach, kann aber nicht in die Blase vorgeschoben werden. Harn ammoniakalisch, enthält viel Eiweiß, im Sediment massenhaft Eiterzellen und Tripelphosphate. Da es nicht möglich war, zu konstatieren, ob nicht hinter dem eingeklemmten Steine in der Blase noch andere Konkremente vorhanden seien, mußte ein Eingriff gewählt werden, der einerseits die Entfernung des Steines aus der Pars membranacea gestattete und andrerseits auch leicht ohne Quetschung des Blasenhalses den Weg in die Blase freilegte. Daher am 9. Mai gleich nach der Aufnahme: Perineotomie in Rückenmarksanästhesie mit 0·06 Tropakokain: Komplette Wirkung. Typische Ablösung des Mastdarmes bis zur Prostata ohne Nebenverletzung, erschwert durch den Umstand, daß dieser Eingriff ohne Leitsonde in der Urethra vorgenommen werden mußte. Die freigelegte Pars membranacea wird in der Längsrichtung gespalten und das mehr als haselnußgroße Konkrement extrahiert. Nekrose der Urethralschleimhaut bis in den Blasenhals; die Pars membranacea und der Blasenhals so dilatiert, daß die Fingerkuppe bequem hineingelegt werden kann. In der Blase kein weiteres Konkrement. Verweilkatheter durch die Wunde, lockere Tamponade derselben und zwei Hautnähte. Dekursus: Ohne Temperatursteigerung Kräfteverfall und Exitus am 14. Mai. Stein: Kern: Urate, Phosphat; Rinde: viel Magnesiumammonphosphat und Kalziumphosphat, wenig Urate, Kalziumkarbonat und -oxalat (Fig. 11). Sektionsbefund: Exulceratio, urethritis purulenta-necrotica partis membranaceae atque bulbosa et prostaticae urethrae. Cystitis catarrhalis chronica cum necrosi partiali mucosae vesicae et pluribus papillis. Catarrhus ascendens in uretheros sequente pyelitide et pyelonephritide acuta. Pneumonia hypostatica, Emphysema esiculare, catarrhus intesticum chronicus.

Fig. 11.



XV. J.-Nr. 2303. S. R., $8^1/_2$ Jahre alter Kmetensohn, Guber (Livno). Harnbeschwerden seit $1^1/_2$ Jahren. Gut entwickeltes Kind. Untersuchung der Lunge und der Zirkulationsorgane ergaben normalen Befund. Steinsonde weist ein hartes, etwa bohnengroßes Konkrement nach. Harn diffus getrübt, alkalisch (Zystitis mittleren Grades); im Sediment massenhaft Leukozyten. Am 29. Mai 1905 Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Die Operation mußte zu Beginn wegen mehrmaliger Stuhlentleerung unterbrochen werden. Typische Freilegung der hinteren Blasenwand (Dauer dieses Operationsaktes 6 Minuten). Inzision der Blase zwischen zwei Seidenfäden. Extraktion des Steines ohne Quetschung der Blasenwand. Drainage der Blase, lockere Tamponade der Wunde. Zwei Hautnähte. Stein: Kern: Magnesiumammonphosphat, Kalziumphosphat, -oxalat, Urate; Rinde: Magnesiumammonphosphat und Kalziumphosphat (Hauptmenge), Kalziumoxalat und -karbonat. Dekursus: Fieberloser Wundverlauf. Am 15. Juni Verband trocken, Harnentleerung ausschließlich durch die Urethra. Endstatus am 2. Juli: Am Perineum 2 *cm* über der Analöffnung eine zirka $1^1/_2$ *cm* im Durchmesser betragende, trichterförmig eingezogene Narbe, die fast in der Medianlinie verläuft, zum unteren Ende dieser Narbe ziehen zwei im spitzen Winkel divergierende, zirka $1^1/_2$ *cm* lange narbige Schenkel. Harnentleerung ohne Beschwerden. Harn klar, sauer, ohne pathologische Bestandteile.

XVI. J.-Nr. 2885. J. K., 6 Jahre alt, röm.-kath., Bauerssohn aus Imotski. Steinbeschwerden seit $1^1/_2$ Jahren. Gut entwickeltes Kind; im Blasenhals fixierter Stein. Zystitis mit saurer Reaktion. Am 3. Juli Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Ablösung des Mastdarms ohne Nebenverletzung. Nach diesem Operationsakt tiefe Asphyxie, die künstliche Respiration erforderte; 1 *cm* lange Inzision der Blasenwand. Zerdrücken des Konkrements mit der Kornzange und Entfernung der Steintrümmer. Blasendrainage, lockere Tamponade. Partielle Hautnaht. Dekursus: einmal Temperatursteigerung bis 38·2. Am 20. Juli uriniert Pat. spontan. Wunde bis auf eine Fistel verheilt, durch die noch Harn abfließt. Stein: vorwiegend Urate und Magnesiumammonphosphat, wenig Kalziumkarbonat, Oxalat und Phospate.

XVII. J.-Nr. 3552. M. K., 7 Jahre alt, aus Gracanica. Angeblich erst seit 14 Tagen heftigere Steinbeschwerden, des Nachts Inkontinenz. Mit der Steinsonde läßt sich ein bewegliches, mittelgroßes Konkrement nachweisen. Zystitis. Am 12. August Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Die Narkose mehrmals durch Asphyxie gestört, die künstliche Respiration und Unterbrechung der Operation erforderte. Typische Ablösung des Mastdarms, die leicht nach Durchtrennung des Musc. recto-urethral. gelang. Eröffnung der Blase in der Längsrichtung auf 2 *cm*, leichte Extraktion des haselnußgroßen Steines. Naht der Blasenwunde mit Catgut ohne Mitfassen der Schleimhaut. Lockere Tamponade der Wundhöhle. Drei Hautnähte. Am Operationstage bereits Harnentleerung per urethram spontan. Am 13. August Lüftung der Wundränder wegen Rötung derselben; Abgang von Harn durch die Wunde. Am 23. August am Perineum noch eine hellerstückgroße, granulierende Wunde, durch welche sich bei der Harnentleerung noch einige Tropfen Urin entleeren. Stein: Kern: vorwiegend Urate. Rinde: Kalziumkarbonat, Kalziumoxalat, viel Magnesiumammonphosphat und Kalziumphosphat. Gewicht 29 *g* (Fig. 12). Am 28. August Wunde trocken. Weiterer Verlauf durch Magendarmerscheinungen gestört, die durch Askariden bedingt waren. 17. September Endstatus: Am Perineum eine etwa linsengroße, leicht eingezogene Narbe. Harnentleerung ohne Beschwerden. Urin noch leicht getrübt, sauer reagierend, enthält Spuren von Eiweiß.

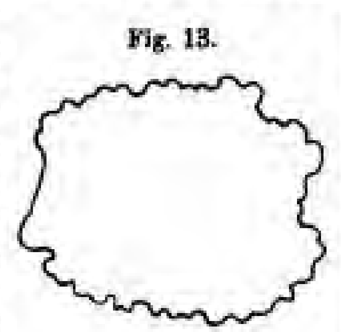
Fig. 12.

XVIII. J.-Nr. 5415. D. O., 16 Jahre alt, aus Prozor (Bosnien), gelangt am 18. Dezember 1904 zur Aufnahme. Seit 4 Jahren Steinbeschwerden, die in der letzten Zeit so heftig werden, daß Pat. nur tropfenweise urinieren kann. St. praes.: Die Sondenuntersuchung ergibt die Anwesenheit eines etwa nußgroßen, harten, frei beweglichen Konkrements mit rauher, zackiger Oberfläche; beim Anschlag mit der Sonde heller Klang. Mäßige Zystitis. Am 20. Dezember Perineotomie. Cystotomia perinealis in Rückenmarksanästhesie mit 0·05 Tropakokain. Die Ablösung des Mastdarms von der hinteren Blasenwand erfolgt ohne jede Nebenverletzung in typischer Weise und dauert dieser Operationsakt 5—6 Minuten. $1^1/_2$ *cm* langer Längsschnitt in die Blase knapp ober der Prostata: beim Fassen mit der Steinzange zerbricht der Stein in zahlreiche kleine Konkremente, die zum Teil durch Irrigation, zum Teil durch Auswischen mit einem Tupfer entfernt wurden. Drainage der Blasenwunde mit Kautschukdrain. Lockere Tamponade der Dammwunde, die durch 2 Seidennähte verkleinert wurde. Stein: 10 *g* Urate, Kalziumkarbonat, Kalziumoxalat, Kalziumphosphat, Magnesiumphosphat. Dekursus: Am 20. Dezember Einführung eines Dauerkatheters, da sich das Drainagerohr verstopft hat (Temperatursteigerung bis 38·2). Am 22. Dezember Weglassen des verstopften Drainagerohrs und des Katheters wegen Reizung der Urethra. (Temperatur normal.) Der Harn fließt bis zur Wiedereinführung des Dauerkatheters am 27. Dezember durch die Wunde ab und mußte jeden 2. Tag entfernt werden. Am 2. Februar uriniert Pat. per urethram und die Wunde bleibt trocken (13. Tag p. operat.). Am 11. Februar Wunde verheilt. Am 13. Februar wird Pat. entlassen; Harn noch ganz leicht getrübt.

XIX. J.-Nr. 2977. M. P., 13 Jahre alt, röm.-kath., aus Vrbanjci, Kotor-Varoš. Steinbeschwerden angeblich seit frühester Jugend, die intermittierend auftraten, in der letzten Zeit jedoch zunahmen. Schlecht entwickelter, schwächlicher Knabe. Zystitis mit ammoniakalischer Reaktion. Stein etwa walnußgroß. Am 8. Juli Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Ablösung des Mastdarms bis zur Bloßlegung der Blase in 8 Minuten ohne Nebenverletzung. Inzision der Blase zwischen 2 Fixationsnähten in der Länge von $1^1/_2$ *cm*. Von diesem Schnitt aus Zerbrechen des Steines mit der Kornzange und Entfernung der Trümmer mit dem Steinlöffel und Ausspülen. Drainage der Blase, lockere Tamponade der Wunde, 2 Hautnähte. Am 12. Juli Drainage entfernt. Am 15. Juli Harnentleerung zum größten Teil spontan per urethram. Stein: vorwiegend Magnesiumammonphosphat und Kalziumphosphat und Urate. Gewicht 6 *g*. 19. August Endstatus: Über der Analöffnung ein längsovaler, bohnengroßer Hautwulst, an dessen oberem Pole eine leicht prominierende zweischenklige, ca. 2 *cm* in der Sehne messende Narbe. Am Scheitel der Narbe eine Einziehung, die wie eine Fistelmündung aussieht, aus welcher sich kein Sekret auspressen läßt. Harnentleerung ohne Beschwerden.

XX. J.-Nr. 2099. St. S., 16jähriger Bauerssohn aus Dabrac, Bez. Varcar-Vakuf. Seit 5 Jahren Steinbeschwerden. Schlecht genährter, hoch aufgeschossener Bursche. Zystitis; die Steinsonde weist ein Oxalat nach von etwa Walnußgröße. Am 17. Mai Cystotomia perinealis in Rückenmarksanästhesie mit 0·06 *g* Tropakokain, komplette Wirkung. Rasche Bloßlegung der hinteren Blasenwand ohne Nebenverletzung in 6 Minuten. Bei der Eröffnung der Blasenwand zwischen 2 Fixationsnähten wird, als der Schnitt verlängert werden mußte, der obere Rand der Prostata eingekerbt, wo sich einige Tropfen Eiter zeigten. Das Operationsterrain war diesmal besonders anatomisch übersichtlich. Bei der Extraktion des Steines ohne besondere Schwierigkeit wurden die Blasenränder etwas gequetscht. Stein: hartes, zackiges Oxalat (Fig. 13). Blasendrainage; lockere Wundtamponade. Partielle Hautnaht. Dekursus: Unter Temperatursteigung bis 39·0 Schwellung des Perineum, Skrotum und Penis. Am 27. Mai geht durch die Wunde Kot ab und läßt sich 4 *cm* ober dem Anus eine für den Zeigefinger passierbare Fistel des Rektum nachweisen, die in der Wunde mündet. Inzisionen am Penis und Skrotum erforderlich; Dekubitus am Kreuzbein und beiden Trochanteren. Die Rektalfistel nach 14 Tagen geschlossen, doch besteht am 31. Juli noch eine Perinealfistel an der Operationsstelle, durch die sich bei der Miktion noch etwas Harn entleert; Pat. erholt sich langsam. Stein: Kern: Urate. Rinde: Urate, wenig Kalziumoxalat, sehr wenig Phosphate. 21. August Endstatus: Die Operationsnarbe am Perineum derb, nicht druckschmerzhaft. Am hinteren Drittel des Perineum eine über stecknadelkopfgroße Fistel, aus der sich beim Urinieren wenige Tropfen Urin entleeren. Urin trübe, alkalisch, enthält im Sedimente zahlreiche Eiterkörperchen. Allgemeinzustand gebessert.

Fig. 13.



XXI. J.-Nr. 634. L. B., 21 Jahre alt, aus Tabak Glava, Herzegowina. Seit mehreren Jahren Steinbeschwerden, die in der letzten Zeit derart zugenommen haben, daß der Pat. nur mit heftigen Schmerzen tropfenweise urinieren kann. Mit der Steinsonde fühlt man gleich am Blasenhals einen ziemlich großen Stein. Temperatur 38·7. Operation in Rückenmarksanästhesie mit 0·06 Tropakokain. Komplette Wirkung während der ganzen Dauer der Operation. Die Absicht, eine Lithotripsie vorzunehmen, mußte aufgegeben werden, da sich die Blase nicht füllen ließ und der Stein im Blasenhals fixiert war. In typischer Weise Ablösung der Blase vom Rektum, was ohne Schwierigkeiten bis über die hochgradig atrophische und narbig veränderte Prostata gelang. Beim Versuch, höher zu isolieren, riß die Blase in der Ausdehnung von etwa $2^1/_2$ *cm* quer ein; es bestanden perizystitische Verwachsungen. Hierauf Extraktion des Konkrements, die sich in diesem Falle recht schwierig gestaltete, da der Pfeifenstein fixiert war und sich in der Richtung nach unten hin nicht leicht ziehen ließ. 4 perineale Catgutnähte, um die Blasenwunde zu verkleinern; Dauerkatheter; lockere Naht der Hautwunde nach Drainage und Gaze-

Fig. 14.

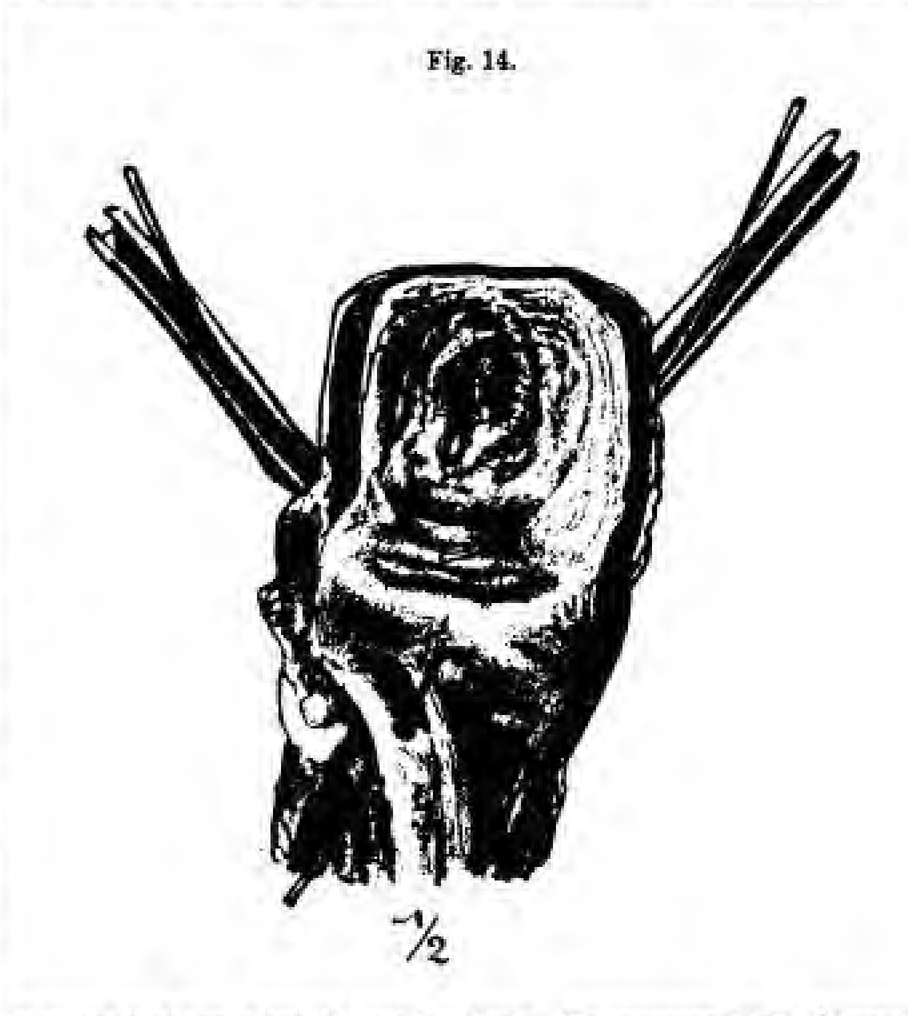
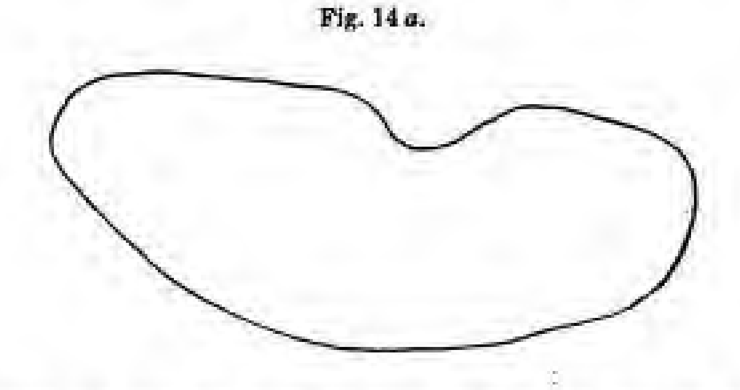


Fig. 14 *a*.

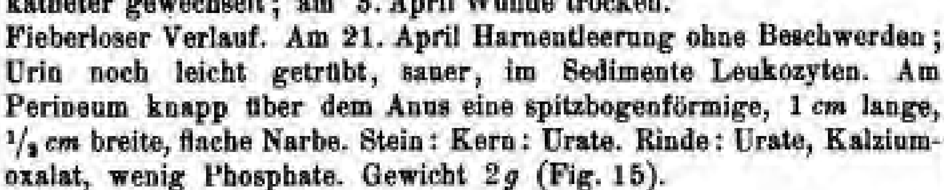


streifen. Wegen Urethritis mußte der Dauerkatheter am 3. Tage weggelassen werden. Der Harn ging zum größten Teil bei der Operationswunde, zum Teil aber auch per urethram ab. Am achten Tage p. operat. Wiedereinführung des Dauerkatheters. Wunde bleibt trocken. Am 14. Tage Katheter weggelassen; es gehen wieder einige Tropfen Harn durch die bis auf eine Fistel verheilte Wunde ab. Unter rasch zunehmendem Kräfteverfall am 16. Tage Exitus letalis.

Der Sektionsbefund ergibt: Die Operationswunde der Blase verheilt; bemerkenswert erscheint, daß die Narbe fast quer nahe an den Mündungen des Ureters verlauft. Schwere chronische Zystitis. Die Prostata nur mehr in Spuren vorhanden und durch narbiges Gewebe ersetzt; im Bereiche derselben nach rechts von der Medianlinie eine linsengroße Ulzeration, welche den Eingang zu einer am Perineum mündenden Fistel bildet. Beiderseitige chronische Pyelitis mit Atrophie des Nierengewebes, von dem rechtsseitig nur mehr eine ganz schmale Rinde erhalten ist. Stein: Kern: Urate, Phosphate. Rinde: wenig Urate, vorwiegend Ammonmagnesiumphosphate, wenig Kalziumoxalat und -Phosphat. (Fig. 14 u. 14 *a*.)

XXII. J.-Nr. 1188. O. J., 12½jähriger Bauerssohn, islamitisch, aus Čajire, Bez. Tešany. Seit 4 Jahren Steinbeschwerden, die in der letzten Zeit oft Harnretention verursachten. Stat. praes.: Gut entwickeltes Kind. Penis geschwellt und gerötet, Urethralschleimhaut mißfarbig; Blase prall gefüllt. Konkrement im Blasenhals fixiert, der eingeführte Metallkatheter gleitet an dem Stein vorbei in die Blase. Am 22. März Cystotomia perinealis in Chloroformnarkose. Während der Narkose löste sich der Stein vom Blasenhals und glitt in die Blase. Ablösung des Mastdarmes ohne Nebenverletzung und Schonung des Musculus levator ani. Inzision der Blase zwischen 2 Fixationsnähten in der Länge von 1½ *cm*; leichte Extraktion eines kirschengroßen Oxalat. Drainage der Blase, lockere Tamponade der Wunde, 2 Hautnähte. Am 26. März Blasendrain mit Dauerkatheter gewechselt; am 3. April Wunde trocken. Fieberloser Verlauf. Am 21. April Harnentleerung ohne Beschwerden; Urin noch leicht getrübt, sauer, im Sedimente Leukozyten. Am Perineum knapp über dem Anus eine spitzbogenförmige, 1 *cm* lange, ½ *cm* breite, flache Narbe. Stein: Kern: Urate. Rinde: Urate, Kalziumoxalat, wenig Phosphate. Gewicht 2 *g* (Fig. 15).

Fig. 15.



Literatur: PREINDLSBERGER, Die Lithiasis in Bosnien. „Wiener klin. Rundschau", 1900, Nr. 46 u. ff. — Über die Beziehungen des Trinkwassers zur Lithiasis. „Mitteilungen der Balneologen Österreichs", 1900. — Beiträge zur Volksmedizin in Bosnien. „Wissenschaftliche Mitteilungen des bosn.-herzegow. Landesmuseums", 1901. — Weitere Mitteilungen über Lithiasis in Bosnien. „Wiener klin. Rundschau", 1902, Nr. 42. — Über Steinoperationen. „Wiener Med. Presse", 1902, Nr. 39 u. ff. — HÄCHE, Sur le traitement des calculs de la vessie chez l'enfant. Supériorité de la taille hypogastrique. Association d'urologie française, 1904. — NICOLICH, Meine Erfahrungen über Lithiasis der Harnwege. „Archiv f. klin. Chir.", Bd. 69, H. 4. — GUYON, La récidive des calculs de la vessie. Extrait des annales des maladies des organes génito-urinaires du mois de mai 1901. — FRANK, Ein neuer Blasenschnitt (Cystotomia perinealis). 32. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1903. — FRANK, Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte am 15. April 1904. — HARTMANN, Organes génito-urinaires de l'homme, pag. 143. Paris 1904, G. Steinheil. — ROCHET, Traité de la dysurie sénile, pag. 412. Paris 1898, Steinheil. — FANTINO, Beitrag zum Studium der Harn- und Gallensteine. „Archiv f. klin. Chirurgie", Bd. 75, H. 1.

Referate.

R. CHROBAK (Wien): **Über künstliche Sterilisierung.**

Was zunächst die Methode betrifft, so gilt heute die Entfernung der ganzen Tube mit Ausschneidung und Vernähung des Uterushornes als die sicherste Methode. Bezüglich der als Begleitoperation zu vollziehenden Sterilisierung haben ganz dieselben Indikationen zu gelten, welche für die primäre in Betracht kommen; speziell was die Vaginifixur betrifft, nach welcher manche Autoren sterilisieren, so steht CHROBAK („Zentralblatt f. Gynäk.", 1905, Nr. 21) auf dem Standpunkt, nicht daß er sterilisieren muß, weil er eine Vaginifixation macht, sondern daß er diese Operation nicht ausführt, um nicht sterilisieren zu müssen. Vor Ausführung der Operation ist außer der selbstverständlichen Zustimmung der Kranken jene des Hausarztes und eines zweiten erfahrenen Fachkollegen schriftlich vorzulegen. Sehr häufig entspringt der Wunsch zur Sterilisierung nur dem Begehren nach sexuellem Verkehr ohne Gefahr der Konzeption. Und was die sogenannte soziale Indikation betrifft, darf nicht vergessen werden, daß sich auch diese Verhältnisse ändern können. Nur die Sicherheit oder wenigstens die größte Wahrscheinlichkeit der Unheilbarkeit der sie indizierenden Erkrankung oder der andauernd gefahrdrohende Zustand im Falle einer Schwangerschaft darf die Veranlassung zur Vornahme der künstlichen Sterilisierung werden. Das Verlangen KEHRERs hingegen, daß lebende Kinder vorhanden seien, wird nicht in allen Fällen entscheidend sein dürfen. Bei absoluter Beckenenge, wo auch der künstliche Abortus in Betracht kommt, wird die Entscheidung zugunsten der künstlichen Sterilisierung überaus schwierig, weil die Mutter zur Vornahme der Sectio caesarea nicht gezwungen werden kann, andere sich zur Vornahme der Sektio nur unter der Bedingung entschließen, daß sie nicht wieder in die Hoffnung kommen können, bei unehelich Geschwängerten oft später nach Verheiratung der Wunsch nach Nachkommenschaft recht lebhaft wird. Was die krankhaften allgemeinen und lokalen Zustände betrifft, so wird die chronische Nephritis übereinstimmend als Indikation anerkannt, während bei den anderen angeführten Erkrankungen, chronische Anämie, Marasmus, Insuffizienz der sogenannten Blutgefäßdrüsen, Herzfehler, Magen-, Darm- und Lebererkrankungen, Lungenemphysem und andere, einerseits die Unheilbarkeit, andrerseits die Konzeptionsmöglichkeit feststehen bzw. die anderen antikonzeptionellen Mittel versagt haben müssen. Bei Psychosen wird die Sterilisierung selten in Frage kommen, da bei den schweren Formen die Möglichkeit der Konzeption nicht gegeben ist oder nicht gegeben sein soll, bei den leichteren Formen aber die Frage der Unheilbarkeit nicht sicher zu beantworten ist. Bei der beginnenden, noch heilbaren Tuberkulose ist die Unterbrechung der Schwangerschaft das prinzipiell Richtige, doch kann auch hier wie bei den schweren Formen, z. B. bei hereditär belasteten Personen, die Operation in Betracht kommen. Verletzungen des Uterus, welche bei Eintritt von Schwangerschaft und Geburt das Leben der Mutter durch Zerreißung der Gebärmutter gefährden, sind schließlich nach CHROBAK eine noch wenig beachtete Indikation zur Vornahme der künstlichen Sterilisierung. FISCHER.

LEMPP (Wien): **Die Jejunostomie.**

Verf. schildert den Standpunkt, den die v. EISELSBERGsche Klinik in dieser Frage einnimmt („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 76, H. 1 u. 2). Er berücksichtigt den Wert der Jejunostomie 1. beim Karzinom, 2. beim Ulç. ventric. pepticum und 3. bei Verätzungen. Die Jejunostomie ist indiziert: 1. Beim stenosierenden Karzinom, wenn weder Resektion noch Gastroenterostomie ausführbar ist. 2. Beim Karzinom der Kardia bzw. dem auf die Kardia übergegangenen Magenkarzinom, wenn wegen Ausdehnung des Tumors oder Schrumpfung des Magens eine Gastrostomie nicht möglich ist. 3. Bei gleichzeitigem Vorkommen karzinomatöser Tumoren am Pylorus und Kardia. 4. Bei dem nicht stenosierenden Karzinom, wenn hochgradige, durch die Nahrungsaufnahme gesteigerte Schmerzen bestehen. 5. Nach Perforation eines karzinomatösen Ulkus zur völligen Ausschaltung des Magens, gleichgültig, ob schon diffuse Peritonitis besteht oder nicht. 6. Bei Durchbruch des Karzinoms in die Bauchwand oder in einen Darmteil (Fistula gastrocolica). 7. Ausnahmsweise, wenn wegen hochgradiger Schwäche eine technisch mögliche Gastroenterostomie kontraindiziert ist und der kürzeste Eingriff gewählt werden muß. Die Fistelernährung ist womöglich bis zum Ende durchzuführen. Jedenfalls soll die Wiederaufnahme der Fistelernährung jederzeit ermöglicht sein. Es ist daher die Fistel bis zum Ende offen zu erhalten. — Für die Jejunostomie beim Ulcus ventric. pept. gelten folgende Sätze: Sie ist absolut indiziert bei lebensbedrohender Inanition, wenn ein anderer Eingriff nicht ausführbar ist. Sie stellt die einfachste palliative Operation beim Magengeschwür dar, die auch bei hochgradig geschwächten Patienten noch ausführbar ist und in jedem Stadium und bei jeder Komplikation noch Nutzen bringen kann. Das Normalverfahren bildet die

Jejunostomie: 1. Bei dem einfachen Geschwür des Magens, welches den Pylorus und seine angrenzenden Partien frei und nach seiner Ausheilung eine Stenose nicht erwarten läßt. 2. Bei kardialwärts gelegenem stenosierenden Geschwür, so bei Sanduhrmagenbildung mit schwer- bzw. nichtzugänglichem kardialen Teil und Fehlen einer absoluten Stenose. 3. Bei hochgradiger Schrumpfung des Magens infolge multipler Geschwüre, ulzeröser Gastritis und ausgedehnter Perigastritis und bestehenden hochgradigen Reizsymptomen. Die Jejunostomie ist noch als palliative Operation auszuführen in allen Fällen, in welchen ein radikales Vorgehen (Resektion) oder ein größerer palliativer Eingriff (Gastroenterostomie) nach dem Befunde indiziert wäre, aber wegen der Schwäche des Pat. unterbleiben muß, und zwar an Stelle der Resektion: 1. Bei dem ausgedehnten penetrierenden kallösen Geschwür, 2. bei lebensbedrohender Blutung, und zwar am besten als kürzester Eingriff in Lokalanalgesie unter Verzicht auf die Feststellung des Magenbefundes. 3. Bei inneren Magenfisteln, welche durch Perforation eines Magengeschwürs in einen Darmteil nach vorheriger Verlötung mit demselben entstanden sind: so bei Fistula gastrocolica; wenn ein radikaler Eingriff zunächst unterbleiben muß und ausnahmsweise an Stelle der Gastroenterostomie. Bei dem stenosierenden Geschwür des Pylorus und des pylorischen Teiles. Die Jejunostomie in Kombination mit der Gastroenterostomie ist indiziert: 1. Bei dem stenosierenden Geschwür des Pylorus und hochgradigem Reizzustand des Magens (Blutungen etc.), welcher eine völlige Ausschaltung des Magens erfordert. 2. Bei gleichzeitigem Vorkommen von Magengeschwür und Pylorusgeschwür bzw. Pylorusstenose. Bei Perforation eines Magen- bzw. Duodenalgeschwürs soll an die Versorgung der Perforation zur völligen Ausschaltung des Magens noch eine Jejunostomie angeschlossen werden, besonders wenn schon Peritonitis besteht. Die Jejunostomie kann nach Mißerfolgen der Resektion und der Gastroenterostomie noch Heilung bringen. Die Fistel ist eine temporäre. Die Fistelernährung soll so lange durchgeführt werden, bis alle Beschwerden verschwunden sind und bei erneuter allmählich gesteigerter normaler Ernährung keine Reizsymptome mehr auftreten. Einen Maßstab hierfür bildet die Bestimmung der Gesamtazidität des Magensaftes. Die Fistel soll auch dann noch einige Zeit als Sicherheitsventil offen erhalten werden. 3. Bei Verätzungen: Bei gleichzeitiger Verätzung von Ösophagus und Magen, besonders des Pylorus, ist die Jejunostomie als die einfachste, den nächsten Anforderungen genügende Operation auszuführen. Die Ausdehnung der Verätzung des Magens bestimmt die Indikation zur Jejunostomie. Findet man bei sehr geschwächten Patienten nach Verätzung des Ösophagus und Pylorus den Magen stark gebläht, so ist an die Jejunostomie sofort der erste Akt der Gastrostomie anzuschließen und in einem zweiten Akt der Magen bald durch Eröffnung zu entlasten. Die Jejunostomie ist eine temporäre. Die folgende Stenose des Ösophagus muß durch Bougierung erweitert, die Stenose des Pylorus durch die Plastik bzw. Resektion beseitigt oder durch Gastroenterostomie umgangen werden. G.

HANS CURSCHMANN (Tübingen): **Zur Methodik der Muskel- und Gelenksensibilitätsbestimmung.**

Verf. nimmt für den Muskel als Maßstab das Muskelkontraktionsgefühl. Dies gelingt durch galvanische Reizung des einzelnen Muskels. CURSCHMANN lagert („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 31) die Extremität so, daß bei der Kontraktion des Muskels eine Reibung des anliegenden Hautgebietes oder der Unterlage, was eine auxiliäre Mitwirkung des taktilen Hautgefühls bedingen würde, völlig vermieden wird. Zuerst stellt man nun an dem betreffenden Muskel die Minimalzuckung bei KS, für degenerativ atrophische Muskeln bei AS fest. Nun trägt man dem Patienten auf, darauf zu achten, ob er neben dem stechenden Schmerz des Stromschlusses eine Bewegung in dem betreffenden Muskelgebiet empfinde. Patienten mit normaler Intelligenz differenzieren nun bei einiger Übung fast immer scharf zwischen dem stechenden Gefühl an der Eintrittsstelle, dem eigentümlichen, kurzen, krampfenden Bewegungsgefühl des Muskels und schließlich dem Bewegungsaffekt an dem angrenzenden Extremitätenteil. Stets läßt Verf. sich vom Patienten die Lage des Muskels, der sich soeben bewegte, mit der Hand demonstrieren. So wird festgestellt, bei welcher Stromstärke zuerst das Gefühl der Muskelkontraktion perzipiert wird. An gesunden Personen und an sich selbst fand Verf.: Die Kontraktionssensibilität des Gesunden hat stets ihren Schwellenwert in der Minimalzuckung des Muskels oder geht um 1 bzw. mehrere Milliampere unter diese herab. Die Untersuchungen an Kranken mit notorisch häufig und beträchtlich geschädigter Tiefensensibilität, z. B. Tabikern, hemihypästhetischen Hemiplegikern, Syringomyeliekranken, zeigten erhebliche Abweichungen von der Norm. Von Wert ist diese Prüfung auch zur Abgrenzung mancher organisch bedingten Störung von den hysterischen Sensibilitätsstörungen. Bei multipler Sklerose waren Störungen des Muskelkontraktionsgefühls meist auffallend gering oder fehlten ganz. Dagegen war das Muskelkontraktionsgefühl sehr herabgesetzt resp. fehlte ganz bei peripherischen Lähmungen mit kompletter Entartungsreaktion. — In analoger Weise prüft Verf. das Gelenkbewegungsgefühl. Zuerst macht er dem Patienten an der Hand einiger kräftiger, galvanisch ausgelöster Gelenkbewegungen klar, daß er jetzt nur auf Bewegungen des betreffenden Gliedes in diesem Gelenk und auf deren Richtung zu achten habe. Dann wird galvanomuskulär reizend die Minimalbewegung in dem betreffenden Gelenk festgestellt, d. i. die Bewegung, die dem Untersucher als die kleinste sichtbare erscheint. Nachdem die Minimalbewegung gefunden ist, muß Pat. angeben, wann er zuerst eine Empfindung der Gelenkbewegung und ihrer Richtung hat. Die hierzu gehörige Stromstärke markiert den Schwellenwert der Gelenkbewegungssensibilität. Untersuchungen an Gesunden ergaben, daß die Bewegungsempfindung mit der geringsten, eben sichtbaren Bewegung des Gelenks oder nicht selten schon etwas früher eintritt. Eine bestimmte Bewegungsrichtung wird bei der Minimalbewegung auch vom Gesunden nicht immer mit Sicherheit angegeben. Unter pathologischen Verhältnissen finden sich immer mehr oder weniger bedeutende Differenzen zwischen Minimalbewegung und Empfindungsschwelle. Sehr ausgesprochene Störungen der Gelenkbewegungsempfindung finden sich nach dieser Methode bei Tabikern, auch bei solchen, bei denen anscheinend noch keine Ataxie besteht. Auch bei an Syringomyelie Leidenden finden sich Störungen der Gelenkbewegungsempfindung, meist aber weniger als bei Tabikern. L.

P. MANTEUFEL (Halle a. d. Saale): **Erfahrungen mit der GRUBER-WIDALschen Reaktion bei Berücksichtigung der Mitagglutination von Paratyphusbazillen.**

Die letzten Untersuchungen über die GRUBER-WIDALsche Reaktion haben gezeigt, daß das Serum Typhuskranker auch auf die Paratyphusbazillen mehr oder weniger agglutinierend wirken kann. Diese Erscheinung gehört zur Klasse der als Mitagglutination bezeichneten Phänomene („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 28). Hierdurch würde natürlich der praktisch-diagnostische Wert der Reaktion erhebliche Einschränkung erfahren. Die Resultate, welche in dem hygienischen Institut zu Halle a. d. S. in dieser Hinsicht erzielt sind, sind nicht so ungünstig für den Wert der WIDALschen Reaktion ausgefallen; deshalb teilt Verf. sie mit. Seit Anfang 1904 wurden die bei Typhusverdacht zur Untersuchung eingesandten Blutproben gleichzeitig auf Agglutination gegenüber Typhus- und Paratyphusbazillen geprüft. Ein einwandfreier Fall von Paratyphus wurde dabei niemals gefunden. Es kamen 280 Fälle zur Untersuchung. Zur Prüfung dienten in allen Fällen dieselben Kulturen, nämlich eine Gelsenkirchener Typhuskultur und zwei Straßburger Paratyphuskulturen *a* und *b*. Alle drei Stämme waren relativ leicht agglutinierbar; denn wie Verf. betont, ist die Verwendung eines schwer agglutinablen Typhusstammes und leicht agglutinabler Paratyphusbazillen auch umgekehrt eine Quelle für abweichende Resultate und kann zu Fehlern Veranlassung geben. Die Diagnose „Widal positiv" wurde nur dann gestellt, wenn bei der Verdünnung 1 : 50 totale Agglutination und bei 1 : 100 deutliche, mit schwacher Vergrößerung wahrnehmbare Häufchenbildung vorhanden war. In 195 Fällen ergab sich „Widal negativ", weil bei der Verdünnung 1 : 50 keine Spur von Agglutination zu bemerken war. In allen

diesen Fällen war auch auf Paratyphusbazillen keine agglutinierende Wirkung zu konstatieren. Positiv fiel der Widal 85mal aus; gleichzeitige Agglutination der beiden Paratyphusstämme wurde in 58 dieser 85 Fälle, d. h. in 68% beobachtet. Oft handelte es sich um nur geringe Werte; in Verdünnung über 1 : 50 trat die Reaktion nur 26mal auf, da Werte bis 1 : 50 im Bereich des Normalen zu liegen scheinen. Sichere Mitagglutination ist daher nur in etwa 30% der Fälle anzunehmen. Der Titer der Sera gegenüber den Paratyphusbazillen war im allgemeinen erheblich geringer als für den Typhusstamm. Höhere Werte für den Titer der Nebenagglutination als für den der Hauptagglutination wurden niemals beobachtet; ebensowenig war in einem der Fälle die Agglutination für zwei verschiedene Stämme so gleichartig, daß Zweifel an der Art der Erkrankung entstanden wären. Somit behält die GRUBER-WIDALsche Reaktion ihre diagnostische Bedeutung. Nur ist es notwendig, gleichzeitig Typhus- und Paratyphusbazillen zur Agglutinationsprüfung heranzuziehen und in den Fällen, in denen Typhus- und Paratyphusbazillen gleichzeitig agglutiniert werden, die Grenzwerte für die drei Stämme auszutitrieren. Zweifelhafte Resultate ergeben sich bei diesem Vorgehen nur dann, wenn es sich um ganz schwach agglutinierende Sera handelt. In solchen Fällen empfiehlt sich, noch eine zweite Probe von demselben Patienten zu untersuchen. L.

O. v. BOLLINGER (München): **Über Taenia cucumerina beim Menschen.**

Die Zahl der bei erwachsenen Menschen beobachteten Fälle von Taenia cucumerina ist derzeit auf 7 gestiegen = 1/5 aller bekannten Beobachtungen, so daß sich schon jetzt sagen läßt, daß der an und für sich ziemlich seltene Darmparasit sich durchaus nicht auf Kinder beschränkt (Festschrift für G. MERKEL, „Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 84). Das vorwiegende Vorkommen der Taenia cucumerina bei Kindern hängt offenbar in erster Linie mit dem nahen Verkehr zwischen Kindern und Hunden zusammen; außerdem ist der Umstand zu berücksichtigen, daß Bandwürmer und deren Glieder aus naheliegenden Gründen im Stuhl der Kinder leichter entdeckt und weniger übersehen werden als bei Erwachsenen. Verf. möchte daher der Meinung Ausdruck geben, daß der in Rede stehende Parasit in Wirklichkeit bei Erwachsenen häufiger vorkommt, als bisher angenommen wurde. Endlich ist zu berücksichtigen, daß Taenia cucumerina vielen Ärzten ganz unbekannt ist und gelegentlich wohl mit den Gliedern von Taenia solium verwechselt wird. Der Hund ist also als Bandwurmwirt für die übrigen Haustiere (Rind, Schaf, Schwein) und für den Menschen doppelt bedenklich, indem er Taenia Echinococcus und Taenia cucumerina beherbergt. Die jedenfalls interessante Tatsache, daß etwa 1/3 aller bei Kindern beobachteten Fälle von Taenia cucumerina auf Säuglinge treffen und daß dieser Parasit bereits bei Säuglingen im Alter von 40 und 49 Tagen festgestellt wurde, läßt sich auf Grund der Entwicklungsgeschichte des Schmarotzers leicht verstehen. Was die geographische Verbreitung der Taenia cucumerina beim Menschen betrifft, so dürfte derselbe entsprechend der Verbreitung der Hunde als Kosmopolit anzusprechen sein. Mit Ausnahme von Italien und Spanien wurde der Bandwurm bis jetzt in fast allen Ländern Europas angetroffen; auf Deutschland treffen 13, auf Dänemark 7, auf die Schweiz 6, auf Schweden mindestens 4, auf Rußland 3, auf Holland und Frankreich je 2 Fälle, auf Österreich und England je ein Fall. B.

MAX JOSEPH und **H. VIETH** (Berlin): **Über Behandlung der Frostbeulen.**

Verff. besprechen zuerst („Dermatol. Zentralblatt", VIII, 6) die bis jetzt üblichen Therapien und heben neben dem von BINZ empfohlenen Chlorcalcium (Calcar. chlorat 1·0, Ung. paraffini 9·0) besonders das Epicarin hervor (Epicarini 3·0, Sapon. virid 0·5, Ung. caseini ad 30·0). Da aber auch diese Mittel manchmal versagen und es für den praktischen Arzt angenehm ist, über einen möglichst großen Arzneischatz zu verfügen, griffen die Autoren auf das Resorcin zurück, dessen anämisierende und härtende Eigenschaft bezüglich der Haut schon lange bekannt ist, und zwar erzeugen sie das Monoazetylderivat des Resorcins, welches die guten Eigenschaften des Resorcins besser zur Geltung bringt, da es als flüssiger Körper eine größere Tiefenwirkung entfaltet. Durch Tierversuche erprobt, zeigt das Präparat, das unter dem Namen Euresol in den Handel kommt, keine giftigen Eigenschaften. Zur Erhöhung der juckstillenden Wirkung setzen die Autoren dem Präparat etwas Eucalyptol und Ol. terebinthinae zu und empfehlen folgendes:

Rp. Euresol,
Eucalyptol,
Ol. terebinthinae . . . . aa. 2·0
Collodium . . . . ad 20·0

oder in Seifenform:

Rp. Euresol,
Eucalyptol,
Ol. terebinth.,
Lanolin . . . . aa. 2·0
Sapon. unguin. . . . . 20·0

Die chemische Fabrik Knoll in Ludwigshafen am Rhein bringt die Seife in Tubenform à 30 g durch die Apotheken in den Handel. Das Mittel hat sich in einer sehr großen Anzahl von Fällen und dabei sehr hartnäckigen Formen ausgezeichnet bewährt. K. F.

A. K. SIEVERT (Kiew): **Beitrag zur Bestimmung der Magengrenzen mittelst Aufblähung.**

Die in der Klinik des Prof. K. E. WAGNER vom Verf. ausgeführten Untersuchungen bezweckten, folgende Fragen zu ergründen: 1. inwiefern die Magengrenzen, die mittelst Perkussion nach vorheriger Aufblähung des Magens mittelst kleiner Kohlensäurequantitäten bestimmt werden, mit denen kongruieren, die mittelst anderer Methoden festgestellt werden; 2. welchen Unterschied man bei der Bestimmung der Magengrenzen bei Aufblähung des Magens mittelst kleiner und großer Gasmengen erhält; 3. ob sich der Magen bei seiner Aufblähung gleichmäßig nach allen Richtungen erweitert. Die Bestimmung der Magengrenzen ohne Aufblähung des Magens wurde nach folgenden drei Methoden ausgeführt: 1. mittelst Palpation und der sogenannten perkutorischen Palpation (Plätschergeräusch), 2. mittelst gewöhnlicher Perkussion, 3. Mittelst Perkussion und Auskultation mit Hilfe des Phonendoskops. Im ganzen hat Verf. 61 Untersuchungen an 25 Patienten ausgeführt. Zur Untersuchung wurden sowohl Kranke, die über Magenbeschwerden nicht klagten, wie auch solche, die an irgend einer Magenerkrankung laborierten, herangezogen. Das Ergebnis seiner Untersuchungen faßt Verfasser folgendermaßen zusammen („Archiv f. Verdauungskrankh.", 1904, Bd. 10): 1. Die Magengrenzen, welche durch Aufblähung des Magens mittelst kleiner Gasmengen bestimmt werden, entsprechen fast genau den Grenzen, welche mittelst anderen Untersuchungsmethoden bestimmt werden. Jedoch hat das Verfahren mittelst Aufblähung mit kleinen Gasmengen noch große Vorzüge: es gewährt die Möglichkeit, nicht nur die untere, sondern auch die rechte, und in Fällen von Magensenkung auch die obere Grenze zu bestimmen. Außerdem kann man mit Hilfe des Aufblähungsverfahrens die Magengrenzen auch im nüchternen Zustande, d. h. bei leerem Magen, feststellen, da der leere Magen keineswegs Gase so leicht entweichen läßt. 2. Die Magengrenzen, welche durch Aufblähung mittelst großer Gasmengen festgestellt werden, weichen bedeutend von denjenigen Grenzen ab, die mittelst kleiner Gasmengen bestimmt werden. Wenn man große Gasmengen einführt, bestimmt man nicht die wirklichen Grenzen, sondern die Grenzen des erweiterten und teils dislozierten Magens, was bei der diagnostischen Bewertung der Untersuchungsresultate schon äußerst unerwünscht ist. Andrerseits ist die Aufblähung mittelst großer Gasmengen für die Diagnose der Gastroptose von ungeheurer Bedeutung, indem sie die Magenkonturen vollständig deutlich durch die Bauchdecken hervortreten läßt. 3. Die Frage, ob sich der Magen bei Aufblähung desselben in allen Richtungen gleichmäßig erweitert, beantwortet Verf. dahin, daß die Erweiterung bei bedeutender Auftreibung des Magens ungleichmäßig vor sich geht; dies ist daraus zu ersehen, daß die rechte Grenze bedeutend mehr nach rechts abweicht, als sich die untere nach unten senkt. L—y.

FASANO (Neapel): **Die Behandlung der Influenza und influenzaähnlichen Erkrankungen mit Pyrenol.**

Die Influenza ist eines der günstigsten Objekte für die Pyrenoltherapie. Die Publikationen aus den Krankenhäusern empfehlen, Pyrenol vor analogen Mitteln deshalb den Vorzug zu geben, weil es neben einer energischen, therapeutischen Wirkung tonisierend und exzitierend auf das Herz wirkt, so daß man sich besonders bei der Influenzapneumonie nicht vor Kollaps zu fürchten hat, ferner weil es als Expektorans gleichzeitig solvierend und sekretionsbeschränkend wirkt und weil die Herabsetzung des Fiebers nicht mit einem steilen Abfall der Kurve unter profuser Schweißsekretion und unter Hinterlassung eines großen Schwächegefühles erfolgt, sondern allmählich unter deutlicher Steigerung des subjektiven Wohlbefindens, weil ferner die Einnehmeform eine leichte, angenehme und jedem Geschmack anpaßbare ist, in Solution pur oder in Korrigentien- oder Tablettenform, und weil — last not least — der Preis ein niedriger ist. Pyrenol besteht aus Benzoesäurethymylester und Benzoyl-Salizylsäure. Die Höhe der Dosis richtet sich nach der Schwere der Erkrankung und ihren einzelnen Symptomen. Gegen Fieber empfiehlt es sich, 3stündlich eine Tablette à 0·5 *g* zu geben. Die gleiche protahierte Dosis, etwa 4stündlich eine Tablette, erweist sich gegen Husten und schwere Expektoration am zweckmäßigsten. Gegen heftige Schmerzen empfiehlt es sich, höhere Dosen und seltener zu geben, 3—4mal, auch 5mal 1 *g*, gleichfalls in Tabletten à 0·5 oder Solution 10·0/200·0, mit Ol. Menth. oder Syr. Rub. Idaei vermischt. Will man es lieber in Milch oder Kaffee dispensieren, so achte man darauf, daß dieses Vehikel kalt ist, weil sich bei höherer Temperatur der Benzoesäurethymylester verflüchtigt. G.

SCHWARZENBACH (Tramelan): **Beiträge zur Pathologie und Therapie der Streptomykosen.**

Ist eine Infektion des Rachens eingetreten, so wird es sich vor allem darum handeln, diesen Herd unschädlich zu machen („Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte“, 1905, Nr. 7). Ist dies gelungen und die Schleimhaut wieder intakt, so spielen die Streptokokken nur noch die Rolle unschädlicher Parasiten und der Patient bleibt trotz Reinfektion gesund. Zu dem genannten Zwecke bedient sich nun SCHWARZENBACH regelmäßiger täglicher Spülung des Rachens mit aseptischer isotonischer Kochsalzlösung mit nachfolgender Einblasung von Natrium sozojodolicum purum. Antiseptische Zusätze zum Spülwasser bieten durchaus keine Vorteile. Die Schleimhaut darf nicht gereizt werden, wenn man mit der Behandlung nicht mehr schaden als nützen will. Sitzen im Epipharynx Reste der Tonsilla tertia, welche sich in chronischer Entzündung befinden und in deren Rezessus Sekretverhaltung zustande kommt, so kommt man mit der Pulverbehandlung allein nicht zum Ziel. Man muß dann vorher diese Reste durch Auskratzung mit dem TRAUTMANNschen Löffel oder dem GOTTSTEINschen Ringmesser entfernen. Sind diese Granulationen unerheblich, so kann man sich begnügen, sie mit Trichloressigsäure oder Chlorzink zu ätzen. Dabei muß aber darauf geachtet werden, daß man wirklich in die Tiefe der Rezessus und Buchten hineinätzt, um dieselben zur Verödung zu bringen. In alten Fällen von Rheumatismus genügt häufig die Behandlung des Rachenherdes allein nicht und man muß da schließlich innere Mittel zu Hilfe nehmen, welche auf die Streptokokken entwicklungshemmend wirken. Von solchen Mitteln ist als wirksam eigentlich nur die Salizylsäure zu nennen. Die Salizylate regen bekanntlich energisch die Leukozytose an und wirken auch vom Blut aus noch entwicklungshemmend auf die Streptokokken. So stellt das Salizyl ein wirksames Adjuvans der Behandlung der Streptomykosen dar, das in leichteren Fällen, wenn es lange genug, monatelang in kleinen Dosen, angewendet ward, sogar allein zur Heilung führen kann, jedenfalls aber immer die direkte Behandlung des Herdes unterstützt. In schweren Fällen genügt die Salizylbehandlung allein meistens nicht zur Heilung; oft genug versagt die Wirkung des Salizyls gänzlich. Wird nun in diesen Fällen der Rachen behandelt, so ist man überrascht, zu sehen, wie ganz plötzlich das Salizyl vorzüglich wirkt und rasche Besserung eintritt. In einem solchen Falle war es auffallend, wie rasch mit dem Einsetzen der kausalen Behandlung eine Besserung des Allgemeinbefindens und der Bewegungsfähigkeit eintrat und wie das gereichte Aspirin, das vorher auch in größeren Dosen nichts geholfen hatte, nun plötzlich auch in kleiner Dosis (2 *g* pro die) eine ganz deutliche Wirkung entfaltete. L.

Kleine Mitteilungen.

— Aus Mitteilungen über die **Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Sperma** von BROWN und OSGOOD („Am. journ. of surg., Bd. 18, Nr. 9) geht folgendes hervor: Es trat bei 18 jungen Männern vollständige Azoospermie ein, ohne daß bei einem derselben eine Geschlechtskrankheit vorausgegangen wäre oder funktionelle Störungen bestanden hätten. Die Mehrzahl derselben, die länger als 3 Jahre unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen gestanden haben, zeigte gar keine Spermatozoen, während diejenigen, die erst kürzere Zeit gearbeitet hatten, wechselnde Zustände von Oligo- und Nekrospermie aufwiesen. Äußerliche Veränderungen am Hodensack bestanden nicht. Keiner von diesen Leuten hatte während der Beschäftigung im Röntgenlaboratorium Kinder gezeugt.

— Zur **Behandlung des Trippers** hat NARICH („Progrès méd.“, 1905, Nr. 26) bei einigen Patienten statt der pharmazeutischen Präparate bloß Heißwasserspülungen — 3—4mal im Tag je 1 *l* — angewendet und damit relativ schnell akute und chronische Gonorrhöen geheilt. Er führt dazu eine weiche Sonde (Charrière Nr. 14/15) ein und nimmt das Wasser so heiß, als es der Pat. ertragen kann. Die Prozedur ist wesentlich komplizierter als die Tripperspritze, allein ebendadurch wirkt sie erzieherisch, indem sie den Kranken 3mal im Tag energisch an sein Leiden erinnert und ihn dadurch abhält, irgend welche übel angebrachte Exzesse zu begehen.

— Die **Therapie der Prostatahypertrophie** erörtert OBERLÄNDER („Deutsche med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 29). Verf. unterscheidet drei Stadien der Prostatahypertrophie; das erste ist charakterisiert durch das periodisch erschwerte Harnlassen und Abnahme der Blasenkraft ohne eigentliche Harnverhaltung, das zweite durch gesteigerte Abnahme der Blasenkraft und das Vorhandensein von inkompletter Harnverhaltung und das dritte durch komplette Harnverhaltung. Die Therapie besteht im Anfangsstadium in der Verabreichung milder Abführmittel und Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr. Es sind rektale Einläufe oder Suppositorien von Jod und vielleicht Ichthyol zu versuchen. Wirksamer sind warme Sitzbäder oder Kamillenteesitzbäder (37·5° C, mindestens 30—60 Minuten lang mit anschließender Bettruhe). Gleichzeitige Erkrankungen der Urethra sind mit endourethralen Waschungen, Kupieren etc. zu behandeln. Massage der Prostata ist besonders bei empfindlicher Prostata indiziert. Im Stadium der ausgebildeten Blasenschwäche wird der unter peinlicher Antiseptik auszuführende Katheterismus notwendig. Etwa schon bestehende Blasenkatarrhe sind mit antiseptischen Spülungen (warmer 2·5%iger Borlösung, schwachen Argentumlösungen usw.) zu behandeln. Innerlich ist Urotropin zu geben. Regelmäßig ausgeführter Katheterismus läßt in der Mehrzahl der Fälle chirurgische Eingriffe entbehrlich erscheinen; die Operation der Zukunft ist die Prostatektomie. Dieselbe schafft jedoch große Wunden und stellt an die Kräfte des Kranken beachtenswerte Anforderungen. Die BOTTINIsche Operation ist durch die Prostatektomie immer mehr in den Hintergrund gedrängt worden.

— Aus den klinischen **Erfahrungen über die Anwendung von Eisen und Arsen** von LAQUER („Therapie der Gegenwart“, 1905, Nr. 9) geht unter anderem folgendes hervor: Verfasser hat Arsenferratose bei Chorea minor, bei schlecht genährten und erschöpften Schulmädchen, ferner bei Morbus Basedowii und endlich bei Neurasthenien und Hysterien in Anwendung gebracht. Seine Versuche ergaben, daß dieses Eisen und Arsen in organischer (Eiweiß-) Bindung enthaltende Präparat geeignet ist, ohne Nebenwirkung und ohne schädlichen Magenreiz seinen heilbringenden Einfluß zu entfalten. Unter seiner Anwendung hob sich die Ernährung und das Körpergewicht sichtlich, ebenso wirkte es auf die Leistungen in der Schule günstig ein. Der alte Erfahrungssatz daß die Neurosen u. dgl. durch physikalische Maßnahmen allein nich.

zur Heilung gebracht werden können, wie dieses der Verf. in Übereinstimmung mit ESCH u. a. konstatiert, erwies sich somit wieder als zutreffend. Die Dosierung der Arsenferratose entspricht bei Erwachsenen 3 Eßlöffel (etwa 0·1 Eisen und 0·001 Arsen). Bei Kindern werden ebenso viel Kaffeelöffel gereicht. Die Darreichung erfolgt etwa 1/4 Stunde nach den Mahlzeiten; zu vermeiden ist lediglich rohes Obst und Salat.

— Über die **Giftigkeit des normalen Darminhalts** hat MAGNUS-ALSLEBEN („Beitr. z. chem. Phys. u. Path.", Bd. 6, H. 11 u. 12) Versuche angestellt. Nach seinen Resultaten findet sich in der Tat in dem Inhalt des oberen Teils des Dünndarms vom Hunde sowie in der zugehörigen Schleimhaut nach der Fütterung von Fleisch in der verschiedensten Form, wahrscheinlich auch nach Zufuhr von Brot, Fett und Stärkemehl, anscheinend nicht von Milch und Milcheiweiß, eine giftige Substanz. Sie veranlaßt bei Kaninchen nach intravenöser Injektion in kleinsten Mengen allgemeine zentrale Lähmung mit darauffolgenden Krämpfen und führt meistens den Tod durch Stillstand der Respiration herbei. Manchmal tritt während der Lähmungsperiode rasch Erholung ein, worauf die Tiere für einige Stunden gegen weitere Einspritzungen immun sind. Die Bemühungen, das Gift genauer zu charakterisieren, sind nicht gelungen. Die naheliegende Annahme, daß das Gift von den Verdauungssäften geliefert würde und z. B. Trypsin wäre, was nach der ganzen Wirkungsweise nicht unwahrscheinlich ist, läßt sich nicht ohne weiteres abweisen. Neben diesem Nervengift findet sich im Inhalt des gesamten Dünndarms ferner regelmäßig nach jeder Art von Nahrung eine Substanz, welche in kleinsten Mengen sofort eine ganz steile Blutdrucksenkung bewirkt, die sich nach höchstens einer Minute wieder völlig ausgleicht. Diese Substanz wird durch die Leber nicht entgiftet; dagegen wird sie durch Kochen in saurer Lösung ebenso wie das „Nervengift" zerstört.

— Über das Auftreten von **Ödem der Beine infolge exzessiver Kochsalzaufnahme** berichtet BRYANT („The Pract.", 1905, Nr. 8). Es handelte sich um diese Erscheinung nach überreichlichem Cl Na-Genuß bei einem sonst völlig gesunden, 40jährigen Arzte, der wegen ausgesprochenen Ödems der Füße und Beine Rat suchte. Früher nie krank, bemerkte er vor einigen Jahren einige Varizen an den Beinen, welche ihm aber nie Beschwerden verursachten. In der letzten Zeit klagte er nun über ein Gefühl der Schwere in den Beinen, leichte Ermüdung. Genaue Untersuchung ergab völlig gesunde innere Organe, insbesondere Herz und Nieren; der Urin war völlig normal, ohne Eiweiß und Zucker, leicht sauer, spez. Gewicht 1028. Pat. gab an, sehr viel Salz zu nehmen und das Salzfäßchen bei den beiden täglichen Mahlzeiten zu leeren. Der Urin enthielt nahezu 3mal soviel Cl Na als in der Norm. Nach Änderung der Nahrungsweise, wobei Pat. Salzgenuß mied, nahmen nach 2 Wochen die Ödeme sichtlich ab, nach 3 Wochen waren sie völlig verschwunden. Cl Na-Gehalt des Urins war damals 0·98%. WIDAL und JAVAL haben ebenfalls in 3 Fällen Cl Na-Retention beschrieben.

— Auf Grund seiner Erfahrungen tritt KROGIUS („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 75, Nr. 4) für die radikale **operative Behandlung des chronischen Magengeschwürs** ein. Die zur Zeit von den meisten Chirurgen bevorzugte Gastroenterostomie und Pyloroplastik hält er für durchaus ungenügend. Bei Gastroenterostomierten treten häufig die alten Beschwerden oder ein Ulcus pepticum jejuni wieder auf. Die Mortalität ist nur wenig höher als bei der Gastroenterostomie oder Pyloroplastik. Wenn eine operative Behandlung des offenen, nicht stenosierenden Magengeschwürs aus einem oder dem anderen Grunde indiziert ist, so ist als Ziel dieser Behandlung die radikale Exzision des Geschwürs anzustreben, während in diesen Fällen die Gastroenterostomie und die Pyloroplastik nur als Palliativ- bzw. Verlegenheitsoperationen betrachtet werden dürfen. Auch bei der Behandlung des stenosierenden Magengeschwürs, sofern es sich als ein offenes herausstellt, hat die radikale Exzision als Normalmethode zu gelten, weil die Fähigkeit der palliativen Operationen, das Geschwür unschädlich zu machen, in einem großen Teil der Fälle sich nachträglich als illusorisch erweist. Bei profusen Ulkusblutungen, welche das Leben des Kranken direkt bedrohen, ist es besser, einen operativen Eingriff zu wagen als untätig den doch meist fatalen Ausgang abzuwarten. Ebenso sollten eine glücklich überstandene größere Blutung wie mehrfach wiederholte Blutungen dem Chirurgen nahelegen, die Frage einer im freien Intervall vorzunehmenden radikalen Exzision des Ulkus rechtzeitig in Erwägung zu ziehen.

— Die chemischen Mittel gegen die **Nachtschweiße der Phthisiker** kann man nach BABONNEIX („Gaz. d. hôpit.", 1905, Nr. 30) in mehrere Gruppen einteilen. In die erste gehören die direkt schädlichen, wie Thalliumazetat, in eine zweite die, deren schweißhemmende Eigenschaften nicht hinlänglich bewiesen sind, wie die verschiedenen Säuren mit Ausnahme der Kampfersäure, Plumb. acet., Alaun, Antipyrin, Koffein, Calc. carbonicum, Chloralose, Hyoszin und Hyoszyamin, Muskarin, Zinkoxyd, Pikrotoxin, Kaliumsulfat, Sulfonal, Strychnin, Tannin. Es bleiben nur vier Mittel, deren jedes seine Vorzüge und Nachteile besitzt; sehr kräftig aber, auch sehr giftig wirkt Atropin, weniger energisch, aber leicht verwendbar ist phosphorsaurer Kalk, durch langsamere, aber andauernde Wirkung zeichnet sich Kampfersäure aus; Natr. telluric. unterdrückt die Schweiße für einige Tage, aber verleiht dem Atem einen wenig angenehmen Geruch. Von den Medikamenten vegetabilischen Ursprunges verdienen allein Agarizin, Sekale, Opium und Salbei Beachtung. Indes alle Mittel vermögen den Krankheitszustand nicht zu bessern, wenn nicht gleichzeitig eine kausale Therapie eingeschlagen wird.

— Zur Frage über die **physiologische Wirkung der Salzbäder** berichtet PURITZ („Russ. med. Rundschau", 1905, Nr. 9). Die Eiweißverdauung wird durch schwach konzentrierte Bäder gebessert, sie bleibt aber unveränderlich oder verschlechtert sich sogar bei Bädern von starker Konzentration. Die schwachen und mittleren Bäder üben auf die Eiweißoxydation wenig Einfluß aus. Nur die stark konzentrierten bewirken eine Steigerung der Eiweißoxydation; in einzelnen Fällen bis 25%. Qualitativ verschlechtert sich die Eiweißoxydation erst bei der Anwendung der stark konzentrierten Bäder, bei schwachen und mittleren Konzentrationen läßt sich keine Veränderung nachweisen. Die Harnmenge wird bei den verschiedenen Konzentrationen des Bades um 10—25% erhöht. Die Salzbäder rufen leichte Leukozytose hervor. Die Menge der Erythrozyten und die des Hämoglobins, auch das spezifische Gewicht des Blutes, ändern sich fast gar nicht. Der Blutdruck ist etwas gesteigert. Die Zahl der Pulse steigt in den verschieden konzentrierten Bädern anfangs etwas an, nachher sinkt sie. Auf das Nervensystem wirken die verschieden konzentrierten Salzbäder ganz unbestimmt, so daß von einer Gesetzmäßigkeit nicht die Rede sein kann. Im allgemeinen ist hervorzuheben, daß die Berührungs- und Schmerzempfindung bei schwachen Bädern sich weniger deutlich verändert als bei den stark konzentrierten.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der inneren Medizin für Ärzte und Studierende. Von **Professor Dr. Georg Klemperer.** 1. Bd. Berlin 1905, August Hirschwald.

Ein neues Lehrbuch der inneren Medizin, deren es doch schon so viele gibt auf dem ärztlichen Büchermarkte und darunter so manches ohne individuelles Gepräge, ohne Kennzeichen der Eigenart seines Verfassers! KLEMPERERs Buch aber ist durchaus originell. Der Autor, ein langjähriger Schüler v. LEYDENs und alterfahrener Praktiker, hat in dem vorliegenden Werke niedergelegt, „was er selbst erlebt". Es spricht darin ein Praktiker zu praktischen Ärzten und Studierenden, vermeidet überflüssige Erörterungen und Literaturangaben, trägt all unseren therapeutischen Errungenschaften sorgfältigst Rechnung, unterläßt es hierbei nicht, sein praktisches Ziel vor Augen, die praktische Ausführung der Krankenbehandlung bis ins kleinste Detail zu verfolgen, befleißt sich einer klaren Darstellung, er hat, kurz gesagt, ein treffliches Lehrbuch der inneren Medizin geschrieben. Der vorliegende Band enthält „Die Krankheiten des Verdauungstraktus", „des Harnapparats", „der männlichen Geschlechtsorgane", „Rezepte und Bäder", schließlich „Medizinische Technik".

BR.

Die in meiner Klinik geübte Technik der Gallensteinoperationen mit einem Hinweis auf die Indikationen und die Dauererfolge. Von **Prof. Dr. Hans Kehr.** Mit 105 schematischen Zeichnungen und 14 Tafeln. München 1905, J. F. Lehmanns Verlag.

Verf., der während seiner 14jährigen Tätigkeit als Gallensteinoperateur bei mehr als 1000 Gallensteinlaparotomien eine reiche Erfahrung über das Wesen und die Behandlung der Gallensteinkrankheit gewonnen hat, war der geeignete Mann, ein Buch über die Technik der Gallensteinoperationen zu schreiben. Er beschreibt darin zwar hauptsächlich die von ihm geübte Technik, unterläßt es aber nicht, überall den Standpunkt der anderen Gallensteinoperateure hervorzuheben und denselben einer durchaus objektiven, wenn auch stellenweise scharfen Kritik zu unterziehen. Außer der speziellen Technik, die hauptsächlich den Fachchirurgen interessiert, findet auch der Arzt, der selbst keine Gallensteinoperationen ausführt, viel Interessantes in dem Buche, so z. B. das Kapitel über die Indikation zur operativen Behandlung, die Verf. für ganz bestimmte Fälle angewendet wissen will, während er für einen großen Teil der Gallensteinkranken Ruhe, Thermophor, Karlsbad für angezeigt hält. Aus dem im zweiten Teil beigefügten Krankengeschichten kann auch der praktische Arzt viel Wissenswertes über Diagnose und Verlauf der Gallensteinkrankheiten erfahren. Zahlreiche gut ausgeführte Zeichnungen erläutern den Text vortrefflich. ERDHEIM.

Die Anlage zur Tuberkulose. Von **Dr. med. et phil. Robert Schlüter.** Leipzig und Wien 1905, Franz Deuticke.

Seinem Lehrer Professor MARTIUS in Rostock widmet der in Tuberkulosefragen keineswegs mehr unbekannte Autor eine überaus fleißige und kritisch durchgearbeitete Studie über die Anlage zur Tuberkulose. Die Aktualität des Thema hat den Autor ROBERT SCHLÜTER die Mühe nicht verdrießen lassen, in vorliegender Monographie sowohl ältere, heute nur mehr historisch interessante, als auch die gesamte Anzahl der modernen Werke und Studien über die Tuberkulose, im ganzen 700, ausführlich zu referieren und auch zu vielen der darin geäußerten Ansichten Stellung zu nehmen. Es ist ein weiteres zweifelloses Verdienst des Autors, durch seine so umfassende Literaturstudie die vielfach so verwickelten einschlägigen Fragen auch nach den wichtigsten Gesichtspunkten geordnet zu haben. Nach einer kurzen historischen Einleitung, die die Tuberkulosefrage *bis zu dem von* ROKITANSKY im Jahre 1846 aufgestellten *Begriffe des Habitus* phthisicus und weiterhin bis zu KOCHS ersten Mitteilungen über den Tuberkelbazillus 1884 behandelt, geht der Autor in medias res. Die fötale Infektion der Tuberkulose wird in den wenigen bisher als sicher bekannten Fällen vorgeführt. In dem folgenden 3. Kapitel wird der Dispositionsbegriff im allgemeinen erörtert. Der Verfasser steht hier auf dem Boden seines Lehrers MARTIUS, dessen moderne Anschauungen über „klinische Konstitutionspathologie" er an der Hand von Tatsachen nun auch für die Tuberkulose zu verwerten sucht. Der Tuberkelbazillus ist für beide nur die auslösende Ursache eines bisher schlummernden Krankheitsprozesses. Der Autor geht nicht so weit, eine absolute Immunität gegenüber dem Tuberkelbazillus aufzustellen, wohl aber eine individuelle Disposition, die in den weitesten Grenzen schwankt. In den folgenden Kapiteln 4—6 werden nun diese individuellen prädisponierenden Momente, hereditäre und erworbene, einer ausführlichen Erörterung unterzogen, insbesondere der Habitus phthisicus näher definiert und die Bedeutung des Herzmuskels und der Herzarbeit im allgemeinen, sowie der arteriellen und venösen Hyperämie, im besonderen auf die Ausbildung von Spitzentuberkulose, nachgewiesen. Dasselbe gilt auch für die spezielleren Thorax- und Respirationsanomalien als disponierende Momente. Weitaus das interessanteste Kapitel handelt über die skrofulöse Konstitution. Der Autor hält es mit jenen, welche einen Unterschied machen zwischen Skrofulose, id est Tuberkulose und der skrofulösen Konstitution und bemüht sich nun alle bisher für die letztere geltend gemachten Gewebseigenschaften zusammenzufassen. Die verschiedene Beschaffenheit des elastischen Fasernetzes, verschiedene serologische Eigenschaften des Blutes, verschiedengradiges Agglutinationsvermögen gegenüber Tuberkelbazillen, erfahren hier, soweit eine Literatur hierüber vorliegt, ihre kritische Würdigung. Endlich werden in einem eigenen Kapitel der spezielle Einfluß von Krankheiten, von Alter, Geschlecht, Ehe etc., auf die Ausbildung von tuberkulösen Krankheiten erörtert. Wie man also sieht, ein überreicher und sehr interessanter Stoff, der hier entwickelt und dem Leser in bequemer Weise zugänglich gemacht ist. Gerade weil der Autor sich vielfach nur darauf beschränkt, dem Leser Tatsachen, Forschungsergebnisse, Ansichten gewiegter Pathologen vorzuführen, ohne sich in selbständige Hypothesen einzulassen, wird das Buch als orientierendes objektives Werk dieser Art in den breitesten Kreisen seine Würdigung finden. Ein schöner Druck erleichtert die interessante Lektüre. K. ULLMANN.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Korr. der „Wiener Med. Presse".)

IV.

— Oktober 1905.

Die ungewöhnlich lange Reihe der in Ungarn abgehaltenen wissenschaftlichen Kongresse eröffnete die Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher, die diesmal in Szegedin, der Metropole des ungarischen Tieflandes, tagte. Der Kongreß ungarischer Gelehrter war eine würdige Einleitung der großartigen Invasion intellektueller Kräfte aus allen Weltgegenden. Früher war die Versammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher nach althergebrachter Sitte eher ein Titulus bibendi, als eine Beratung von wissenschaftlicher Bedeutung. Auch so waren diese Zusammenkünfte übrigens von großem Nutzen, denn das große Publikum wurde so nach und nach für die Teilnahme an der Popularisierung der Naturwissenschaften gewonnen. Die Teilnehmer der Wanderversammlung wurden immer und überall mit klangvollen Ansprachen begrüßt und mit Sang und Klang gefeiert, aber inmitten der Deklamationen und der Zechgelage wurde die öffentliche Meinung doch zur Betätigung eines gewissen Interesses für die wissenschaftliche Welt Ungarns gedrängt. Es wurden schließlich die Wissenschaft und ihre Vertreter gefeiert, wo man nur gewöhnt war, politische Persönlichkeiten zu feiern. Das Strohfeuer der kurzlebigen Begeisterung vernichtete doch immerhin viel Befangenheit und viel Vorurteile und deshalb war auch die Veranstaltung von Zechgelagen für die im Schatten der Gelehrten sich wohl fühlenden Laien von großem Nutzen. Die Wanderversammlung ungarischer Ärzte und Naturforscher ist heute schon nicht mehr darauf angewiesen, dem Publikum Lockspeisen zu bieten. Ernste, wissenschaftliche Arbeit hat schon heute für das große Publikum genug Anziehungskraft und die Versammlung leistet auch schon viel Ersprießliches. Auch der heurige Kongreß konnte sich voll und ganz der wissenschaftlichen Arbeit widmen. Die lange Reihe interessanter Vorträge und Referate liefert dafür den glänzendsten Beweis. Bemerkenswerte Vorträge hielten PROCHNOV, LÓCZY, GROSS, BÖKE, TAUFFER, HERCZL, POROSZ, CHUDOVSZKY, KLEIN, HOCHHALT, RAISZ, MASZÁK, DEFRE und viele andere. Die nächste Versammlung findet in Preßburg statt, wo schon ein viel regeres wissenschaftliches Leben herrscht als in Szegedin. Der wissenschaftlichen Arbeit folgte alsbald in Marillathal eine kurze Besprechung der sozialen und materiellen Fragen der Ärzteschaft Ungarns. Der Landesverband ungarischer Ärzte hielt in diesem kleinen Paradies Südungarns seine Hauptversammlung, die programmäßig verlief. Bemerkenswerte Beschlüsse wurden nicht gefaßt. Es wäre auch vergebens gewesen, denn inmitten der politischen Wirren ist an eine Lösung der brennenden Fragen der Ärztewelt nicht zu denken.

Das Kultus- und Unterrichtsministerium hat im Einvernehmen mit dem Ministerium für innere Angelegenheiten eine Liste jener öffentlichen Krankenhäuser zusammengestellt, in denen die jungen Ärzte die einjährige obligate Praxis ausüben können, um dann die öffentliche Praxis aufnehmen zu können. Nach dieser Liste stehen den jungen Ärzten in Budapest 9 Spitäler und Heilanstalten mit 5459 Betten, in größeren Provinzstädten 38 Krankenhäuser mit

9814 Betten zur Verfügung. In den hauptstädtischen Spitälern dürfen 166, in den Provinzkrankenhäusern 139 Praktikanten aufgenommen werden.

Unsere sozialpolitische Gesetzgebung macht nur langsame Fortschritte, obgleich sich unsere Fachmänner Mühe geben, das Beste zu leisten. Aber die unglücklichen allgemeinen politischen Verhältnisse machen eine parlamentarische Erledigung der wichtigsten sozialpolitischen Gesetze unmöglich. Nach der großen Arbeit, welche Staatssekretär SZTERÉNYI bei der Vorbereitung des Gesetzentwurfes über die Unfallversicherung der Arbeiter vorgenommen hat, kam die Reihe auch an die Vorbereitung der Reform des Krankenkassengesetzes vom Jahre 1891, das unzählige Mängel hat und weder die Ärztewelt, noch die Kranken befriedigt. Die früheren Regierungen gaben unzählige Male das Versprechen, eine entsprechende Reform des Gesetzes vorzunehmen, aber es ist immer nur beim guten Willen geblieben. Die Lage der Krankenkassen, die Jahr für Jahr unhaltbarer geworden ist, ist endlich in ein Stadium geraten, das nicht lange mehr geduldet werden darf. Die Vorbereitung des Gesetzentwurfes gehört demzufolge heute zu jenen sozialen Aufgaben, deren Regelung geradezu unaufschiebbar ist. Aus diesem Grunde wird im Handelsministerium unter Leitung des Staatssekretärs SZTERÉNYI an der Revision des Gesetzes eifrig gearbeitet, damit das nötige Material, wenn eine normale Tätigkeit der Gesetzgebung möglich sein wird, zur konstitutionellen Verhandlung zur Verfügung stehe. Ein Teil dieser Vorarbeiten wurde jetzt unter dem Titel: „Die Modifizierung des Arbeiter-Krankenunterstützungsgesetzes“ veröffentlicht. Die beiden Bände enthalten nicht nur eine technische Zusammenstellung des bezüglichen in- und ausländischen Materials, sondern sie lassen schon die Rahmen vermuten, in denen sich die Kodifizierung mit den zu lösenden Fragen zu befassen wünscht. Das Material ist in diesem Sinne gesichtet und bearbeitet. Die Freunde der freien Ärztewahl werden in den statistischen Tabellen unzählige Anhaltspunkte finden, die für Einführung derselben sprechen. Ein eingehendes Studium dieses Sammelwerkes wäre der Ärztewelt Ungarns dringend zu empfehlen, um vor der gesetzlichen Regelung für ihre Interessen in die Schranken treten zu können.

Die Hauptstadt ist wieder dank der Opferfreudigkeit des verstorbenen Barons Albert Wodianer sen. um ein humanitäres Institut reicher geworden. Es wurde das erste Rekonvaleszentenheim in Ungarn, das sich in der Nähe des St. Johannesspitals befindet, seiner Bestimmung übergeben. Es ist für hundert Rekonvaleszenten, die eine akute Krankheit, eine Operation oder eine schwere Verletzung überstanden haben, berechnet. Das Gebäude, das allen Anforderungen der modernen Hygiene entsprechend eingerichtet ist, ist mit großen, geräumigen Loggien versehen. BL.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

V.

Allgemeine Sitzungen.

CL. NEISSER (Bunzlau): **Individualität und Psychose.**

Wenn an der Hand klinischer Erfahrung die Beziehung zwischen Individualität und Psychose erörtert, insbesondere untersucht werden soll, inwieweit der individuelle Charakter des Einzelnen auch noch in der Geisteskrankheit zum Ausdruck kommt und inwieweit andrerseits die individuelle Persönlichkeit von Einfluß auf die besondere Gestaltung der Psychose ist, so wird sich schon von vornherein annehmen lassen, daß alle einheitlichen Lösungsversuche der Frage weniger auf der Erfahrung als auf theoretischen Konstruktionen beruhen. Wenn SCHILLING die Geistesstörungen nur als ungewöhnliche Modifikationen des normalen Geisteslebens definiert, welche aber weder die Eigentümlichkeiten des Individuums aufheben, noch etwas ganz Neues hinzufügen, und meint, daß konsequenterweise die klinische Psychiatrie eigentlich nur ein Anhang der normalen Psychologie sei, welch letztere allerdings zu einer Individualpsychologie ausgebaut werden müsse, so ist diese Ansicht als fundamentaler Irrtum zu bezeichnen, indem auch dann die Psychologie des normalen Seelenlebens niemals imstande sein könne, aus sich heraus die Kenntnis psychiatrischer Krankheitsprozesse abzuleiten. Schon eine einfache Steigerung oder Herabsetzung normaler psychischer Prozesse kann sehr wohl imstande sein, völlig neue und ungeahnte psychische Phänomene zu erzeugen, ebenso wie beispielsweise aus einer örtlichen Ausbreitung einer einfachen Wärmeempfindung, wenn statt der vorher mit 40grädigem Wasser benetzten Finger nun der ganze Arm hineingetaucht wird, eine völlig neue psychische Erscheinung, das Schmerzgefühl, hervorgeht. In den psychischen Krankheitsprozessen handelt es sich aber nicht allein um derartige quantitative Veränderungen normaler Leistungen, sondern vielfach darüber hinaus, wie Vortr. an einer Anzahl von Beispielen veranschaulicht, um tatsächlich qualitative Umformungen und Neuschöpfungen, für welche ein Analogon im gesunden Geistesleben so wenig vorhanden ist, daß sich zu ihrer Kennzeichnung sogar in unserem Sprachschatz kein Material vorgebildet findet. So wichtig also auch die angestrebte Entwicklung einer wissenschaftlichen Individualpsychologie sein muß und so freudig die verheißungsvollen Anfänge begrüßt werden können, welche auf diesem Gebiete gemacht worden sind — unter anderen auch die von GEORG HIRTH in seiner „Kunstphysiologie“ niedergelegten Anschauungen —, so sind wir doch außerstande, aus der normalen Psychologie heraus das krankhafte psychische Geschehen abzuleiten und so bleibt zur Ermittlung der Beziehungen zwischen Individualität und Psychose nur der eine Weg möglich, die einzelnen Krankheitsformen mit ihrer empirisch gegebenen Symptomengruppierung gesondert ins Auge zu fassen. Da es sich dabei lediglich um das Studium der psychologischen Beziehungen der normalen zur erkrankten Persönlichkeit handelt, so bleiben alle rein körperlichen Beziehungen, welche sich etwa unter dem Gesichtspunkte der Vererbung und Prädisposition zusammenfassen lassen, außer Betracht. Damit scheidet trotz des großen Interesses, welches ihnen auch für den Psychologen innewohnt, auch jene Gruppe von Fällen aus, welche nach dem Vorgange französischer Autoren mit dem Namen der Dégénéres bezeichnet zu werden pflegen.

Andrerseits wird die Frage, ob eine Geisteskrankheit die Individualität eines Menschen ändert, ohne weiteres eindeutig beantwortet werden können in allen den Fällen, welche entweder überhaupt kein Bild einer Persönlichkeit mehr gewinnen lassen, wie die ausgeprägten Bilder schwerer akuter Störungen mit völliger Verwirrung und Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsablaufs, oder bei welchen der Krankheitsprozeß seiner Natur nach zu einer allmählichen Vernichtung des geistigen Lebens und damit zu einem Zerfall der Persönlichkeit führt, wie bei dem paralytischen und arteriosklerotischen Blödsinn oder den in jugendlichem Alter einsetzenden und zu Verblödung führenden Formen, wie der Katatonie. Auch schon in den früheren Stadien der Erkrankungen letztgenannter Kategorie ist entsprechend der destruktiven Tendenz des Prozesses die Persönlichkeit als alteriert zu erachten. Die Frage nach der Beziehung der gesunden zur kranken Individualität gewinnt also ihre Bedeutung naturgemäß erst bei denjenigen Krankheitsformen, wo auch noch im kranken Zustande das ausgeprägte Bild einer bestimmt gearteten Persönlichkeit vorhanden ist, also vor allem bei den sogenannten Affektpsychosen — der Melancholie und der Manie — sowie bei der chronischen Paranoia (Verrücktheit).

Der Melancholische steht unter dem Druck einer qualvollen Verstimmung, die Initiative ist herabgesetzt, die Bewegungsleistung eingeschränkt; dabei herrscht das Empfinden gemütlichen Abgestorbenseins vor, die Fähigkeit für Freude ist erloschen, das Interesse an den nächsten Angehörigen nicht mehr lebendig; daneben besteht ein tiefes Insuffizienzgefühl und eine absolute Hoffnungslosigkeit. In intensiver gestalteten Fällen treten nur noch aus dem Affekt herauswachsend wahnhafte Gedankengänge von dem Charakter des sogenannten Kleinheits- und Versündigungswahnes auf; die Kranken beschuldigen sich der ärgsten Vergehen und halten sich der schwersten Strafen für wert.

Die manische Erkrankung zeigt das entgegengesetzte Bild: heitere, gehobene Stimmung, gesteigertes Selbstbewußtsein, erhöhtes Kraftgefühl, Unternehmungs- und Tatendrang, renommistische Geschwätzigkeit. Der Maniakus führt ein wüstes Leben, wirft mit dem Gelde herum; sittsame Frauen und Mädchen setzen alle Gewohnheiten der Zurückhaltung beiseite, reden und benehmen sich schamlos und lasziv.

Daß derartige krankhafte Bilder mit einer völligen Veränderung der Persönlichkeit einhergehen, liegt auf der Hand und selbst der

Irrenarzt ist immer wieder aufs neue davon betroffen, wie völlig verwandelt umgekehrt derartige Kranke nach ihrer Genesung erscheinen. Der etwa mögliche Einwand aber, daß in diesen Krankheitsprozessen gerade erst der wahre Charakter zutage trete, wird schon dadurch absolut widerlegt, daß häufig genug dieselben Personen in regelmäßiger Reihenfolge abwechselnd beiden in ihrem Gepräge so gegensätzlichen Erkrankungsformen unterliegen. Durch letzterwähnte klinische Erfahrung wird aber überhaupt das Irrige der Anschauung, die speziellen Krankheitserscheinungen der Affektpsychosen aus dem natürlichen Temperament der Persönlichkeit abzuleiten, schlagend dargetan.

Aus der Schilderung und Analyse der Entwicklung eines typischen Falles von Paranoia erhellt, daß die Frage nach den Beziehungen zwischen Individualität und Psychose für die paranoische Erkrankung nicht einheitlich zu beantworten ist. Je mehr die Beziehung zur Außenwelt gewahrt bleibt und nur die intellektuellen Veränderungen vorherrschen, desto länger und reiner erhält sich das Gepräge der normalen Individualität. Je mehr die Eigenreize und die damit verbundenen Affektregungen Macht bekommen, desto stärker markiert sich der Zerfall der Persönlichkeit.

Auf alle Fälle bleibt der individuelle Charakter beim Paranoiker besser gewahrt als beim Melancholischen oder Maniakalischen, weshalb sich auch die typischen Bilder letzterer Gruppe mehr ähneln und die individuellen Verschiedenheiten bei ihnen viel mehr zurücktreten, als dies bei den Paranoikern der Fall ist. Es offenbart sich hier in interessanter Weise die auch sonst bekannte Tatsache, daß den affektiven Vorgängen und dem Gemütsleben eine größere Bedeutung für die Gestaltung des Charakters und der Persönlichkeit zukommt als dem Intellekt.

Die eben erwähnten Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten der zu einem bestimmten Krankheitstypus gehörenden Einzelfälle kennzeichnen zugleich das Gebiet, auf welchem Individualpsychologie und klinische Psychiatrie sich scheiden; die Individualpsychologie umfaßt diejenigen Phänomene, durch welche die von derselben Krankheit befallenen Individuen sich differenzieren, der klinische Diagnostiker richtet in dem Bestreben, den pathologischen Grundvorgang zu ermitteln, sein Augenmerk auf die in jedem analogen Krankheitsfalle wiederkehrenden und übereinstimmenden Merkmale, ebenso wie z. B. in der Graphologie gerade die individuellen Unterschiede der verschiedenen Schriftproben gewürdigt werden, während der klinische Beurteiler die für die einzelne Krankheitsform gesetzmäßige und charakteristische Abweichung vom Normalen auch in der Schreibweise ins Auge faßt.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Wie weit soll das Recht des Kindes auf Leben bei der Geburt gewahrt werden?

Dr. jur. VAN CALKER (Straßburg), Korreferent.*)

Eine Erörterung der Frage unter juristischen Gesichtspunkten wird heute insbesondere deshalb wünschenswert, weil sowohl in Österreich als in Deutschland eine Revision der Strafgesetzgebung bevorsteht. Das geltende Recht gibt weder in Österreich noch in Deutschland eine positive Bestimmung über die Frage, ob der Arzt unter gewissen Voraussetzungen zur Einleitung des künstlichen Abortus oder der Perforation berechtigt sei. Die Anschauungen über den Grund und die etwaigen Grenzen einer solchen Berechtigung gehen weit auseinander. Keine der Bestimmungen unserer Strafgesetzbücher ist auf das Verhältnis unmittelbar anwendbar, wir sind genötigt, uns auf den unsicheren Boden des Gewohnheitsrechtes zu begeben. Dieses läßt nach Ansicht des Referenten Abtreibung und Tötung der Frucht im Mutterleib dann zu, wenn diese Handlungen zur Rettung der Mutter aus Lebensgefahr erforderlich sind. Bei der Unsicherheit der Rechtslage ist eine positive Regelung im zukünftigen Recht wünschenswert. Wie soll diese Regelung geschehen? Abzulehnen ist sowohl die Auffassung, welche die Aufhebung der Strafbarkeit der Abtreibung fordert, wie die entgegengesetzte Anschauung, welche die Abtreibung und Tötung unter keinen Bedingungen zulassen will. Es muß ein Mittelweg zwischen diesen extremen Auffassungen gefunden werden. Nach Anschauung des Referenten kann die Abtreibung und Tötung der Frucht nicht zugelassen werden lediglich zu dem Zweck, die Gefahr für die Mutter zu vermindern oder ihre gesundheitlichen Interessen zu schützen, sondern vielmehr nur zu dem Zweck, das Leben der Mutter zu retten. Der Arzt hat also grundsätzlich nicht zur Perforation zu schreiten, diese ist vielmehr ausnahmsweise und nur dann vorzunehmen, wenn die Ausführung des Kaiserschnittes oder andere demselben Zwecke dienende Operationen voraussichtlich den Tod der Mutter herbeiführen würden. Die Einwilligung der Mutter zur Vornahme des Kaiserschnittes ist nicht erforderlich, weil die Handlung zur Rettung des Kindes geschieht und geschehen muß. Wohl aber ist ausdrücklich die Einwilligung der Mutter zur Vornahme des künstlichen Abortus und der Perforation nötig. Eine Regelung der vorliegenden Frage im angeführten Sinne entspricht in gleicher Weise den Kulturanschauungen unserer Zeit, wie den bevölkerungspolitischen Interessen unseres Volkes, an dessen Zukunft wir glauben und auf die wir hoffen.

*) S. „Wr. Med. Presse", 1905, Nr. 42, pag. 2042.

BAISCH (Tübingen) teilt zunächst die Geburtshilfe in 3 Perioden ein: 1. in eine Ära bis zum Jahre 1840, in der in der Geburtshilfe ein durch Perforation exspektatives Verfahren Geltung hatte. Die zweite Ära ist charakterisiert durch die prophylaktischen Operationen, die dritte durch das Hinzukommen der Sectio caesarea und der Symphyseotomie. In der neuen Zeit kann man wieder zwei Richtungen unterscheiden, die eine, welche die Mortalität der Kinder durch prophylaktische Wendung und künstliche Frühgeburt herabzusetzen sucht, die andere vermeidet unter allen Umständen die Perforation des lebenden Kindes, so PINARD. BAISCH gibt des weiteren statistische Zusammenstellungen aus verschiedenen Perioden und verschiedenen Kliniken, auf Grund deren er den Nachweis zu führen sucht, daß die prophylaktische Wendung und die künstliche Frühgeburt schlechte Resultate für das Kind geben und deshalb zu verurteilen sind.

Martin (Greifswald) dankt den Referenten. Er hätte es lieber gesehen, wenn von dem Korreferenten der Ehrbegriff als Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes gar nicht erwähnt worden wäre, da hierin zu leicht einer willkürlichen Deutung Tür und Tor geöffnet würde. Auch sei ihm neu, daß die Einwilligung der Frau zum Kaiserschnitt nicht erforderlich sei. Er werde diese nach wie vor einholen. Der Referent hat seine Anschauungen mit schwer angreifbarem statistischen Material belegt. Die Statistik stammt aus der Klinik. Die Entscheidung über die Berechtigung eines aktiveren Vorgehens könnte man erst auf Grund einer Statistik treffen, die von beschäftigten Kollegen in der Praxis aufgestellt werde. Die allgemeine Statistik über die Anzahl der totgeborenen Kinder sei in dieser Beziehung gar nicht zu verwerten, wie er sich gelegentlich statistischer Studien überzeugen konnte. Er halte das aktive Vorgehen pädagogisch für bedenklich, da zu leicht auch technisch ungewandte Kollegen an solche Operationen sich wagten.

Zweifel (Leipzig) beschränkt sich auf die juristischen Gesichtspunkte der Frage und berichtet über die in der juristischen Gesellschaft in Leipzig geäußerten Ansichten verschiedener Rechtskundiger. Besonders schwierig sei die Frage, wann Operationen an Bewußtlosen vorgenommen werden sollen. Hier sei ein Schutz der Ärzte gegen nachträgliche Schadenersatzansprüche notwendig. Es empfiehlt sich, vom Pat. nur die Erlaubnis zu einer Operation zu erlangen, über das „Wie" der Operation braucht der Kranke vorher nicht ausführlich informiert zu werden.

Strassmann (Berlin) hält besondere Bestimmungen des Strafgesetzbuches nicht für notwendig. An sich ließe sich gegen besondere Bestimmungen nichts einwenden, nur sei die Formulierung außerordentlich schwierig. Es ist auch noch nie ein Fall vorgekommen, wo ein Arzt wegen Ausführung einer Perforation belangt worden wäre. Der künstliche Abort soll nicht allein zur Rettung des Lebens der Mutter, sondern auch zur Verlängerung desselben z. B. bei der Phthise erlaubt sein.

W. H. Freund (Straßburg) hält ebenfalls eine besondere Bestimmung im Strafgesetzbuch nicht für nötig. Mit der Kulturanschauung als der Quelle des Rechtes sei es so eine Sache, die Entscheidung falle der Volksvertretung zu und das sei nicht unbedenklich. Außerdem bestehen Widersprüche insoferne, als die Frau im Beginne der Schwangerschaft zur Einleitung des künstlichen Abortes ihre Zustimmung hergeben muß, bei dem Kaiserschnitt dagegen die Zustimmung nicht erforderlich ist.

HOFMEIER (Würzburg): **Über die Möglichkeit der Einbettung des Eies über dem innern Muttermund.**

HOFMEIER sucht den Standpunkt, daß eine Ansiedlung des Eies über dem Muttermund nicht stattfinden kann, weil der Muttermund für das Ovulum viel zu groß ist, durch Messung der Weite des inneren Muttermundes zu beweisen. Verwendung fanden vier geeignete, durch Operationen gewonnene Uteri, bei denen der Uterus über dem inneren Muttermund durchtrennt wurde, und 4 Leichenuteri, die zum Teile in Paraffin, zum Teile in Zelluloidin eingebettet und mit dem Mikrotom geschnitten wurden. In allen Fällen war der Muttermund ein deutliches Loch, nicht nur ein kapillärer Spalt (BUMM) und viel zu weit, als daß sich darüber das nur 0·2 *mm* große Ovulum ansetzen konnte.

WITTHAUER (Halle a. d. S.): **Über Retroflexio uteri und Vibrationsmassage.**

Die mobile Retroflexio macht keine Beschwerden. Bestehen Störungen, dann sind meist Beschwerden vorhanden, die von WITTHAUER mit bestem Erfolge mit Vibrationsmassage behandelt werden. Die Indikationen sind dieselben wie für die Massage überhaupt. Besonders gut sind die Erfolge bei Parametritis posterior.

V. STEINBÜCHEL (Graz) berichtet über 5 Fälle von Retroflexio uteri fixata, die mit gutem Erfolge nach dem MENGEschen Verfahren operiert wurden.

Abteilung für innere Medizin.

G. SINGER (Wien): **Über Sigmoiditis.**

Vortr. bespricht zunächst in Kürze die Wichtigkeit der Romanoskopie als Untersuchungsbehelf, namentlich bei diagnostisch unklaren Fällen von Darmaffektionen, zur Lokalisation von Blutungen usf. Eine besondere Förderung erfährt die Kenntnis der auf die Flexura sigmoidea lokalisierten Erkrankungen durch die methodische Anwendung dieses Verfahrens. Vortr. streift die bereits in der Literatur bekannten, mit Tumorbildung in der linken Darmbeingrube einhergehenden entzündlichen Erkrankungen der S-Schlinge und bespricht ihre Differentialdiagnose gegenüber malignen Prozessen. Eine eingehende Würdigung erfahren die mit Hilfe der Romanoskopie vom Vortragenden genauer studierten Formen lokalisierter Erkrankungen der Flexura sigmoidea, ihr Symptomenbild und ihre Pathogenese. Zumeist handelt es sich bei diesen klinisch oftmals larvierten Prozessen um hochsitzende, in der Flexura sigmoidea nachweisbare chronische Veränderungen an der Schleimhaut, Fissuren, blutende Erosionen und Geschwüre, welche erst auf diesem Wege der Erkenntnis und der lokalen Behandlung zugänglich werden. Vortr. beschreibt vier klinisch und anatomisch differenzierte Formen der chronischen Sigmoiditis, als deren interessanteste er eine von ihm wiederholt beobachtete Varietät anführt, bei welcher die Symptome der Neurose und schweren Ernährungsstörung im Vordergrunde stehen. Erst das romanoskopische Verfahren deckt lokale Krankheitsherde in der Flexur als die wahre Krankheitsursache auf und ermöglicht mit der Einleitung einer lokalen Therapie eine rasche Besserung.

AUFRECHT (Magdeburg): **Erfolgreiche Anwendung des Tuberkulins bei fiebernden Phthisikern.**

In Verfolg seiner Auffassung von der hämatogenen vaskulären Entstehung der Tuberkulose ist AUFRECHT wieder zur Tuberkulinbehandlung zurückgekehrt, und zwar nicht nur der initialen, sondern auch der fieberhaften Fälle. Auch diese vertragen die Behandlung mit minimalen Dosen (z. B. $^1/_2$ *dmg*) gut. Aus der Zahl der so behandelten Fälle greift er 6 hochfieberhafte heraus, 5 Lungentuberkulose, 1 tuberkulöse Peritonitis. In allen wurde unter Anwendung von Tuberkulin eine bedeutende Besserung bzw. relative Heilung erzielt; freilich kam es bei mehreren selbst von diesen ausgewählten Fällen nach verschieden langer Zeit zum Rezidiv, bei einem zum tödlichen Ende; auch war nicht in allen der demonstrierten Fälle eine vollkommene Entfieberung erzielt.

BAHRDT (Leipzig): **Über die Beziehungen der Tuberkulinempfindlichkeit zum tuberkulösen Prozeß.**

Diese Frage studierte Vortr. an künstlich infizierten Meerschweinchen, und er folgert aus seinen Versuchen, daß eine fortschreitende Tuberkulose mittlerer Virulenz beim Meerschweinchen von einer dauernden, dem tuberkulösen Prozeß parallel laufenden Tuberkulinempfindlichkeit begleitet ist. Diese Überempfindlichkeit ist nach ihm im wesentlichen an die Anwesenheit des tuberkulösen Herdes geknüpft.

Meissen und **Nourney** (Mettmann) bekennen sich als begeisterte Anhänger der Tuberkulinbehandlung, die sich ihnen in fünfzehnjähriger Praxis bewährt habe.

Zupnick (Prag): Es sei zwar zuzugeben, daß das Fieber nach Tuberkulinbehandlung schwinden könne, wie er selbst in 2 Fällen gesehen; aber in dieser lediglich antipyretischen Wirkung des Tuberkulins liege doch noch keine Indikation für seine Anwendung; ein Heilmittel könne es aber mit aller Sicherheit nicht genannt werden, da es ohne jeglichen Einfluß auf den tuberkulösen Prozeß ist. Einige Autoren haben freilich Erfolge gesehen, da sei es aber unentschieden, ob diese bloß post hoc oder auch propter hoc entstanden sind. Von einem spezifischen Mittel erwarte man, daß es immer wirksam sei ohne Ausnahme. So wirke das Diphtherieantitoxin und das Tetanusantitoxin im Experiment immer und jedesmal, beim Tuberkulin sei dies aber keineswegs der Fall. Ferner sei das Tuberkulin ein in seiner Zusammensetzung absolut unkontrollierbares und inkonstantes Medikament, das eine ganze Anzahl von schädlich wirkenden Substanzen (Albumosen, Glyzerin) enthalte.

Aufrecht (Schlußwort): Die Bemerkung ZUPNICKS von der Konstanz der Wirkung spezifischer Mittel treffe z. B. nicht auf das allersicherste Heilmittel, das Chinin, zu, das bekanntlich in manchen Fällen von Intermittens versage.

WINTERNITZ (Halle): **Beiträge zur funktionellen Diagnostik der Lungenkrankheiten.**

In dem Bestreben, die funktionelle Diagnostik auch auf die Lungenkrankheiten auszudehnen, wandte sich Vortr. wieder der alten Spirometrie zu und er fand, daß das normaliter etwa 8 : 1 betragende Verhältnis von Lungenkapazität zur Atmungstiefe bei Beschränkung der Atmungsfläche durch Exsudate im Pleuraraum oder durch Erkrankung des Lungengewebes sich verändert in ein Verhältnis von 6 : 1 bis 3 : 1, daß also mit anderen Worten in solchen Fällen der kranke Mensch bei jedem Atemzug die Reserveluft mehr heranzie als der gesunde, was für ihn u. a. den Nachteil einer größeren Inanspruchnahme der auxiliären Atmungsmuskeln, also eines größeren Kraftaufwandes, mit sich bringt.

VOLLAND (Davos): **Etwas zur Behandlung der an Lungenentzündung Erkrankten.** (Erscheint ausführlich in der „Wiener Med. Presse".)

SCHREIBER (Meran): **Verwechselung zwischen Neurasthenie, Neuralgie und Trauma mit Rheumatismus.**

Diese in der Tat sehr häufige Verwechslung wird vom Vortr. besprochen und auf ihre große praktische Bedeutung hingewiesen.

WASSERMANN (Meran): **Zur Behandlung der Lungentuberkulose mittelst passiver Hyperämie.**

Durch Einatmung mittelst eines verengten Rohres und gewöhnliche freie Ausatmung sucht Vortr. eine passive Hyperämie der Lunge zu erzielen, die analog den BIERschen Stauungen die Tuberkulose günstig beeinflussen soll. An 32 im letzten Jahre so behandelten Patienten glaubt er diese Voraussetzungen bestätigt gefunden zu haben.

MATTHES (Köln): **Haben die Kapillaren bzw. die Gewebe eine Saugkraft für arterielles Blut?**

Die Frage gründet sich auf Erfahrungen und Experimente der BIERschen Schule, welche zeigen, daß Kapillaren sich arteriellem und venösem Blute gegenüber verschieden verhalten können; BIER sprach deshalb von einem „Blutgefühl"; er selbst möchte dies „Reaktion des Gewebes auf Zirkulationsmangel" nennen. Wenn ein Arm erst durch elastische Ligatur blutleer gemacht, dann die Ligatur gelöst wird, so strömt das Blut ein, der Arm wird hellrot. Macht man aber das Glied (BIER experimentierte am Schwein) vor der Umschnürung cyanotisch, so fließt nach der Lösung kein Tropfen Blut hinein. BIER sagt, das Gewebe wehrt sich gegen den Eintritt venösen Blutes.

Diese und ähnliche Versuche stimmten nicht mit unseren bisherigen Anschauungen überein und wiesen auf eine Selbständigkeit des Gewebes hin, weshalb BIER von Saugkraft und Anlockung durch die Gewebe spricht.

Die Erklärung muß im Kapillarkreislauf gesucht werden, von welchem man aber noch wenig weiß. STRICKER glaubte, daß die Kapillaren sich dadurch erweitern können, daß die Wand sich verdünnt durch Abplattung ihrer Zellen. Bei diesem Vorgang würde dann allerdings eine Saugwirkung erzielt werden.

MATTHES studierte diese Frage nun zunächst an Leichen, um den Einfluß des Herzens und der Gefäßmuskeln auszuschließen. Dabei fand sich, daß in $^2/_3$ der Fälle die Arterien noch Blut enthielten und einen positiven Druck von bis 15 *cm* Wasser zeigten, in $^1/_3$ waren sie leer und der Druck negativ ($^1/_2$—4 *cm* Wasser). (In den Venen herrscht positiver Druck.) Dieses Leersein der Arterien könnte erklärt werden durch eine Saugwirkung in der Peripherie. Auch Versuche am Lebenden mit Hilfe der Abschnürung der Arme mit dem RIVA-ROCCIschen Apparat sprechen in diesem Sinne, so daß also die Annahme einer Saugkraft der Gewebe dem Vortr. wenigstens zulässig erscheint.

M. Herz (Meran): Bei Versuchen an der Fingerbeere (Onychographie) zeigt sich, daß nach vorangegangener arterieller Hyperämie eine mächtige Pulsation erfolgt, daß diese aber ausbleibt nach venöser Hyperämie; im letzteren Falle, besteht also ein Hindernis für das Einströmen des Blutes, und dieses besteht in einem Krampfe der kleinen muskellosen Gefäße.

Hering: Im Experiment läßt sich nicht immer entscheiden, ob man es mit Kapillaren oder Arterien zu tun hat. Muskellose Arterien gibt es nicht.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 26. Oktober 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

K. v. STEJSKAL demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von Kollateralenbildung bei Leberzirrhose und Magenkarzinom. Ein 55jähriger Potator erkrankte unter allgemeiner Mattigkeit und Schmerzen in der Oberbauchgegend, bekam später Aszites, welcher dreimal punktiert wurde, und leichte Kachexie, an der Bauchhaut traten leichte Venenektasien auf und in der linken Supraklavikulargegend entstand ein Drüsenpaket. Leber anscheinend normal, niemals Ikterus, nach dem Verhalten des Magensaftes wurde Magenkarzinom neben der Leberzirrhose angenommen. Pat. starb nach einer Periode ziemlich guten Wohlbefindens unter Somnolenz und Koma. Die Obduktion ergab Leberzirrhose und Karzinom der kleinen Kurvatur, welches auf die Leber übergriff und die V. portae stark



komprimierte. Daß es zu keiner hochgradigen Stauung im Pfortadergebiete gekommen war, wird dadurch erklärlich, daß aus dem Mesenterium eine lange dicke Vene über die Zwerchfellkuppe in die V. cava führte, außerdem größere Kommunikationen zwischen der V. coecalis und der V. cava bestanden. Das terminale Koma könnte auf eine Intoxikation mit Produkten zurückgeführt werden, welche in der Leber nicht zerstört werden konnten.

J. Mannaberg hat einen Fall beobachtet, bei welchem die Pfortader thrombosiert war; das Blut ihres Gebietes wurde durch stark erweiterte Venen längs der Wirbelsäule abgeführt. Intra vitam hatte hochgradiger Lebertumor, aber kein Aszites bestanden.

E. Frischauer stellt einen Fall von Sympathikusreizung und Erbscher Plexuslähmung vor, welcher dadurch entstanden ist, daß die Pat. zwischen das Stiegengeländer und den Personenaufzug mit dem Nacken eingeklemmt wurde, worauf sie längere Zeit bewußtlos war. Es wurde damals festgestellt: Rötung, Temperaturerhöhung und Hyperidrosis an der rechten Gesichtshälfte, Erweiterung der rechten Pupille und Lidspalte, geringe Protrusion des rechten Bulbus, ferner Lähmung folgender Muskeln der rechten Seite: Deltoideus, Brachialis int., Supinator longus und brevis, Supra- und Infraspinatus, Serratus ant. maj., ein Teil des Cucullaris und Pectoralis maj., Parese des rechten Phrenicus und Recurrens.

L. Hofbauer fragt, ob in diesem Falle die sogenannten Lungenrandgeräusche hörbar sind, welche wahrscheinlich den Ausdruck einer basalen Atelektase bilden, wie sie auch im Initialstadium der Lungentuberkulose vorkommt.

E. Frischauer erwidert, daß derartige Geräusche nicht aufgefunden wurden.

R. Schmidt zeigt eine Frau mit einer kongenitalen Zystenniere. Die 44jährige Patientin klagte über Verdauungsbeschwerden, Anorexie, Druckempfindlichkeit im Epigastrium, zeitweise auftretende Diarrhöen. In der Anamnese wurde angegeben, daß die Harnmenge seit Jahren vermehrt sei und öfter Wadenkrämpfe, Migräne und Kreuzschmerzen auftreten. Im Harn fand sich etwas Eiweiß, vor einigen Tagen auch Blut. Gegen die Annahme einer chronischen Nephritis sprach der niedrige Blutdruck, die Palpation ergab eine beiderseitige Zystenniere. Der Blutdruck kann bei Nephritis auch dann herabgesetzt sein, wenn gleichzeitig eine ausgebreitete Phthise besteht; die Blutdruckerniedrigung ist dann vielleicht als Folge der im Blute kreisenden Tuberkeltoxine anzusehen.

N. Ortner bemerkt, daß die Akzentuation des zweiten Aortentons speziell bei Nephritis und Arteriosklerose auf einen gesteigerten Blutdruck zurückgeführt wird. Nach seinen Untersuchungen besteht diese Relation nicht für alle Fälle zurecht, sondern die Akzentuation des zweiten Aortentons verdankt einer Mehrleistung des linken Ventrikels seine Entstehung, die wieder in einer funktionellen oder in einer tonischen Läsion der Arterienwand begründet ist, die zu einer erniedrigten Funktion derselben führt.

O. Marburg: Die sogenannte akute multiple Sklerose.

Die Prodrome der Krankheit bestehen in vorübergehendem Kopfschmerz, eventuell in leichten vorübergehenden Paresen. Nach einer Überanstrengung oder nach einem Trauma brechen plötzlich Symptome der entwickelten Krankheit aus: Amblyopie, Blicklähmung, Ptosis, Nystagmus, spastische Lähmung der Extremitäten, gewöhnlich zuerst der unteren, Koordinationsstörung, Tremor in verschiedenen Formen, auch skandierende Sprache, Retentio urinae und die anderen Erscheinungen der chronischen Form der multiplen Sklerose. Unter den psychischen Störungen ist namentlich der Stupor bemerkenswert. Charakteristisch ist der fieberlose Verlauf mit Remissionen und Exazerbationen; der Exitus erfolgt meist durch Dekubitus oder Zystopyelitis. Die akute und die chronische Form zeigen also dieselben Symptome und denselben Verlauf, nur ist letzterer viel kürzer. Anatomisch finden sich bei der akuten Form disseminierte Erkrankungsherde im Zentralnervensystem und auch in den peripheren Nerven, vorwiegend in den Hinter- und Seitensträngen, der Medulla oblongata, aber auch im Kleinhirn und Großhirn. Die Herde sind ziemlich scharf abgegrenzt und bestehen in einem stellenweisen Zerfall der Markscheide, während der Achsenzylinder relativ intakt bleibt; sekundäre Degeneration kommt bei diesem Prozesse nur ganz ausnahmsweise vor. Die Glia zeigt leichte Entzündungserscheinungen, manchmal finden sich in den Herden große Spinnenzellen. Die Gefäße bleiben fast intakt, nur findet sich in ihrer Wand eine Anhäufung von Zellen, welche in die Herde austreten und als Phagozyten das zerfallene Mark aufnehmen; dann bietet der Herd das Bild der „Fettkörnchenmyelitis", wie sie Neurath beschrieben hat. Nach Entfernung der Zellen entsteht ein „areoliertes" Feld, in welchem das Mark geschwunden ist und nur die Achsenzylinder zurückgeblieben sind. Die leeren Räume werden dann durch Gliawucherung ausgefüllt. Es handelt sich also um eine Entzündung, die in Sklerose ausgeht. Sekundär kommt es dann zum Verschluß von Gefäßen, lymphatischer Stauung und Ödem. Vortr. möchte die Ätiologie nicht in angebornen Anomalien des Zentralnervensystems suchen, sondern in einer Noxe, für welche Ansicht das Vorkommen der Erkrankung nach Intoxikationen und Infektionskrankheiten sprechen würde.

E. Redlich weist darauf hin, daß für die überwiegende Mehrzahl der Fälle von multipler Sklerose eine Ätiologie nicht eruierbar ist. Der Prozeß unterscheidet sich in ätiologischer und anatomischer Beziehung von der gewöhnlichen Entzündung. Die Erscheinungen scheinen aber dafür zu sprechen, daß die multiple Sklerose zu den exogen erzeugten Krankheiten zu rechnen ist. Man kann sich vorstellen, daß durch eine Schädlichkeit Partien des Nervensystems leicht geschädigt werden, ohne daß dies histologisch nachweisbar oder klinisch bemerkbar wäre; durch später einwirkende Noxen oder auch schon durch die normale Arbeitsleistung können diese lädierten Stellen weiter geschädigt werden und infolgedessen klinische Erscheinungen auftreten.

L. v. Frankl-Hochwart möchte in der Ätiologie mancher Fälle das endogene Moment (angeborner Anomalien) nicht missen, da solche Fälle schon vor ihrer Erkrankung ein Abweichen vom normalen psychischen Verhalten oder andere Defekte der nervösen Funktion zeigen können.

R. Neurath bemerkt, daß er die Fettkörnchenmyelitis als zufälligen Nebenbefund bei der Obduktion eines an schwerer Skarlatina verstorbenen Kindes erheben konnte; intra vitam hatte kein Symptom auf eine Läsion im Zentralnervensystem hingewiesen.

Notizen.

Wien, 28. Oktober 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Prof. Ehrmann einen Fall von Lichen ruber acuminatus vor, der sich durch die Verbreitung der Affektion über den ganzen Körper des Pat. auszeichnet. Hofrat v. Neumann wies ganz besonders auf die Beteiligung der Kopfhaut hin. — Hierauf demonstrierte Prof. Kretz mikroskopische Präparate von einem grampositiven Erreger der epidemischen Zerebrospinalmeningitis, den er in einem sporadischen Falle gefunden hat und mit dem Jägerschen Meningokokkus identifizieren möchte. Professor Ghon stimmte mit dem Vortr. in der letzteren Annahme nicht überein. — Dr. Clairmont zeigte aus der Klinik v. Eiselsbergs eine Patientin mit gleichzeitiger Osteomyelitis von vier Metakarpalknochen einer Hand; die Erkrankung ist anscheinend primär entstanden und wird konservativ behandelt werden. — Dr. Foges demonstrierte sein Rekto-Romanoskop, dessen Prinzip in der Aufblasung der Ampulle besteht, wodurch das Rektum in allen seinen Teilen deutlich und hoch hinauf zu übersehen ist. — Doktor v. Zumbusch führte einen Mann mit universeller Neurofibromatosis vor; einzelne dieser Tumoren sind bis zur Taubeneigröße herangewachsen. Der Kranke zeigt auch Intelligenzdefekte. — Schließlich hielt Dr. Fred. Kornfeld den angekündigten Vortrag über Bakteriurie. Vortr. teilt die Bakteriurien in solche transitorischen Charakters, ferner in subakute und chronische Formen in allen Abstufungen. Nierenbakteriurien kann Coli-Infektion zugrunde liegen. Es gibt genuine reine Blasenbakteriurien, die als solche jahrelang bestehen können und von der Colizystitis scharf zu trennen sind. Die Infektion kann namentlich bei Männern vom Rektum aus direkt durch die Gewebe, bei Frauen in graviditate oder bei inneren Genitalleiden per contiguitatem erfolgen. Therapeutisch bringt den besten Nutzen die Instillationsbehandlung mit Sublimatlösungen (1:5000—2000); die innerlichen Harnantiseptika sind wertvolle Unterstützungsmittel, besonders für die transitorischen Formen.

(Oberster Sanitätsrat.) In der Sitzung vom 21. d. M. wurden nachstehende Referate in Beratung gezogen und der Beschlußfassung zugeführt: 1. Mitteilung über die Fertigstellung der neuen Ausgabe der „Österreichischen Pharmakopöe" (Ed. VIII) und die anläßlich der Herausgabe derselben zu erlassenden Vorschriften. 2. Gutachten über eine von der Statistischen Zentralkommission beantragte Erweiterung der statistischen Nachweisungen hinsichtlich der in Anstalten untergebrachten Irren, Blinden und Taubstummen in bezug auf die Vererbung der Krankheiten durch Verwandtenehen. 3. Besetzungsvorschlag für eine Seesanitäts-Arztesstelle neunter Rangsklasse bei dem Hafenkapitanat in Triest. 4. Besetzungsvorschlag für die erledigte Stelle eines Direktorstellvertreters im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien.

(Universitätsnachrichten.) Prof. Dr. MAGNUS in Breslau hat einen Ruf an die neuerrichtete Lehrkanzel für Geschichte der Medizin in Rostock erhalten, die Berufung jedoch abgelehnt. — Der Otologe San.-Rat Dr. KRETSCHMANN ist als Ordinarius für Ohren- und Nasenkrankheiten nach Königsberg i. P. berufen, der Extraordinarus für Anatomie in Münster i. W. Dr. E. BALLOWITZ zum ordentlichen Professor seines Faches ernannt worden. — Der Privatdozent für Physiologie an der Berliner Universität Dr. RENÉ DU BOIS-REYMOND ist zum Abteilungsvorsteher der speziell-physiologischen Abteilung am physiologischen Institute der Friedrich Wilhelms-Universität ernannt worden.

(Personalien.) Die Dozenten an der Budapester Universität Dr. FRANZ TAUSZK und Dr. DESIDER OKOLICZÁNY-KUTHY haben in Anerkennung ihrer Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene den Titel eines königlichen Rates erhalten. — Dr. EUGEN A. PÓLYA ist zum ordinierenden Arzte am Margareten-Spitale in Budapest ernannt worden. — Stabsarzt Dr. MICHAEL SCHARNAGL ist zum Garnisons-Chefarzte in Zara ernannt worden. — Die Regimentsärzte und DDr. JOHANN EDER, LADISLAUS SABATA und FRANZ WISTRZIL haben das goldene Verdienstkreuz mit der Krone erhalten.

(Das ärztliche Annoncieren.) Die Wiener Ärztekammer hat kürzlich, einem Antrage des Präsidenten folgend, den Beschluß gefaßt, daß in Zukunft jeder Arzt, welcher annoncieren wolle, bei der Ärztekammer um Gestattung der betreffenden bestimmten Annonce anzusuchen habe, eine Vorschrift, die nicht nur für die praktischen Ärzte, sondern auch für Sanatoriumsbesitzer Geltung zu besitzen hätte. Auf diese Weise soll ein einheitlicher Modus geschaffen und den Verhältnissen der verschiedenen Kammern Rechnung getragen werden.

(Honorierung telephonischer Konsultationen.) Eine auch unsere Verhältnisse tangierende Frage ist kürzlich in Berlin angeregt worden. Wir erfahren darüber folgendes: Der preußische Kultusminister hat beim Ärztekammerausschusse angefragt, ob für die Einfügung einer besonderen Vorschrift „Beratung eines Kranken durch den Fernsprecher“ in die ärztliche Gebührenordnung ein Bedürfnis vorhanden und welcher Satz eventuell angemessen sei. Die Ärztekammer hat diese Frage dahin beantwortet, daß die telephonische Beratung ebenso wie die im Hause des Arztes zu bewerten sei. Auch die übrigen Kammern werden zu dieser Frage Stellung nehmen.

(Ein internationaler Kongreß für Gewerbekrankheiten) wird Mitte Juni 1906 zu Mailand tagen. Vorläufig sind folgende Themen festgesetzt: Physiologische Kontraindikationen der Nachtarbeit; Neurasthenie bei Eisenbahnern; nichttraumatische Gewerbekrankheiten des Gehörs; Gewerbekrankheiten der chemischen Betriebe; Tuberkulose und Arbeitergesetzgebung; Frauenarbeit und Mutterschutz; Anchylostomiasis; Alkohol und Muskelarbeit; Tabak und Muskelarbeit.

(Akademien für praktische Ärzte.) Aus Mailand wird uns berichtet: Die vielumstrittene Frage der Errichtung und Berechtigung von Akademien für praktische Ärzte ist auf italienischem Boden angelangt und wird wohl auch hier viel von sich reden machen. Vorläufig sind in unserer Stadt drei Institute, und zwar für Geburtshilfe und Gynäkologie, für Berufs- und für epidemische Krankheiten in Aussicht genommen, welche ausschließlich der ärztlichen Fortbildung dienen und seinerzeit eventuell in Universitätsinstitute umgewandelt werden sollen. Die Mailänder Ärzteschaft sieht der Errichtung der Akademien derzeit mit ruhigem Interesse entgegen, um so mehr, als sie von denselben keinerlei Konkurrenz und nur die Förderung ihrer Ausbildung zu erwarten hat.

(Statistik.) Vom 15. bis inklusive 21. Oktober 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7435 Personen behandelt. Hiervon wurden 1466 entlassen, 162 sind gestorben (9·9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 110, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 10, Dysenterie 2, Blattern —, Varizellen 40, Scharlach 93, Masern 38, Keuchhusten 64, Rotlauf 58, Wochenbettfieber 1, Röteln 6, Mumps 3, Influenza —, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 645 Personen gestorben (+ 137 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Budapest der gewesene Oberarzt der Poliklinik und des Roten Kreuz-Spitales Dr. AKUSIUS PUKY; in Berlin der Geh. San.-Rat Dr. RICHARD RUGE, 71 Jahre alt; in Basel der hervorragende Schweizer Chirurg Prof. Dr. E. BURCKHARDT, erst 52 Jahre alt.

Professor Dr. Escherich wohnt ab 1. November IX., Maximilianplatz Nr. 16/II, und ordiniert daselbst nachm. 3—4 Uhr (ausgenommen Mittwoch).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Krüche A., Ärztliches Vademekum. München 1906, Otto Gmelin.

Keller Heinrich, Im Dienste der Menschheit. Roman. Berlin 1905, Egon Fleischel & Co. — M. 5·—.

A. Bier, Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel. — M. 14·—

H. Weber, Die Heilung der Lungenschwindsucht. 1. Teil. Halle a. d. S. 1906, C. Marhold.

P. J. Möbius, Die Geschlechter der Tiere. Halle a. d. S. 1905, C. Marhold.

Courmont u. Lesieur, Atmosphère et Climats. Paris 1906, J. B. Baillière & Fils.

Heitzmann-Zuckerkandl, Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. 2. Bd., 2. Hälfte. Wien und Leipzig 1905, W. Braumüller.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 30. Oktober 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prof. S. EHRMANN: Die Elektrizität in der Dermatologie.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion: Donnerstag, den 2. November 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik ESCHERICH.

I. Geschäftssitzung (Wahl des Vorstandes). — II. Demonstrationen. — III. Professor Dr. ESCHERICH: Über Säuglingsfürsorge und die Organisation der Schutzstelle des Vereines „Säuglingsschutz“; Besichtigung derselben.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Med. Presse“ als Beilage, das Oktober-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: **„Die Magensekretion bei Morbus Brightii.“** Von **Dr. Edgar Axisa** in Alexandrien, Ägypten. — Ferner liegen der gesamten Auflage Prospekte bei von: **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **Dr. Ritserts „Anästhesin“**; **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Veronal“** und **H. Nanning** in **Haag** über **Extractum chinae „Nanning“**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 5. November 1905. Nr. 45.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Redigiert von
Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über die durch elektrischen Starkstrom hervorgerufenen pathologisch-anatomischen Gewebsveränderungen, besonders des Zentralnervensystems.

Von **Dr. S. Jellinek**, Assistent des k. k. Krankenhauses Wieden, Wien.*)

Der elektrische Starkstrom spielt heute in der Physiotherapie insofern eine Rolle, als die meisten ärztlichen Hilfsapparate (z. B. für Elektrotherapie, Mechanotherapie, Lichtbehandlung etc.) durch technische Elektrizität in Betrieb gesetzt werden.

Die direkte Anwendung des technischen Starkstromes, d. i. seine unmittelbare Applikation, konnte bisher nicht zur Durchführung gelangen. Trotzdem gebührt den Wirkungen, die der elektrische Starkstrom auf Menschen und Tiere ausübt, nicht nur forensisches Interesse, sondern auch die Physiotherapeuten, die durch Elektrizität Heilerfolge zu erzielen bestrebt sind, sollen den Starkstromwirkungen ihre Aufmerksamkeit zuwenden.

Der Schwachstrom und der Starkstrom sind nur quantitativ verschiedene Energien.

Die physiologischen Wirkungen des Schwachstromes (z. B. elektromotorische, elektrotonische, katalytische etc.) sind allgemein bekannt; dagegen ist das Wesen, die Entstehungsart dieser Erscheinungen so ziemlich unbekannt.

*) Vortrag, auszugsweise vom Generalsekretär verlesen am I. Internationalen Kongresse für Physiotherapie zu Lüttich.

Nicht besser steht es allerdings mit der Frage nach der Wirkungsweise der elektrischen Starkströme, doch haben die Forschungsarbeiten der allerletzten Jahre gezeigt, daß es gelingt, die Spur, den Weg zu verfolgen, welchen der Starkstrom durch den menschlichen oder tierischen Körper genommen hat.

Die durch den elektrischen Starkstrom hervorgerufenen Gewebsveränderungen und die daran geknüpften Gesundheitsstörungen sind oftmals so eigenartiger Natur, daß wir mit den üblichen klinischen Bezeichnungen nicht immer die richtige Charakterisierung treffen. Diese Gewebsalterationen sind neu, bislang noch wenig studiert und präsentieren sich oft anders, als man derlei Bilder zu sehen gewohnt ist.

Um daher durch keinerlei Bezeichnung zu präjudizieren, empfiehlt es sich, jede an einem Lebewesen durch Starkstrom (oder auch durch Blitzschlag) hervorgebrachte Veränderung zunächst als animalischen Effekt der Elektrizität aufzufassen.

Unter Effekt versteht der Techniker die Leistung einer Kraft in der Zeiteinheit. Ist der menschliche resp. der tierische Körper der Angriffspunkt der elektrischen Energie, so wird ebenfalls ein Effekt hervorgebracht, der zuweilen das physiologisch Erträgliche nicht überschreitet, oftmals aber entstehen pathologische Zustände, deren Studium den Gegenstand unseres heutigen Vortrages bildet.

Allerdings beschränken wir uns diesmal nur auf die Besprechung der pathologisch-anatomischen Veränderungen.

Wenn ein Mensch oder ein Tier von einem elektrischen Trauma getroffen wird und auch im selben Momente, d. h. derart, daß Ursache und Wirkung in eine und dieselbe Zeitphase fällt, stirbt, dann ist wohl jede frische anatomische Veränderung auf die reine elektrische Gewalt zurückzu-

führen; es sei nun eine z. B. im Zentralnervensystem auftretende Veränderung wie immer geartet, es darf dieselbe als Folgewirkung der Elektrizität angesprochen werden.

Da eben der Tod, unserer Voraussetzung gemäß, momentan, blitzartig eingetreten ist, so fehlt für jede andere Art der Entstehung das erforderliche Zeitminimum, es sei dies Blutdrucksteigerung, Erstickung, chemische Veränderungen etc.

Wenn dagegen der Tod des Individuums nicht momentan, sondern erst in Sekunden und in Minuten eintritt — protrahierte Tötung —, dann ist es sehr leicht möglich, daß zu den direkt durch das Trauma verursachten Läsionen sich während des Sterbens noch andere Veränderungen hinzugesellen.

Die bei momentaner Tötung auftretenden Veränderungen, auch primäre genannt, sind die eigentlichen Elektrizitätswirkungen, während der ätiologische Charakter der unter protrahierter Tötung erscheinenden Veränderungen — sekundäre — schon zweifelhaft wird.

Diese Unterscheidung ist für die Erforschung der einschlägigen Fragen von prinzipieller Bedeutung.

In der Charakterisierung der primären Veränderungen ist auch schon die Kausalität zwischen Trauma und pathologisch-anatomischer Veränderung gelegen. Es liegt auch tatsächlich in unserer Hand, die Bedingungen der Experimentalpathologie derart zu gestalten, daß elektrischer Stromschluß und Tod des Versuchstieres in eine und dieselbe Zeitphase fallen. Die z. B. im Zentralnervensystem eines derart getöteten Tieres auftretenden Veränderungen können kaum durch etwas anderes als durch die elektrische Gewalt verursacht worden sein; jeder anderen ätiologischen Eventualität geht das zur Einwirkung resp. Entwicklung unerläßlich nötige Zeitminimum ab.

Es muß allerdings beachtet werden, daß die primären Veränderungen bei Individuen, welche des Trauma überstehen und weiterleben, den Ausgangspunkt zu weiteren pathologischen Alterationen geben können.

In folgendem sollen derartige sekundäre Degenerationen der peripheren Nerven erwähnt werden, die wir ausführlich in der „Elektropathologie“ [1]) beschrieben haben.

A. Eulenburg, welcher über eine große und reichhaltige Erfahrung auf diesem durchaus neuen Gebiete der Elektropathologie verfügt, hat jüngst („Berliner klinische Wochenschrift“, 1905) eine Reihe von Krankheitsfällen mitgeteilt, bei denen Nerven- und Geistesstörungen nach elektrischen Unfällen aufgetreten waren.

Eulenburg schreibt über einen solchen Fall: Es handelt sich in diesem Falle um eine in eigenartiger Weise verlaufende, außerordentlich schwere, progressive Gehirnrindenerkrankung, die durch das elektrische Trauma unmittelbar hervorgerufen wurde und zu ausgedehnter Vernichtung der kortikalen Funktionen der Empfindung und Sinneswahrnehmung, der willkürlichen Bewegung und der höheren Seelentätigkeit geführt hatte.

In dem Krankheitsbilde sind mancherlei Bilder nicht zu verkennen, die an Paralyse, andere, die an multiple Sklerose erinnern, aber das Ganze ist doch sowohl in Hinsicht des Verlaufes wie des speziellen Symptomenbildes so eigenartig beschaffen, daß es sich mit den genannten Krankheitssymptomen keinesfalls deckt und daß vorläufig nichts übrig bleibt, als einen durch besondere Intensität und Diffusion der traumatisch-elektrischen Einwirkung gekennzeichneten Fall chronisch degenerativer, fortschreitender, kortikaler Enzephalopathie, über dessen besondere anatomisch-histologische Verhältnisse wir vorerst nichts Näheres aussagen können, zu konstatieren.

Manches in dem Verlaufe läßt darauf schließen, daß gleich zu Anfang die meisten „Sinnesfelder“ der Großhirnrinde in ziemlich rapider Weise zerstört oder funktionsunfähig wurden, und daß weiterhin die Verbindungssysteme zwischen diesen und den in ihrer Nachbarschaft gelegenen „Assoziationsfeldern“ fortschreitend degenerieren.

Die endlich hochgradige Verblödung erscheint auch psychologisch als die notwendige und unausbleibliche der ausgebreiteten Sinnesstörungen, wodurch die sämtlichen, in die Außenwelt vorgestreckten Fühlfäden nach und nach abgerissen, die zentralen Aufnahmsapparate völlig außer Betrieb gesetzt, und so jegliche Produktion von Empfindungen und Sinneseindrücken und deren Umbildungen zu Vorstellungen und Willensantrieben unmöglich gemacht wurden.

Die durch elektrischen Starkstrom hervorgerufenen pathologisch-anatomischen Veränderungen sind ihrer Lokalisation nach teils oberflächlich gelegen, teils betreffen sie die Innenorgane.

Die in der Haut auftretenden Veränderungen haben eine große Ähnlichkeit mit denen, welche nach Blitzschlag aufzutreten pflegen. Es sind dies:

1. Brandwunden und brandwundenähnliche Läsionen.
2. Haarversengungen.
3. Durchlöcherungen und Durchtrennungen der Haut.
4. Blutaustritte.
5. Spezifisch-elektrische Hautveränderungen.

Es würde den Rahmen dieser kleinen Arbeit weit überschreiten, wollten wir das Kapitel der brandwundenähnlichen Läsionen oder der „sogenannten Brandwunden“ einer Besprechung unterziehen. So viel sei nur davon hervorgehoben, daß in vielen Fällen trotz intensiver brandartiger Veränderungen der Haut (sei es durch Blitzschlag oder durch Starkstrom) die diese Körperstelle deckenden Kleidungsstücke vollkommen unversehrt bleiben.

Derartige Fälle sind wohl dafür beweisend, daß die Hitzewirkung, welcher so ausgedehnte Hautbezirke zum Opfer fielen, nicht von der Oberfläche, nicht von außen eingewirkt haben konnte. Diese Verhältnisse sprechen vielmehr für unsere Anschauung, daß alle derartigen, sich als verbrennungsähnliche Verletzungen darbietenden animalischen Effekte durch innere Kalorienentwicklung, d. h. durch Joulesche Wärme und zum Teil auch durch Elekrolyse entstanden sind.

Zu den spezifisch elektrischen Hautveränderungen gehören vorwiegend zwei Arten von Läsionen, die bisher beobachtet wurden und ihrem Charakter nach eine Sonderstellung einnehmen.

Zunächst eine knorpelartige oder stearinähnliche, spiegelglatte, harte, grauweiße, unempfindliche Masse, die mitten im scheinbar intakten oder wenig veränderten Hautgewebe entstanden ist, und zwar an der Einwirkungsstelle der Elektrizität; im ganzen ist diese eigentümliche Veränderung, soweit wir die Literatur überblicken können, erst in zwei Fällen beobachtet worden; einer davon wurde in der Elektropathologie beschrieben, der andere wurde jüngst von A. Kolisko in Wien beobachtet und soll demnächst ausführlich mitgeteilt werden.

Die zweite Veränderung besteht in einem Verbrennungsfleck, welcher sich bei genauer Untersuchung mittelst Lupe als aus einer Reihe von rundlichen Herden, die in Gruppen angeordnet sind, zusammengesetzt darstellt.

A. Kolisko hat diesen Befund bei der Sektion eines jüngst in Wien durch Starkstrom getöteten Monteurs erhoben. Die mehr forensische Bedeutung dieser letzteren Hautveränderung bleibt einer der nächsten Publikationen [2]) vorbehalten.

[1]) Vgl. Elektropathologie. Die Erkrankungen durch Blitzschlag und elektrischen Starkstrom in klinischer und forensischer Darstellung. Verlag von F. Enke, Stuttgart 1903. Dieser Monographie sind die meisten der obigen Ausführungen entlehnt.

[2]) Die Bedeutung dieser eigenartigen Hautveränderung wurde während der Diskussion über „Tod durch Elektrizität“ auf der diesjährigen Naturforscherversammlung von Dozent Reuter (Wien) hervorgehoben.



Bevor wir auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Innenorgane, besonders des Zentralnervensystems zu sprechen kommen, seien noch einige Besonderheiten erwähnt:

Ecchymoma subconjunctivale, Luxation der Linse in die vordere Kammer, Hämorrhagien in der Iris, in der vorderen Kammer, im Glaskörper, Retina, partielle Dekoloration der Iris, quere Durchtrennung des Penis, leichter Katarrh der Urethra[3]) usw. Die allgemeinen Sektionsbefunde der von uns obduzierten Menschen und Tiere, die einen elektrischen Tod gefunden hatten, waren im großen und ganzen negativ.

Erwähnt muß werden, daß Kratter[4]), dem das Verdienst gebührt, der erste Autor deutscher Zunge gewesen zu sein, der systematische Studien über den Tod durch Elektrizität zur Ausführung gebracht, ausgedehnte Blutaustritte in den Innenorganen von drei elektrisch getöteten Monteuren beobachtet und beschrieben hat.

So konstatierte Kratter Blutungen am Halsteile der Nervi vagi, eine mächtige Kontusion am Zwerchfell, wo das Herz aufliegt, symmetrische Blutungen an der Vorderseite der unteren Hals- und der ganzen Brustwirbelsäule, nebst vielen Erstickungsekchymosen, ferner fleckenartige Blutaustritte an den weichen Hirnhäuten und streifenförmige Blutaustritte im Ependym des vierten Ventrikels.

Kratter, der das Zentralnervensystem von zwei verunglückten Monteuren in sehr gründlicher Weise untersuchte, fand ganz kleine Blutextravasate in den perivaskulären Räumen der oberflächlicheren peripheren Arterien; so z. B. an der Arteria spinalis anterior, an der abzweigenden Arteria sulci, Arteria fissurae posterioris.

Unsere Obduktionsbefunde, die sich auf fünf durch elektrischen Starkstrom verunglückte Monteure und etwa 200 experimentell getötete Tiere beziehen, ließen mikroskopisch im großen und ganzen nichts Auffallendes erkennen.

Dagegen lieferten die mikroskopischen Untersuchungen des zentralen und peripheren Nervensystems positive Befunde, die wir kurz besprechen wollen.

Vorher sei nur noch erwähnt, daß unseren Versuchen dienten:

a) 24 Frösche;
b) 3 Schildkröten;
c) 17 weiße Mäuse;
d) 23 Meerschweinchen;
e) 63 Kaninchen;
f) 8 Hunde;
g) 9 Pferde;
h) Tauben;
i) Fische.

Die Experimente mit den zwei letzten Tierarten wurden im physiologischen Institut der Tierärztlichen Hochschule in Wien ausgeführt.

Schon Corrado fand mikroskopische Veränderungen der Zellen im Gehirn von Hunden, die er elektrischen Strömen ausgesetzt hatte. Er beschreibt Vakuolenbildung, Verlagerung der Chromatinsubstanz, Berstung der Zellen, Abreißen der Fortsätze etc.

Unsere histologischen Befunde, die in den mikroskopischen Präparaten des zentralen und peripheren Nervensystems erhoben wurden, sind in zwei große Gruppen einzuteilen:

I. in frische und II. in ältere Veränderungen.

Zu den frischen Veränderungen, die sich gleich im Anschlusse an das Trauma entwickeln und sofort manifest werden, gehören:

1. mikroskopische Blutaustritte;
2. Gefäßrupturen (der feinsten Kapillaren);
3. Zellzertrümmerungen.

So waren im Gehirn eines elektrisch getöteten Monteurs Sp. an vielen Stellen mikroskopische Blutaustritte vorhanden, welche die Rindenteile bevorzugten.

Auch im Rückenmark waren die Hämorrhagien fast ausnahmslos auf die graue Substanz beschränkt. Eine ganz eigenartige Veränderung war in der Intumescentia cervicalis: im Bereiche des Vorderhornes, und zwar an der Grenze der grauen und weißen Substanz zieht sich eine längliche, in Wellenform verlaufende Blutung hin, durch welche die Grundsubstanz aufgewühlt erscheint. Zwei größere Ganglienzellen erscheinen aus ihrem Zusammenhang gelockert.

Eine von ihnen ragt mit einem freien Anteile in die Blutung hinein, von welcher sie umspült wird; mit ihrem anderen Anteile ruht sie in der Grundsubstanz. Diese Ganglienzelle scheint in ihrer Struktur und Kontinuität intakt zu sein.

Die zweite Ganglienzelle dagegen, die größer ist, ist in ihrer Kontur unterbrochen; es macht den Eindruck, als ob sie zerrissen worden wäre.

Die Zelle erscheint deformiert, sie ist größtenteils von Blut umgeben; knapp neben ihr, doch gleichfalls innerhalb der Hämorrhagie, liegt ein großer Zellkern, in dessen Innern man das Kernkörperchen zu erkennen vermag. Es drängt sich die Vermutung auf, daß beides, destruierte Zelle und freiliegender Kern, zueinander gehören.

Ob diese Destruktion der Ganglienzelle und das Herausgerissensein des Kernes durch das andrängende Blut aus der in der nahen Nachbarschaft aufgetretenen Blutung oder gar direkt durch den elektrischen Strom verursacht wurde, ist schwer zu entscheiden.

Wenngleich wir ähnliche Bilder auch im Zentralnervensystem von Tieren finden, wie wir gleich hören werden, so müssen wir trotz allem auf die Möglichkeit eines Arteffektes bedacht sein. Aus der Reihe der mikroskopischen Befunde (Monteur Sp.) wäre noch zu erwähnen, daß die Ganglienzellen, besonders im Frontal- und Parietallappen, hie und da in ihren Zellkonturen ganz undeutlich geworden waren, daß die Achsenzylinder und die Protoplasmafortsätze verquollen erschienen, außerdem oftmals Chromatolyse und Tigrolyse usw.

In manchen Ganglienzellen des Halsmarkes waren die Zellkerne z. B. an die Peripherie, in die Protoplasmafortsätze hinein verdrängt, so daß sie ein merkwürdiges Aussehen bekamen.

In eigenartiger Weise waren auch die Ganglienzellen im Rückenmark eines Meerschweinchens deformiert.

Die Ganglienzellen der Vorderhörner sind stellenweise von Blutungen rings umgeben und derart von ihrer Umgebung losgelöst, anderwärts gibt es Zellen, die von der Hämorrhagie ganz oder nur teilweise verdeckt sind; doch sind auch Ganglienzellen durch Blutaustritte vollkommen zerstört.

Ein sehr interessantes Bild läßt eine Ganglienzelle im Vorderhorne des oberen Dorsalmarkes erkennen.

Die Zelle, die ziemlich groß ist und deren Form, Kontur und Struktur vollkommen scharf hervortritt, enthält in ihrer einen Hälfte einen Bluteinschluß. In einer Hälfte der Zelle ist der in seinen Details deutliche Kern und das Kernkörperchen gelegen; zwischen diesem und der einen Zellwand sind die Nisslschen Körperchen vorhanden und auch deutlich zu erkennen.

[3]) In einem Wiener Elektrizitätswerke wollten einige Monteure einen Faschingscherz aufführen. Sie brachten die Metallmuschel eines Pissoirs und das eiserne Trittbrett darunter mit einer Akkumulatorenbatterie von 40 Volt Spannung in leitende Verbindung. Sobald sich nun jemand auf das feuchte Trittbrett stellte und zu urinieren begann, verspürte er einen heftigen Schlag in der Urethra. Der Harnstrahl, der ein guter Leiter ist, hatte nämlich den früher offenen Stromkreis geschlossen, was in der Urethra als stechender Schmerz empfunden wurde. Einige Personen empfanden Stechen durch 2 bis 3 Tage. Bei einem trat eine geringe Sekretion auf, die am 3. Tage sistierte.

[4]) Der Tod durch Elektrizität, Monographie. Leipzig-Wien 1896.

Die andere Hälfte der Zelle ist von einer Blutung, in welcher einzelne Blutkörperchen sichtbar sind, erfüllt.

An der Grenze, wo die Hälften aneinander stoßen, ist Blutung und Protoplasma der Zelle vermengt.

Es handelt sich um eine gewiß sehr seltene Erscheinung[*]) einer Blutung innerhalb einer Zelle. Eine analoge Veränderung fand sich in der Medulla eines elektrisch getöteten Pferdes. In der Nähe eines Nervenkernes ist eine Blutung. Eine Ganglienzelle ist am meisten in Mitleidenschaft gezogen.

Die Kontinuität der Zelle ist unterbrochen, eine Hälfte der Zelle scheint zerstört zu sein und der Defekt ist durch Blut ersetzt.

Mitten durch die Blutung verläuft ein zartes Gefäß, dessen Wandung rupturiert ist; Wandanteile ragen zottenartig in den Herd hinein.

In dem Medullapräparate einer Maus gab es eine Blutextravasation in einer aus der Medulla oblongata abgehenden Nervenwurzel.

Die Achsenzylinderfortsätze der Ganglienzellen erscheinen hie und da abgerissen und korkzieherartig eingerollt.

Es wären unter den frischen Veränderungen noch mehrere Befunde ähnlicher Art zu erwähnen, doch ist es im Interesse der Kürze gelegen, damit abzuschließen und die älteren Veränderungen kurz hervorzuheben.

Die älteren Veränderungen betrafen Tiere, welche das Trauma überdauerten, jedoch sofort Störungen (z. B. Lähmungen, Incontinentia urinae etc.) erkennen ließen, die im weiteren Verlaufe den Tod des Versuchstieres herbeiführten.

In den mikroskopischen Präparaten sind zu finden:

1. frische Degeneration des Rückenmarks (nach Marchi),
2. ältere Degeneration des Rückenmarks (nach Weigert),
3. frische Degeneration des N. ischiadicus (nach Marchi),
4. Veränderungen der Spinalganglien.

Die Verteilung der Degenerationserscheinungen im Rückenmark ist eine derartige, daß man sowohl von Herd- als auch von Systemerkrankungen sprechen muß.

Wurden bislang die durch elektrische Kraft verursachten Lähmungen und andere ähnliche Krankheitserscheinungen als „nervöse" und „funktionelle" Störungen aufgefaßt, so scheinen diese histologischen Befunde den Beweis dafür zu erbringen, daß wir es bei den elektrischen Verunglückungen mitunter mit Erkrankungen auf organischer, materieller Grundlage zu tun haben.

Bezüglich der Entstehungsart der im Zentralnervensystem auftretenden Gewebsveränderungen glauben wir annehmen zu müssen, daß dies direkte Stromwirkungen sind: Die feinsten Zellen und zartesten Gefäßverzweigungen werden durch diese „Berührung mit Strom" eine Massenverschiebung und vielleicht auch eine Volumsänderung, eine Deformation erleiden, die diese elastischen Gewebe bis zu einem gewissen Grade ertragen, andernfalls aber kommt es dadurch zu Änderungen des molekulären Aufbaues, zu Zerreißungen, zu Kernverlagerungen usw.

Bei überlebenden Individuen bilden diese Läsionen den Ausgangspunkt von degenerativen Veränderungen.

Das Studium der elektrischen Starkstromverletzungen vollzieht sich auf dem Grenzgebiete der Medizin und der Elektrotechnik. Die Untersuchungsergebnisse auf diesem durchaus neuen Gebiete der Elektropathologie sind bisher nur bescheidene, doch ist zu erwarten, daß weitere Fortschritte dieser Forschung auch zu einer Vertiefung der Heilungsmethoden der Physiotherapie im allgemeinen und der Elektrotherapie im besonderen führen werden.

*) Da die Demonstration dieser Zelle in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien zu Kontroversen führte, so sei vermerkt, daß die Herren Professoren Kolisko, Obersteiner und Weichselbaum, denen ich das Präparat vorlegte, sich dahin äußerten, daß die Blutung innerhalb der Zelle gelegen sei.

Über die Lage- und Formveränderungen des Uterus und deren Behandlung.

Von **Prof. Dr. Karl August Herzfeld,** Wien.

III.

Es bleibt uns jetzt nur noch das Kapitel der Ante- und Retroflexion und der Ante- und Retroversion zu besprechen und wir wollen diese Veränderungen unter einem gemeinsamen Kapitel besprechen, obwohl die einen Form-, die anderen Lageveränderungen des Uterus bedeuten.

Unter dem Ausdrucke Anteflexio uteri verstehen wir eine pathologische Steigerung der normalen Anteflexio uteri, d. h. der Neigung, welche das Corpus uteri gegen die Cervix hat. Wenn der normale Neigungswinkel zwischen Corpus und Cervix zu einem sehr spitzen geworden ist, dann sprechen wir von einer pathologischen Anteflexio. Sie kann entweder angeboren vorkommen oder ist acquiriert und ist dann Folge entweder von entzündlichen Prozessen oder von Narbenbildungen oder partiellen Atrophien an der vorderen Wand des Uterus.

Die Hauptsymptome einer solchen pathologischen Anteflexion sind Beschwerden von Seite der Blase und dysmenorrhoische Beschwerden sowie Katarrhe und häufig ist durch sie die Sterilität der Ehe bedingt. Man hat früher die Dysmenorrhöe als eine Erkrankung sui generis aufgefaßt, heute aber weiß man, daß es sich bei ihr um einen Symptomenkomplex handelt, der durch die verschiedenartigsten pathologisch-anatomischen Veränderungen zu erklären ist. Bei der pathologischen Anteflexio uteri äußern sich dieselben in heftigen Menstrualkoliken und Stauungskatarrhen. Die Menstrualkoliken sind bedingt dadurch, daß infolge der starken Knickung der Uterushöhle resp. des Cervikalkanals am Orificium internum sich ein Passagehindernis ausbildet. Das am Beginne der Menstruation sich ansammelnde Blut staut sich in der Uterushöhle, regt dadurch den Uterus zu krampfhaften Kontraktionen an, worauf es zum Abfließen des Blutes kommt.

Den in solchen Fällen begleitenden Katarrh der Schleimhaut faßt man in der Regel als Stauungskatarrh auf, d. h. als Folge der in der Uterushöhle zur Zeit der Menstruation stattfindenden Blutstauung. Die den Katarrh begleitende oder ihn verursachende Schwellung der Schleimhaut der Uterushöhle wird naturgemäß die vorhandenen Symptome steigern. Es ist nun in einzelnen Fällen schwer zu entscheiden, ob dieser Katarrh das Primäre oder das Sekundäre im Laufe der Erscheinungen ist.

Nur in dem Falle, als der Gatte vollständig gesund befunden wird, sein Samen durch mikroskopische Untersuchung als funktionsfähig sich erwies, eine gonorrhoische Erkrankung des männlichen oder weiblichen Genitales auszuschließen ist und auch sonst am weiblichen Genitale irgendwelche andere Erklärungsursachen nicht gefunden werden können, haben wir das Recht, eine solche pathologische Anteflexion als die Ursache für die Sterilität anzusehen. Geht man in dieser Weise kritisch vor, dann wird man keinen Fehlschluß tun und nur jene nicht gar zu häufigen Fälle zur Operation bringen, bei denen diese wirklich indiziert ist.

Gegen die dysmenorrhoischen Beschwerden geht man symptomatisch vor durch Anwendung von heißen Kompressen oder des Thermophors, absolute Ruhelage, Sorge für Darmentleerung, im Notfalle durch schmerzstillende Mittel.

Mit diesen letzteren muß man vorsichtig sein. Es ist unzweckmäßig, schon junge Mädchen, von ihrem 13. bis 14. Lebensjahre angefangen, bei jeder Menstruation an den Morphingebrauch zu gewöhnen. Wenn die Behandlung der Nasenmuschel, die in einzelnen Fällen überraschende Resultate liefert, erfolglos geblieben, dann soll man versuchen, die Schmerzen durch Anwendung der lokalen Wärme oder durch Mittel, deren Angewöhnung nicht so gefährlich ist wie

die des Morphins, zu beseitigen, und da spielt eine ganz ausgezeichnete Rolle das Antipyrin in Form von Suppositorien. Wir verschreiben ein Gramm Antipyrin mit Kakaobutter zu einem Suppositorium und lassen ein solches bei Beginn des Schmerzanfalles in den Mastdarm einschieben. Die Wirkung des Antipyrins bei Beckenschmerzen ist oft eine ganz außerordentliche. In den Fällen, wo eine mechanische Behandlung der Stenose des inneren Muttermundes möglich oder aus den früher angegebenen Gründen indiziert ist, wird am besten die blutige Erweiterung des Cervikalkanals mittelst der Discision vorgenommen. Ich warne vor der so beliebten Behandlungsmethode der regelmäßigen Sondierung oder stumpfen Dilatation des Cervikalkanals unmittelbar vor dem Eintreten der Menstruation. Infektionsprozesse und schwere entzündliche Prozesse, die viel schmerzhafter sind als das ursprüngliche Leiden, sind häufig Folge davon.

Die Retroflexion des Uterus bedeutet eine Formveränderung, bei welcher das Corpus zur Cervix uteri in der Richtung nach hinten zu abgeknickt ist, d. h. während die Portio in ihrer normalen Lage sich befindet, ist das Corpus uteri nach hinten zu geneigt, so daß seine normalerweise nach unten sehende vordere Fläche nach oben oder auch nach oben und hinten gerichtet ist, während die hintere Corpusfläche sich in exzessiven Graden der hinteren Cervixwand nähert, wenn der Knickungswinkel ein ganz kleiner ist.

Während in einzelnen Fällen auch höhere Grade der Retroflexion symptomenlos ertragen werden können, finden wir in anderen Fällen schon bei leichteren Graden derselben schwere Symptome, heftige Kreuzschmerzen, in die unteren Extremitäten ausstrahlende Schmerzen; Beckenschmerzen, Stuhlverstopfung, Harndrang, außerordentlich profuse Menstruation, Hämorrhoidalbildungen, Schmerzen beim Coitus, Sterilität oder Störung während der Schwangerschaft sowie der ganze große Komplex nervöser Symptome sind oft Begleiterscheinungen einer solchen Retroflexion und verschwinden bei der Beseitigung derselben. Diese Beseitigung ist keine schwere, wenn der Uterus überall frei beweglich ist und wenn auch das Corpus zur Cervix in der unnatürlichen Lage nicht fixiert ist. Die Behandlungsart ist eine ähnliche wie bei der Retroversion und wollen wir daher darüber später gemeinsam abhandeln.

Unter Ante- resp. Retroversion des Uterus verstehen wir diejenige Veränderung der Lage des ganzen Uterus zu seiner Umgebung, bei welcher der Uterus entweder mit seinem Corpus ganz nach vorne, seine Portio nach hinten ausweicht (Anteversio uteri), oder wo umgekehrt der Uterus mit seinem Körper gegen die Kreuzbeinhöhlung, die Portio symphysenwärts ausweicht (Retroversio uteri). Wie bei den Flexionen kann das eine Mal der Uterus beweglich, das andere Mal in seiner unnatürlichen Lage fixiert sein. Im ersteren Falle ist die Lageveränderung bedingt entweder durch mechanische Verschiebung infolge ungenügender Entleerung der Blase resp. des Mastdarms oder durch Erschlaffungszustände der Bindegewebszüge, die den Uterus in seiner normalen Lage erhalten, im anderen Falle ist es oft der durch Adhäsionsmembranen oder die Fixation mit anderen Organen bedingte Zug auf die einzelnen Teile des Uterus, der diese Lageveränderung bedingt. So finden wir bei der Anteversion ganz außerordentlich häufig eine narbige Verkürzung der Ligamenta sacro-uterina, welche die Portio nach hintenzu ziehen und dadurch das Umkippen des Uterus nach vorne erzwingen. Bei Retroversionen hingegen finden wir sehr häufig eine Erschlaffung der Ligamenta sacro-uterina als Begleiterscheinung eines mangelnden Tonus des Beckenbindegewebes und des Beckenbodens und finden daher beim Descensus der Scheide und Prolaps des Uterus häufig die Retroversion als Begleiterscheinung.

Die Symptome sind bei der Anteversion ähnliche wie bei der Anteflexion, wenn auch lange nicht so hochgradig, bei der Retroversion dieselben wie bei der Retroflexion, mitunter gesteigert dadurch, daß eine Retroflexion mit einer Retroversion vergesellschaftet ist.

Diagnostisch unterscheiden wir die Flexionen von den Versionen wie folgt:

Bei der bimanuellen gynäkologischen Untersuchung konstatieren wir zunächst das Vorhandensein der normalen Anteflexio uteri dadurch, daß wir vor der Portio den Uteruskörper zwischen die Finger unserer beiden untersuchenden Hände bekommen und nachweisen können, daß der an der normalen Stelle befindliche Knickungswinkel kein gar zu spitzer sei. Wäre dies der Fall und würde das Corpus uteri bei normal stehender Portio stark nach unten und vorne tendieren, dann müßten wir die Diagnose auf pathologische Anteflexion des Uterus stellen. Während wir bei einer Anteflexion die Portio vaginalis in ihrer normalen Lage finden und nur das Corpus uteri sein Verhältnis zur Cervix verändert hat, finden wir bei einer Anteversion bei der Untersuchung den Uterus in seiner ganzen Ausdehnung in veränderter Lage. Wir finden die Portio weit nach hinten gegen die Kreuzbeinhöhlung gezogen, mit ihrer Oberfläche und dem Muttermunde direkt nach hintenzu sehend, das Corpus uteri dagegen im vorderen Scheidengewölbe, so daß die vordere Fläche des Uterus direkt nach abwärts, die hintere Fläche dagegen direkt nach aufwärts sieht.

Ein Versuch der Aufrichtung des Uterus, die wir dadurch zu bewerkstelligen suchen, daß die von der Scheide aus untersuchenden Finger die Portio nach vornezu ziehen, während die von der Bauchdecke aus arbeitende Hand den Uterus zu erheben und zu strecken versucht, findet oft ein Hindernis in dem starken Zuge der Ligamenta sacro-uterina, welche die Portio nach hinten ziehen und deren Dehnung bei dem Aufrichtungsversuche der Patientin lebhafte Schmerzen erregen.

Finden wir bei der Untersuchung eines Falles die Portio vaginalis an ihrer normalen Stelle, den Uteruskörper dagegen nicht im vorderen, sondern im hinteren Scheidengewölbe, so daß wir deutlich den nach hinten gelegenen Knickungswinkel zwischen Corpus und Cervix uteri nachweisen können, so stellen wir die Diagnose auf Retroflexio uteri. Finden wir dagegen die Portio vaginalis nach vorne sehend, den Uteruskörper so nach hinten umgestülpt, daß seine vordere Fläche zur oberen geworden ist, so sprechen wir von einer Retroversion, die oft genug mit einer Retroflexion verknüpft ist. Bei dieser Gelegenheit wird eine genaue Untersuchung auch sofort ergeben, ob der Uterus in seiner unnatürlichen Form und Lage fixiert sei oder nicht, ob entzündliche Tumoren in der Umgebung des Uterus ihn etwa zwingen, seine unnatürliche Lage einzunehmen etc.

Was nun die Therapie anbelangt, so kommt hierbei hauptsächlich die Retroflexio und Retroversio uteri in Betracht, da wir über die pathologische Anteflexio uteri schon weiter oben gesprochen, die Anteversio uteri hingegen nur in seltenen Fällen Beschwerden macht, und zwar dann, wenn durch namhafte Verkürzung der Ligamenta sacro-uterina infolge von vorausgegangenen entzündlichen Prozessen eine dauernde Lageveränderung da ist. In einem solchen Falle muß man trachten, nach Ablauf einer jeden lokalentzündlichen Reizerscheinung durch Massage die Ligamenta sacrouterina derartig zu dehnen, daß man den Uterus in seine normale Lage bringen und durch ein ringförmiges Pessar oder durch ein **S**-förmiges HODGE-Pessar in seiner normalen Lage fixieren kann.

Die Behandlung der Retroversio und Retroflexio uteri ist eine verschiedene, je nachdem ob es sich um einen fixierten oder frei beweglichen Uterus handelt. Ist der Uterus beweglich, dann wird man die Korrektur seiner Form und seiner Lage nur in solchen Fällen vornehmen, wo nicht etwa Tumorenbildungen in der Bauch- und Beckenhöhle die veranlassende Ursache zu derselben geben. In solchen Fällen wird in der Regel erst durch die Entfernung der betreffenden

Geschwülste dem Uterus die Möglichkeit gegeben, in seine normale Form und Lage wieder zurückzukehren. Fehlen jedoch solche Geschwülste und handelt es sich um reine Retroversio oder -flexio des beweglichen Uterus, so besteht die normale Therapie in der Aufrichtung des Uterus und Fixation desselben in seiner normalen Lage und Form durch ein Pessar. Allerdings ist diese Therapie nicht möglich, wenn es sich um jungfräuliche Individuen handelt. Da muß man trachten, durch Beseitigung der die Lage- und Formanomalien begünstigenden Umstände die Verhältnisse normal zu gestalten, durch Regelung der Stuhl- und Blasentätigkeit, durch Beckenbodengymnastik, eventuell durch Massage vom Mastdarm her etc.; doch wird in vielen Fällen unser Bestreben ein vergebliches sein und wir uns nur darauf angewiesen sehen, symptomatisch gegen die Beschwerden vorzugehen. Ist jedoch die Aufrichtung eines beweglichen Uterus und die nachfolgende Anlegung eines Pessars möglich, dann gehen wir folgendermaßen vor:

Bei der bequem — am besten auf dem Untersuchungsstuhle — mit leicht erhöhtem Oberkörper und aufgestellten Beinen gelagerten Patientin werden zwei Finger der linken Hand in die Scheide eingeführt; dieselben tendieren gegen das hintere Scheidengewölbe und suchen den daselbst fühlbaren Uteruskörper in die Höhe zu drängen. Die von außen flach auf die Bauchdecke aufgelegten Finger der anderen Hand, welche in Supinationsstellung so gehalten wird, daß die Fingerspitzen gegen die Symphyse, die Handfläche gegen die Wirbelsäule der Patientin gerichtet sind, werden nach einigen leichten, zart massierenden Bewegungen allmählich gegen die Tiefe der Beckenhöhle zu vorgeschoben, bis sie imstande sind, den von unten her emporgeschobenen Uteruskörper zu fühlen und mit der nun durch stärkere Anspannung der Extensormuskeln von außenher wirkenden Hand nach vorne zu drängen. Hierbei kann auch die von außen wirkende Hand nunmehr in Pronationsstellung gebracht werden, so daß die Finger den in die Höhe geschobenen Uteruskörper direkt fassen und nach vorne zu drängen können. In diesem Momente verlassen die im hinteren Scheidengewölbe liegenden zwei Finger der linken Hand sofort ihren bisherigen Platz, werden an die vordere Fläche der Portio gebracht und können durch einen auf die vordere Fläche der Portio nach hintenzu ausgeübten Druck die Umstülpung des Uterus bewerkstelligen. Mitunter gelingt, insbesonders bei fetten Bauchdecken, nicht genügend entleertem Darme (es ist selbstverständlich, daß man vor jedem solchen Aufrichtungsversuche die Blase vollständig und den Darm so gründlich als möglich entleeren läßt), die Aufrichtung nicht in einer einzigen Sitzung, insbesonders dann nicht, wenn ein vorspringendes Promontorium hinderlich entgegensteht. In anderen Fällen gelingt es Einem, den Uterus wohl in Anteversionsstellung zu bringen, ohne jedoch die gleichzeitig bestehende Retroflexion beheben zu können. Wenn man Gelegenheit gehabt hat, viele retroflektierte Uteri bei Laparotomien durch die Inspectio in viva genau zu beobachten, so sieht man häufig auch bei frei beweglichem Uterus derbe Stränge von der hinteren Corpusfläche zur hinteren Cervixwand ziehen, die den Uterus in seiner unnatürlichen Form festhalten. Mitunter kommt es auch bei lange bestehender Retroflexion zu Gewebsveränderungen an der hinteren Cervixwand, welche die rasche und einfache Aufrichtung des retroflektierten Uterus nicht gestatten. In einem solchen Falle muß eine länger andauernde Massagebehandlung durch Dehnung der straffen Fixationsbänder oder narbigen Stellen die Aufrichtung vorbereiten und möglich machen. Mitunter erleichtert man sich die Aufrichtung eines retrovertierten, -flektierten Uterus außerordentlich, wenn man die vordere Muttermundslippe mit einer Kugelzange faßt und so den Uterus herabzieht, um ihn der einwirkenden Hand näher zu bringen. Ich habe seinerzeit von KARL V. BRAUN gelernt, wenn die manuelle Aufrichtung eines retroflektierten oder retrovertierten Uterus in der gewöhnlichen Weise schwer fiele, die Kranke in die Knie-Ellbogenlage zu bringen und dann durch Abziehen des Perineums mittelst des SIMONschen Retractor perinaei die Scheide weit zu eröffnen. Sofort sieht man, wie einerseits durch das Herabsinken der Bauchdecken, durch das Absinken des Druckes in der Bauchhöhle, durch das Eindringen von Luft in die Scheide und durch die veränderten Schwergewichtsverhältnisse die Portio ihre Lage verändert, der Uterus in seine normale Lage eintritt und so nun durch ein Pessar fixiert werden kann. Dagegen warne ich vor der leider noch an manchen Orten üblichen Methode der Aufrichtung des Uterus durch die Uterussonde. Verletzungen der Schleimhaut, Perforationen des Uterus und akut entzündliche Reizerscheinungen können die Folge eines derartigen brüsken und irrationellen Verfahrens sein. Ist der Uterus in seine normale Lage gebracht, dann fixieren wir ihn durch ein Pessar in dieser seiner normalen Lage.

Ebenso wie wir es an anderen Stellen schon betont haben, müssen wir hier nochmals auf das nachdrücklichste hervorheben, daß jede Pessarbehandlung beim Vorhandensein einer entzündlichen Reizung im Bereiche des Beckens oder am Blinddarme (!!) ausgeschlossen sein muß, ehe wir an die Anlegung eines Pessars denken dürfen.

Von den Pessarien, die hier in Frage kommen, sind die meistens gebrauchten die **S**-förmigen HODGE-Pessarien aus Hartgummi, die THOMAS-Pessarien oder schließlich die Achterpessarien nach SCHULZE.

In der Regel reicht man mit dem **S**-förmigen HODGE-Pessar aus in der Weise, daß der breitere konvexe Teil des HODGE-Pessariums in das hintere Scheidengewölbe zu liegen kommt, während der vordere schmälere Anteil in der Gegend des Urethralwulstes der vorderen Scheidenwand anliegt. Viel wirksamer ist allerdings das THOMAS-Pessar, das viel stärker gekrümmt ist, einen hinteren, vertikal aufsteigenden Bügel besitzt, der sich an die hintere Scheidenwand anlegt, dessen obiger konvexer Teil viel massiger ist wie beim HODGE-Pessar und das hintere Scheidengewölbe ausfüllt und dessen vorderer schmälerer Anteil viel mehr zugespitzt ist wie beim HODGE-Pessarium.

Wie gesagt, ein solches THOMAS-Pessar ist viel kräftiger und hält den Uterus viel sicherer in seiner normalen Lage. Leider hat es gegenüber dem HODGE-Pessarium den Nachteil, daß es häufig wegen der beim Coitus empfundenen Belästigung nicht zur Anwendung kommen kann. Sehr gute Dienste leisten die SCHULZEschen Achterpessarien, die man sich aus den dünnen Zelluloidringen, wie wir schon bei Besprechung des Descensus uteri erwähnt haben, herstellt, indem man dieselben in kochendem Wasser weich und biegsam macht und dieselben nunmehr derartig zu einer Achterschlinge verbiegt, daß eine kleinere und eine größere Schlinge entsteht. Das Achterpessar wird nun derartig eingebracht, daß die kleinere Schlinge gegen das hintere Scheidengewölbe zu steht, die Portio in das Lumen der kleineren Schlinge hineinkommt, während die größere Schlinge sich an die vordere Scheidenwand anlegt. Eine Kranke, die von uns in einem solchen Falle ein Pessar bekommt, weisen wir nun an, im Falle des Auftretens irgend welcher Beschwerden sich sofort vorzustellen, um größere Schädigungen zu vermeiden. Fehlen solche, dann hat die Kranke, welche bloß angewiesen wird, täglich desinfizierende Ausspülungen der Scheide zu machen, alle 6—8 Wochen sich wieder vorzustellen zum Zwecke der Desinfektion des Ringes und der Kontrolle der Lageverhältnisse.

In solchen Fällen, wo der retroflektierte Uterus in seinem Corpus sehr hypertrophisch war, ist es vorteilhaft, vor der Anlegung des Pessars eine Ausschabung der Schleimhaut vorzunehmen. Eines der häufigsten Symptome bei Retroflexio sind nämlich protrahierte und in kurzen Intervallen auftretende menstruelle Blutungen sowie profuse Sekretion. Die Veranlassung dazu ist eine in der Regel bestehende Schleimhautschwellung bei gleichzeitig bestehender chronischer

Hyperämie des Organs. In solchen Fällen von Retroflexio uteri, wo eine mangelhafte Involution des Uterus im Wochenbette die Veranlassung zur Entstehung der Retroflexio gewesen, ist diese Erscheinung eine selbstverständliche. Aber auch in den Fällen, wo eine durch andere Ursachen bedingte Retroflexio primär vorhanden war, können wir uns die Hypertrophie des Uterus in seiner Wandung und in seiner Schleimhaut ganz gut erklären.

Durch die Retroflexio resp. Retroversio tritt nämlich eine Torsion der Ligamenta lata ein, infolge deren sich Zirkulationsstörungen etablieren, die eine venöse Hyperämie des Organs und bei langem Bestande eine bindegewebige Induration desselben zur Folge haben. In weiterer Konsequenz entwickeln sich dann die erwähnten lästigen Symptome. Um diese vollauf zu heilen und andrerseits, um die Retroflexion dauernd zu beseitigen, ist es vorteilhaft, eine Ausschabung der Schleimhaut vorzunehmen und im Anschlusse daran nach Aufrichtung des Uterus ein passendes Pessar einzulegen.

Ist der Uterus in seiner anormalen Lage fixiert, dann ist natürlicherweise die Aufrichtung desselben ohne weiteres unmöglich und die Anlegung eines Pessars zu widerraten. Und doch sehen wir so häufig fixierte Uteri scheinbar aufgerichtet, durch eingelegte Pessarien in widernatürliche Lage gebracht, bei Kranken, deren Beschwerden durch ein solches Vorgehen nur vermehrt werden.

Bevor der Uterus nicht vollständig aufgerichtet und frei beweglich ist und wir sicher sind, daß jede entzündliche Reizerscheinung fehlt, kann von einer Einlegung eines Pessars keine Rede sein.

Handelt es sich also um einen fixierten retrovertierten oder retroflektierten Uterus, so muß zunächst die Loslösung des Uterus aus seinen Fixationen angestrebt werden. Solange noch entzündliche Prozesse sich im Becken abspielen, kann von einem Versuche der Wiederaufrichtung nicht die Rede sein und muß man eine antiphlogistische resp. symptomatische Behandlung einleiten.

Handelt es sich in einem Falle schon um die Folgezustände eines seit längerer Zeit abgelaufenen entzündlichen Prozesses, dann können wir die Aufrichtung des Uterus durch Behandlung vorbereiten. Es ist von manchen Seiten die gewaltsame Aufrichtung des Uterus in Narkose durch forcierte manuelle Zerreißung der Adhäsionsmembranen empfohlen worden. Abgesehen davon, daß ein solches radikales Mittel in der Privatpraxis schwer durchführbar ist, widerrate ich auch für die Privatpraxis ein solches Vorgehen, denn entweder drohen bei einem solchen Vorgange schwere Läsionen, auch intraperitoneale Blutungen, oder es gelingt die Loslösung des Uterus in einer einzigen Sitzung trotz Narkose nicht.

Viel zweckmäßiger ist es, durch lange fortgesetzte Massage die Adhäsionen langsam zu dehnen und eventuell, wenn möglich, zur Lösung zu bringen und diese Therapie durch andere Behandlungsarten zu unterstützen. Dazu gehört zunächst die Badetherapie. Moorbäder, Solenbäder oder schließlich Bäder, die man in Privathäusern sich selber bereiten kann, mit Zusatz von Steinsalz, Moorsalzen, Darkauer Jodsalz oder schließlich mit dem neu in die Praxis eingeführten Feldau-Kiefermoor, der einen sehr angenehmen und wirksamen Zusatz zu den Bädern darstellt, ferner Fangobäder, Heißluftbehandlung, permanente heiße Irrigationen und die Belastungstherapie sind wichtige und wertvolle therapeutische Behelfe, deren man in vielen Fällen nicht entbehren kann. Unter Anwendung dieser verschiedenen Behandlungsarten, unter denen aber obenan die gynäkologische Massage steht, wird es uns in zahlreichen Fällen gelingen, den Uterus frei beweglich zu machen, seine Aufrichtung zu bewerkstelligen und ihn dann durch Pessare in der richtigen Lage zu erhalten. Allerdings gelingt das manchmal trotz aller Bestrebungen nicht dann, wenn straffe Fixationen da sind, oder dann, wenn solche Veränderungen an den Adnexen des Uterus vorhanden sind, welche sich durch die erwähnten Behandlungsmethoden nicht beseitigen lassen, oder schließlich dann, wenn die Retroflexio uteri fixata nur Teilerscheinung und Folgeerscheinung einer in früherer Zeit abgelaufenen schweren Pelveoperitonitis ist. In solchen Fällen bleibt, wenn die Beschwerden so hochgradig sind, daß die Kranke sich zu dieser Therapie entschließt, nichts anderes übrig als die Operation. In solchen Fällen muß die Laparotomie ausgeführt werden und nach Lösung des Uterus und seiner Anhänge aus seinen Verwachsungen derselbe an der vorderen Bauchwand durch Nähte fixiert werden, wobei je nach Bedarf schwerer erkrankte Organe der Bauch- und Beckenhöhle ebenfalls operativ angegangen werden müssen. Eine solche Anheftung — Ventrofixation — des Uterus wird man auch vornehmen, wenn bei aus anderen Gründen ausgeführten Laparotomien nach Entfernung der kranken Organe der Uterus entweder seinen Halt verloren hat oder derselbe schon vorher in retroflektierter Stellung sich befunden hat. Während wir im ersten Falle die Operation zum Zwecke der Ventrofixation ausgeführt haben — intentionelle Ventrofixation —, wird in den letzteren Fällen die Ventrofixation bloß als eine occasionelle zu benennen sein.

Die Ventrofixation wird am zweckmäßigsten in der Weise vorgenommen, daß man 3—4 das hintere Fascienblatt des Musculus Rectus und das parietale Blatt des Peritoneums durchgreifende Seidennähte durch die vordere Wand des Uteruskörpers nahe dem Fundus durchführt und knotet. Dabei soll man die Nähte nicht zu seicht durch den Uterus durchführen, um ein Durchreißen zu vermeiden; andrerseits darf man wohl die Nähte nicht zu tief führen, um nicht dabei die Uterushöhle zu eröffnen.

Dadurch gelingt es in der Regel, eine straffe Verbindung zwischen der vorderen Uteruswandung und den vorderen Bauchdecken herzustellen, die einerseits den Uterus in ihrer normalen Lage erhält, andrerseits aber bei einer nachträglich eintretenden Schwangerschaft dem Wachstum des Uterus, wie die Erfahrung lehrt, kein besonderes Hindernis entgegensetzt, zum Unterschied von jenen operativen Eingriffen, welche eine Fixation des Uterus durch intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda oder Annähung des Uteruskörpers an die vordere Scheidenwand auf vaginalem Wege anstreben.

Diese Operationen, welche glücklicherweise nur von sehr wenigen Operateuren zur Ausführung kommen, haben in vielen Fällen schwere Folgezustände, bei eintretender Schwangerschaft die Unterbrechung derselben, wenn nicht lebensbedrohliche Zustände im Gefolge, sind daher schon aus diesem Grunde nicht ratsam. Sie sind aber, wie ich behaupte, auch unnötig. Denn handelt es sich um eine bewegliche Retroflexio uteri, so genügt die konservative Behandlung und Pessarbehandlung vollständig.

Gelingt jedoch die Aufrichtung des Uterus nicht, dann kann nur die Laparotomie normale Verhältnisse schaffen, nie und nimmer aber die Colpotomia anterior mit nachfolgender vaginaler Fixation des Uterus. Auch in solchen Fällen, wo die Patientin eine operative Behandlung ihres Leidens einer Pessarbehandlung vorzieht, ist die Laparotomie der vaginalen Fixation als ein im Hinblicke auf die Zukunft schonenderes Verfahren vorzuziehen. In solchen Fällen leistet auch die Alexander-Adamsche Operation, die eine extraperitoneale bedeutende Verkürzung der Ligamenta rotunda zum Zwecke hat, sehr gute Dienste. Jedenfalls ist die Zahl der Fälle, in welchen eine operative Behandlung der Retroflexio uteri wirklich angezeigt ist, verschwindend klein gegenüber der Anzahl der in der Jetztzeit ausgeführten vaginalen Fixationen, eine Tatsache, die einer weiteren Kritik nicht bedarf.

Die Behandlung der Inversio uteri puerperalis gehört nicht in den Rahmen dieser Besprechung. Die Behandlung der Inversio des nicht puerperalen Uterus haben wir bereits an früherer Stelle erwähnt und es bleiben somit nur noch jene Fälle von Lage- und Formanomalien zu besprechen, welche

wir als Elevatio, Ante- und Retropositio und Torsio uteri bezeichnet haben.

Das sind aber in der Regel Lageanomalien, die bedingt sind durch Tumorenbildungen am Uterus oder in dessen Umgebung, durch deren Beseitigung die normale Lage des Uterus wieder hergestellt wird, so daß es einer speziellen Therapie derselben nicht bedarf, um so mehr, als die eine solche Anomalie begleitenden Symptome und Beschwerden in der Regel nicht durch die Form- und Lageanomalien, sondern durch die dieselben veranlassenden Ursachen erzeugt werden.

Wir sehen daher, daß es uns bei sorgfältiger Individualisierung der einzelnen Fälle fast stets gelingen wird, die oft außerordentlichen Beschwerden unserer Kranken zu beseitigen oder wenigstens wesentlich zu mildern, wenn wir uns nur vor Augen halten, daß es unsere Pflicht ist, solche Behandlungsmethoden einzuschlagen, durch die wir den Kranken mehr Nutzen als Schaden stiften.

Aus dem städtischen Krankenhause in Graz.

Über das neue Diuretikum „Theocin".

Von **Sekundararzt Dr. Karl Mitterer.**

Nachdem es gelungen ist, das im Tee neben Koffein in Spuren vorkommende Alkaloid „Theophyllin" auf synthetischem Wege darzustellen, wurde es unter der Bezeichnung „Theocin" in die Therapie eingeführt und hat sich allgemein als äußerst wirksames Diuretikum erwiesen. Das Theocin ist gleich dem Theobromin ein Dimethylxanthin, ist also mit letzterem isomer und mit dem Koffein, welches die Chemiker als Trimethylxanthin bezeichnen, nahe verwandt. Daß diese Substanz eine diuretische Wirkung haben mußte, war naheliegend, doch hat sich gezeigt, daß diese Wirkung ganz beträchtlich stärker ist als die des Koffeins und Theobromins.

Das Theocin ist ein weißes Pulver, das sich in Wasser etwas schwer löst, deshalb wurde es seitens der Fabrik vor einiger Zeit mit essigsaurem Natron kombiniert und wird in dieser Form als Theocin natr. acet., da es löslicher ist, auch besser vertragen. Die im folgenden angeführten Versuche wurden zum Teil mit reinem Theocin, zum Teil mit Theocin. natr.-acet. gemacht. Gegeben wurde das Mittel teils in Pulverform, teils in Form der Bayerschen Originaltabletten. Die diuretische Wirkung war in den meisten Fällen eine ausgesprochene, in vielen Fällen aber eine sehr ausgiebige, z. B. im 9. Falle, wo eine Diurese von nicht weniger als 15 l erzielt wurde! Diese ganz hervorragende harntreibende Wirkung des Mittels wird bereits in zahlreichen Publikationen hervorgehoben. Rasche und zuverläßliche Wirkung scheint besonders bei kardialem Hydrops einzutreten. Daß die Wirkung keine anhaltende ist, sondern sehr bald nachläßt, liegt in der Natur der Sache. Der diuretische Effekt durch rasche Abnahme der Ödeme tritt jedoch in der Regel ein.

Das Theocin wurde von mir seit über 2 Jahren in einer Anzahl von 50—60 Fällen mit fast durchgehend außerordentlich günstigem Ergebnisse angewandt. Es wurde in Pulver- und Tablettenform angewandt, und zwar in der Art, daß innerhalb der ersten 12—24 Stunden 3 Pulver zu 0·20 bzw. Tabletten zu 0·25 in womöglich gleichmäßigen Zwischenräumen verabfolgt wurden. Die Harnmenge stieg gewöhnlich schon am nächsten Tage ganz beträchtlich an, erreichte ihren Höhepunkt, mit Ausnahme des Falles Nr. 9, der überhaupt ein ganz besonders interessantes Ergebnis lieferte, am zweiten Tage, um noch am dritten Tage sichtbar zu sein und dann auf die frühere Menge zu sinken. Üble Nebenwirkungen wurden in der Regel nicht beobachtet, in einigen vereinzelten Fällen traten Schwindel, Kopfschmerzen, Üblichkeiten und Erbrechen auf, in 3 Fällen (2 Weiber und 1 Mann) stellten sich leichte Aufregungszustände mit Delirien ein, in ein paar Fällen, wo überhaupt jede Medikation versagte, trat mit dieser Erbrechen auf. Tabletten wurden ohne jede Nebenwirkung genommen.

Als Indikation für die Darreichung von Theocin gelten Ödeme im Gefolge von Herz- und Nierenerkrankungen. Bei Aszites aus anderer Ursache und Pleuritis exsudativa erzielte Theocin keinen wesentlichen Erfolg. Es wurde auch bei chronischer Nephritis (siehe die diesbezüglichen angeführten Fälle) mit ebendemselben guten Ergebnis angewandt wie bei Herzfehlern, Herzerweiterungen und Herzmuskelentartungen. Als besonders empfehlenswert stellte sich namentlich bei Herzinkompensation eine Voranschickung von Infus. fol. digit. heraus. Eine Ausnahme hiervon macht nur der Fall Nr. 9, bei dem ohne Digitalis sofort ein ganz unmöglich scheinender Effekt erzielt wurde.

I. L. H., 66 Jahre, Pferdeknecht. Diagnose: Herzmuskelentartung. Vorwiegende Krankheitserscheinungen: Bedeutende Cyanose der sichtbaren Schleimhäute und peripheren Körperteile sowie des Gesichtes, starke Ödeme der unteren Extremitäten, mäßige Arteriosklerose. Behandlung: Patient wird vom 7. Oktober 1903 ab 3 Tage hindurch mit Infusum digitalis behandelt. Am 12. Oktober erreicht die diuretische Wirkung der Digitalis ihren Höhepunkt mit 2470 *g*. Da die Ödeme noch nicht ganz geschwunden sind, wird am 12. Oktober mit der Darreichung von Theocin begonnen. Die Harnmenge steigt bereits am 13. Oktober prompt auf 3550 *g*, beträgt am 14. Oktober 2260 *g*, am 15. Oktober 2100 *g*, am 16. Oktober 1800 *g*, um am 17. Oktober auf 500 *g* zu sinken. Die tägliche Flüssigkeitsaufnahme beträgt durchschnittlich 1200 *g*.

II. M. F., 51 Jahre, Taglöhner. Diagnose: Herzmuskelentartung mit mächtigen Ödemen der unteren Extremitäten. Behandlung: Ab 26. Oktober 1903 bis 28. Oktober Inf. fol. digit. Die Harnmenge steigt dabei von 500 *g* am 26. Oktober auf 1000 *g* am 28. Oktober. Nachdem eine Zeit hindurch Tinct. Strophant. (mit wiederholten Darreichungen von Diuretin) gegeben wurde und die Harnmenge dabei zwischen 700 und 1500 täglich geschwankt, wird am 5. November 1903 Theocin verabfolgt. Am 6. November steigt die Harnmenge auf 2000 *g*, beträgt am 7. November 4500 *g*, am 8. November 3400 *g* und sinkt am 9. November auf 1300 *g*. Die tägliche Flüssigkeitsaufnahme beträgt durchschnittlich täglich 1200 *g*.

III. H. J., 57 Jahre, Privatbeamter. Diagnose: Herzmuskelentartung mit bedeutender Cyanose des Gesichtes, der sichtbaren Schleimhäute und peripheren Körperteile. Behandlung: Pat. bekommt am 17. Januar 1903 Theocin und stellt sich das Verhältnis zwischen Flüssigkeitsaufnahme und -Ausgabe wie folgt dar:

	Flüssigkeitseinnahme	Flüssigkeitsausgabe.
17. Januar 1904	600 *g*	600 *g*
18. „ 1904	800 „	1000 „
19. „ 1904	800 „	1500 „
20. „ 1904	800 „	2700 „
21. „ 1604	800 „	2500 „

IV. H. J., 58 Jahre, Privatbeamter. Es ist derselbe Patient wie im Falle III, der nach zirka $^1/_2$ Jahre wieder erscheint. Diagnose: Herzmuskelentartung mit kolossalem Ödem des ganzen Körpers. Behandlung: Die Kombination von Infus. digit.-Diuretin ergibt bei einer Flüssigkeitsaufnahme von 600 *g* per Tag nur eine Harnmenge von 500 *g* täglich, bzw. am 2. Tage 650 *g*. Dann sinkt dieselbe wieder auf 200 *g*, um bei Darreichung von Theocin. natrium auf 350 zu steigen. Die Herzinkompensation war in diesem Falle auf keine Weise mehr zu beheben und ging Pat. mit Tod ab.

V. N. G., 58 Jahre, Kaufmann. Diagnose: Nephritis chronica. Bedeutende Ödeme der unteren Extremitäten und ebensolche Flüssigkeitsansammlung im Bauch- und Brustraum. Patient wird zuerst ohne nennenswerten diuretischen Erfolg mit Inf. digit. und dann mit Kalomel behandelt. Am 28. Juni 1904 erhält derselbe Theocin.

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge
27. Juni	850 *g*	500 *g*
28. „	900 „	600 „
29. „	950 „	Anstieg auf 3000 „
30. „	900 „	3500 „
1. Juli	950 „	1700 „
2. „	900 „	1000 „

VI. S. A., 56 Jahre, Aushilfskellner. Diagnose: Herzerweiterung, mächtige Ödeme der unteren Extremitäten, der Bauchwand und des Skrotums; viel freie Flüssigkeit im Bauchraume. Behandlung: Patient erhält zuerst Inf. fol. digit.

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge
9. Juli	700 g	700 g
10. "	1000 "	2500 "
11. "	1000 "	8500 "
12. "	1000 "	7100 "
13. "	1000 "	3400 "
14. "	800 "	2000 "
15. "	800 "	900 "

Am 16. Juli erhält Patient Theocin. natr.-acet., da trotz der reichlichen Diurese noch immer Flüssigkeitsansammlungen nachweisbar sind.

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge
16. Juli	700 g	900 g
17. "	900 "	3400 "
18. "	700 "	1950 "
19. "	700 "	1000 "
20. "	900 "	2000 "
21. "	700 "	700 "

Am 21. Juli wird nochmals Theocin. natr. versucht und tatsächlich steigt die Harnmenge noch einmal um ein Geringes an:

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge
22. Juli	900 g	2000 g
23. "	700 "	1000 "
24. "	700 "	700 "

VII. M. J., 48 Jahre, Taglöhner. Diagnose: Nephritis chronica. Schwellung der Beine, der Bauch- und Rückenhaut, freie Flüssigkeit im Bauchraum. Patient erhält zuerst Inf. fol. digit. kombiniert mit Diuretin 6 g. Diurese dabei 200—1700 g im Tage bei Flüssigkeitsaufnahme von 800 g durchschnittlich. Am 3. März 1904 erhält Pat. Theocin natr.

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge
3. März 1904	800 g	1700 g
4. " 1904	800 "	2000 "
5. " 1904	800 "	2300 "

Bei nachfolgenden heißen Einpackungen schwankt die Diurese zwischen 3500 und 2000, erreicht einmal die Höhe von 5000 und bleibt dann konstant auf 1700.

VIII. S. A., 62 Jahre, Vorbeter. Diagnose: Herzerweiterung. Mächtige Ödeme der ganzen unteren Extremitäten, beider Vorderarme, der unteren Hälfte des Stammes und des Skrotums. Freie Flüssigkeit im Bauchraum. Patient erhält zuerst Inf. fol. digit., später Tinct. Strophant. und Inf. Juniperi. Die Diurese schwankt dabei zwischen 2500 und 1000, nachdem sie bei Inf. digit. ihren Höhepunkt mit 5300 erreicht hatte. Am 25. Juni erhält Pat. Theocin in Tablettenform.

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge	
23. Juni	850 g	1300 g	
24. "	900 "	1200 "	
25. "	850 "	1500 "	Theocin
16. "	900 "	5500 "	
27. "	900 "	3500 "	
28. "	850 "	4000 "	
29. "	900 "	2700 "	

Bei weiterer Darreichung von Koffein und Kalomel schwankte die Harnmenge zwischen 900 und 1700.

IX. R. F., 48 Jahre, Wäscherin. Diagnose: Herzfehler (Insufficientia valvulae mitralis). Ödeme der Beine, freie Flüssigkeit im Bauchraum. Pat. erhält sofort bei ihrem Eintritte, ohne daß eine andere Medikation vorausgeschickt wird, 3 Tabletten Theocin. natr.

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge
24. Oktober	durchschnittlich 1200 g im Tage	kein Harn
25. "		15000 (!) g
26. "		4000 "
27. "		3000 "

Bei weiterer Darreichung von Tinct. Strophant. erhielt sich die Harnmenge auf durchschnittlich 2000—4000 täglich. Pat. war am Nachmittag im Spital aufgenommen worden und erhielt um 7 Uhr abends, 10 und 12 Uhr nachts je eine Theocintablette. Um 7 Uhr früh, also nach nur 12 Stunden, erreichte die Diurese die ganz kolossale Höhe von 15 *l*. Die Tabletten wurden ohne alle Nebenerscheinungen leicht vertragen.

X. R. E., 49 Jahre, Wäscherin. Diagnose: Herzfehler (Insufficientia valvulae mitralis). Ödeme der Beine, freie Flüssigkeit im Bauchraum. Es ist derselbe Fall wie in Nr. IX, 1½ Jahre später. Pat. erhielt diesmal Theocin natr. acet. 3mal 0·4.

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge
13. Januar	1200 g	kein Harn
14. "	1200 "	6000 g
15. "	1200 "	3000 "
16. "	1200 "	2500 "
17. "	1200 "	2000 "

Diesmal erreichte die Diurese nicht jene gewaltige Höhe, war aber immerhin ganz bedeutend. Von Nebenerscheinungen waren diesmal Schwindel, Kopfschmerzen, Brechreiz und Aufstoßen von üblem Geschmack zu bemerken.

XI. Sch. A., 68 Jahre, Schriftenmaler. Diagnose: Chronische Nierenentzündung. Hochgradige Ödeme der oberen und unteren Extremitäten, freie Flüssigkeit im Bauchraume. Ödeme des Penis und des Skrotums. Patient erhält zuerst Inf. fol. digit., Harnmenge dabei zwischen 400—800 g; bei Darreichung von Theocin. natr.-acet. trat keine nennenswerte Diurese auf, ebensowenig bei Darreichung von Kalomel. Die Harnmenge beträgt konstant nur 300—500 g. Am 1. April 1905 wurde zum zweiten Male Theocin nach einer Pause von 10 Tagen versucht. Diesmal stieg die Harnmenge am 2. April auf 1000, am 3. April auf 1200 und beträgt am 4. April wieder 1000. Danach wurde Inf. Juniperi gegeben, wobei die Harnmenge ihr Maximum mit 1700 erreichte. Nachdem sie aber am 17. April wieder täglich nur 1000 g betrug, wurde am 20. April nach einer Pause von 15 Tagen abermals Theocin versucht.

	Flüssigkeitseinnahme	Harnmenge
20. April	900 g	1000 g
21. "	1000 "	1300 "
22. "	1000 "	1600 "
23. "	1000 "	1200 "

XII. H. B., 78 Jahre, Drechslerswitwe. Diagnose: Herzfehler (Insufficienta valvulae mitralis). Kolossale Ödeme des ganzen Körpers, mächtige Cyanose des Gesichtes, der sichtbaren Schleimhäute und peripheren Körperteile. Hochgradige Atemnot. Pat. erhielt zuerst Infus. fol. digit. ohne nennenswerte diuretische Wirkung. Nachdem durch obige der Tonus der Herzmuskulatur sich gebessert hatte, wurde am 10. Juni Theocin. natr.-acet. verabfolgt. Die Harnmenge stieg bei einer durchschnittlichen täglichen Flüssigkeitsaufnahme von 1000—1200 g, am 11. Juni auf 3000, verblieb am 12. Juni ebenfalls auf 3000 und sank am 13. Juni auf 2300. Pat. steht noch hier in Spitalsbehandlung und befindet sich derart wohl, daß sie bereits aufzustehen vermag.

Die vorstehenden Fälle wurden ohne besondere Auswahl lediglich als Beispiele angeführt. In allen anderen, hier nicht angeführten Fällen hat das Theocin. natr.-acet. sich ganz ebenso verhalten, d. h. es hat fast überall sehr gut gewirkt; versagt hat es nur in solchen Fällen, wo überhaupt durch ein Diuretikum nichts zu erzielen war.

Auf Grund meiner langen Beobachtungen, kann ich also das Theocin, bzw. das Theocin. natr.-acet. als eines der kräftigsten Diuretika, die wir derzeit kennen, bezeichnen, mit welchem in jedem geeigneten Falle ein Versuch gemacht werden sollte, da es unter Umständen von lebensrettender Wirkung sein kann. Die von verschiedenen anderen Autoren hervorgehobenen unangenehmen Nebenwirkungen scheinen doch nicht allzuhäufig aufzutreten und dürften sich in den meisten Fällen in noch zulässigen Grenzen bewegen. Jedenfalls ist anzuraten, niemals gleich mit großen Dosen zu beginnen, sondern, wie ich dies stets getan, nur kleine Dosen von höchstens 0·25 auf einmal zu verabreichen; selbstverständlich soll man Theocin auch nicht auf nüchternem Magen, sondern

stets nach den Mahlzeiten einnehmen lassen. Wegen der leichteren Löslichkeit und besseren Verträglichkeit ist jedenfalls das Theocin. natr.-acet. zu bevorzugen, und zwar verschreibt man es am besten in Form der BAYERschen Originaltabletten zu 0·25. Tritt der Effekt nach 2—3 Tagen nicht oder in nur ungenügendem Maße ein, so hat es keinen Zweck, das Mittel weiter zu geben, doch kann man auch in solchen Fällen den Versuch nach einiger Zeit wiederholen. Ich habe in verschiedenen Fällen (siehe die Fälle VI und XI) die Theocinbehandlung nach jedesmaliger Pause zwei- und dreimal wiederholt und jedesmal Wirkung erzielt.

Referate.

PAUL ZACHARIAS (Erlangen): **Über Ovarialresektion.**

Früher hatte man als Bedingung für die Erhaltung von Ovarialresten das Vorhandensein makroskopisch sichtbaren Eierstockgewebes gefordert. Die Beobachtung aber, daß beiderseits das ganze Ovarium gleichmäßig in einer benignen Tumorbildung aufgegangen sein könne, ohne daß sich makroskopisch unverändertes Ovarialstroma erkennen läßt, und doch sich bei derartigen Patienten bis zur Operation die Menstruation ungestört zeigte, brachte MENZL, aus dessen Klinik die vorliegende Mitteilung („Zentralblatt f. Gynäk.", 1905, Nr. 33) erfolgt, auf den Gedanken, auch in solchen Fällen noch Reste von Ovarialsubstanz zu erhalten. Zu diesem Zwecke wird die Wand des Tumors an der Basis ovulär ganz oberflächlich eingeschnitten, dann die Geschwulst vorsichtig aus der Hiluspartie herausgeschält, so daß schließlich eine etwa 1 *mm* gleichmäßig dicke Gewebsplatte von Zwei- bis Fünfmarkstückgröße zurückbleibt. Diese Platte wird dann gefaltet und so vernäht, daß die durch die Ausschälung der Geschwulst entstandene Wundfläche ganz abgeschlossen ist und schließlich ein längliches, flaches oder wurstförmiges Gebilde übrig bleibt, welches wie ein normales Ovarium an dem hinteren peritonealen Blatte des Lig. latum hängt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß das restierende Gewebe aus dem Keimepithel der Albuginea und einem sehr zellreichen Bindegewebsstreifen bestand, in welchem sich zwar keine Follikel, wohl aber kleine Corpora albicantia vorfanden. In den drei mitgeteilten Fällen blieb die Menstruation nach der Operation erhalten. ZACHARIAS wirft die Frage auf, ob nicht vielleicht das Keimepithel allein genüge, den Fortbestand der Menstruation zu unterhalten, und zweitens, ob es nicht unter dem Einfluß des restierenden Keimepithels zu einer Art Regeneration des Ovariums kommen könne.

FISCHER.

SELLEI: **Behandlung des Harnröhrentrippers mit prolongierten Einspritzungen (Harnröhrenfüllungen, Pansements intra-uréthraux).**

SELLEI hat das vor kurzem von MOTZ angegebene Verfahren der Pansements intra-uréthraux nachgeprüft („Monatsberichte für Urologie", 10, H. 7, pag. 385). Dasselbe besteht darin, daß nach Auswaschen der Harnröhre mit dem GUYONschen Katheter 4—5 cm^3 einer antiseptischen Flüssigkeit über Urethra posterior und anterior verteilt werden und das Ausfließen aus dem Orificium durch möglichst tiefes Eindrücken eines Wattetampons ins Orificium externum verhindert wird. MOTZ empfiehlt, zum Auswaschen Borwasser oder Hydrarg. oxycyanatum 1 : 2000 und zur folgenden Füllung der Harnröhre 5 cm^3 einer Lösung von Hermophenyl (ein neues Hg-Präparat) in der folgenden Kombination zu verwenden:

Rp.	Hermophenyl	0·5—1·0
	Protargol	0·5—1·0
	Cocaini hydrochl.	1·0
	Aq. dest.	1000·0
	Glycerini	30·0

SELLEI modifizierte das Verfahren von MOTZ, indem er zur Reinigung der Harnröhre vorsichtige Ausspülungen mit einer 28—30° C warmen Lösung von Kalium hypermanganicum 1 : 5000 in Form SORNETscher Irrigationen und nachfolgend eine Instillation von 5 cm^3 folgender Lösungen vornahm, u. zw. für akute Fälle:

Rp.	Hermophenyl	0·5—1·0
	Protargol	0·5—1·0
	Glycerini	30·0
	Aq. dest.	1000·0

und für chronische Fälle:

Rp.	Hermophenyl	1·0
	Protargol	2·0
	Glycerini	30·0
	Aq. dest.	1000·0

Kommt SELLEI wegen Gewöhnung des Mittels nicht rasch genug vorwärts, so wechselt er ab und empfiehlt:

Rp.	Hydrarg. oxycyanat.	0·5—1·0
	Protargol	2·0—5·0
	Glycerini	40·0
	Aq. dest.	1000·0

oder auch

Rp.	Argent. nitric.	0·5
	Glycerini	25·0
	Aq. dest.	1000·0

Rp.	Cupr. sulfur.	1·0
	Protargol	1·5
	Glycerini	25·0
	Aq. dest.	1000·0

SELLEI berichtet im ganzen über 44 Fälle (Hälfte akut, Hälfte chronisch); unter den chronischen Fällen befinden sich auch zwei durch Streptobazillen hervorgerufene Urethritiden. SELLEI gibt an, daß er bei akuten Fällen meistens in sehr kurzer Zeit, in den chronischen oft nur bei gleichzeitiger Anwendung anderer Methoden (Sondenkur, Massage) ebenso rasch zum Ziele gekommen sei.

K. F.

WHITE (Boston): **Komplikationen von seiten des Herzens bei Diphtheritis.**

WHITE hat seine diesbezüglichen Beobachtungen an 946 Fällen von Diphtheritis angestellt („Boston med. and surg. journal", 20. Oktober 1905). Oft konstatiert man systolische Geräusche und Unregelmäßigkeit des Pulses, aber die Prognose wird von der einfachen Gegenwart dieser Zeichen nicht beeinflußt. Die Schwere der Infektion, die Nichtanwendung der Serumtherapie und die Gegenwart schwerer Herzerscheinungen gestalten dagegen die Prognose ungünstig. Man muß häufig das Herz während der diphtheritischen Erkrankungen untersuchen. Die pathologischen Modifikationen bedenklicher Art können sehr plötzlich auftreten. Die schweren Herzsymptome sind Galopprhythmus, Erbrechen und epigastrische Schmerzen. Das antitoxische Heilverfahren ist bei schweren Herzerscheinungen keineswegs kontraindiziert. Seine rechtzeitige Anwendung kann geradezu als Präventivkur für Herzerkrankungen gelten. Diese treten besonders oft in der zweiten und dritten Woche auf. In den schweren Fällen ist möglichst lange Bettruhe zu verordnen, um so mehr, wenn ein Herzgeräusch oder eine Pulsirregularität besteht. Nach 5 Wochen sind Herzerscheinungen selten.

J. ST.

NEUKIRCH (Nürnberg): **Über essentielle Albuminurie.**

Man darf die essentielle Albuminurie weder als etwas rein Physiologisches, noch als eine echte Nephritis betrachten, sie ist eine Krankheit sui generis. Daß dieselbe unter ungünstigen Verhältnissen oder namentlich unter Einwirkung anderer Krankheiten in eine echte Nephritis übergehen kann, mag möglich sein. Verf. hat bis jetzt keinen derartigen Fall beobachtet (Festschr. f. G. MERKEL — „Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 84). Daß die Influenza eine starke Reizung der Nieren bewirkt, ist bekannt; das Auftreten von akuter Nephritis nach Influenza ist daher nicht selten. Ebenso wird das Auftreten von Eiweiß im Urin nach Anginen beobachtet; daß Anginen auch bei schon bestehender Nephritis einen ungünstigen Einfluß ausüben, wird oftmals beobachtet. Das klinische Bild der essentiellen Albuminurie dürfte in seinen Hauptzügen als feststehend betrachtet werden können. Sie tritt mit großer Wahrscheinlichkeit

im Gefolge von Infektionskrankheiten auf; Diphtherie und Scharlach kommen hauptsächlich dabei in Betracht. Ob pathologisch-anatomische Veränderungen der Nieren bei dieser Erkrankung vorkommen, wissen wir zurzeit nicht, weil noch keine Sektionsbefunde vorliegen. Das charakteristische Symptom der essentiellen Albuminurie ist der jähe Wechsel zwischen Eiweißfreiheit des Harns und hohem Eiweißgehalte desselben. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, doch muß die Niere solcher Individuen als locus minoris resistentiae betrachtet werden. Therapeutisch kommen Schonung, eventuell Aufenthalt in Höhenklima in Betracht. B.

L. EINIS (Ekaterinodar, Kaukasus): **Über einen Fall von Nephritis mit malignem, fulminantem Verlauf nach Angina follicularis.**

Auf Grund eines von ihm beobachteten Falles glaubt Verf. folgende allgemeine Schlußsätze aufstellen zu können („Monatsberichte für Urologie", 1905, März): 1. Sowohl in bezug auf die Krankheit überhaupt, wie auf Erkrankungen der Nieren insbesondere kann, namentlich im Kindesalter, die sorgfältigste Aufnahme der Anamnese bei der Lösung der Frage des Wesens der jeweiligen Erkrankung sehr wichtige Dienste leisten. 2. Selbst im Verlaufe solcher Infektionskrankheiten, welche, wie z. B. die Angina follicularis, sich durch leichten und günstigen Verlauf auszeichnen, darf man die Möglichkeit einer Komplikation von seiten der Nieren nicht außer acht lassen, wobei man eventuell annehmen kann, daß innerhalb eines gewissen Stadiums nach dem scheinbaren Ablaufe der Grundkrankheit die von seiten der Nieren drohende Gefahr größer ist als während des Verlaufes des Krankheitsprozesses selbst. 3. Es gewinnt hier die Annahme an Wahrscheinlichkeit, daß die Nieren als das hauptsächlichste Ausscheidungsorgan nach Ablauf einer infektiösen Erkrankung mit pathogenen Elementen überladen und einer intensiveren Wirkung derselben ausgesetzt sind. Außerdem erleiden die Nieren infolge der ihnen zufallenden Aufgabe — der Elimination der Infektionskeime — eine Steigerung ihrer Funktion, die schließlich zur Ermüdung führt. 4. Auf diesen Gedanken bringt die allgemein bekannte Tatsache, daß auch die postskarlatinöse Nephritis nicht auf der Höhe der Erkrankung, sondern erst gegen Ende der zweiten oder zu Beginn der dritten Krankheitswoche auftritt, zu welcher Zeit die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen in der Mehrzahl der Fälle schon verschwunden sind, aber eine intensivere Elimination des Scharlachgiftes von seiten der sekretorischen Nierenelemente stattfindet. L—y.

MAX BENSINGER (Mannheim): **Neues Verfahren zur Entwicklung des abgerissenen, in utero zurückgehaltenen Kopfes.**

In 2 Fällen wurde an den Rest der Wirbelsäule bzw. an die Basis cranii eine Kugelzange angesetzt, Uterus und Halskanal mit Jodoformgaze, die Vagina mit Watte tamponiert, an der geschlossenen Kugelzange eine Schnur befestigt, an deren über die Fußwand geleitetem Ende ein Gewicht ($1-1^{1}/_{2}$ *kg*) angebracht wurde. Dieses Verfahren („Zentralblatt f. Gynäkol.", 1905, Nr. 30) ist schonend, leicht ausführbar und für die Pat. absolut nicht lästig. Es löst kräftige Uteruskontraktionen aus, dehnt das untere Uterinsegment, bringt eine eventuelle Blutung nach außen zum Stehen und verhindert, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, das Eindringen von Pilzen in die Uterushöhle. FISCHER.

MARAMALDI und MOSCA (Neapel): **Das Arhovin.**

Verff. veröffentlichen ihre Erfahrungen mit Arhovin („Giorn. d. Scienz. med.", 1905, Nr. 16), denen in einem der nächsten Hefte weitere ausführliche Berichte folgen sollen. In Übereinstimmung mit früheren Publikationen geht aus dieser Arbeit hervor, daß sich das Arhovin infolge seiner hohen antibakteriellen Wirkung sowohl lokal in Öllösung als Antigonorrhoikum bewährte, als auch bei seiner internen Anwendung durch Desinfektion der Harnwege sterilisierend auf die Schleimhaut der Urethra und Harnblase wirkte und daß es in wesentlich kürzerer Zeit als die üblichen Antigonorrhoika ohne Komplikationen zur Heilung der Gonorrhöe führte. Die Fälle betrafen in erster Linie Gonorrhöe und Cystitis spl., dann aber auch Cystitis gonorrhoica und Fluor albus infolge Zervixkatarrh. Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe eignet sich Ahrovin ausgezeichnet, da die bekannten Arhovin-Globuli und -Bacilli eine sehr bequeme und intensive Anwendung erlauben. Für Injektionen wurde gewöhnlich die Öllösung, nach dem Rp.: Arhovin 2—3 *g*, Ol. Olivar. ad 100, 2—3mal täglich eine Spritze verwendet. Die Injektion erfolgt in gleicher Weise wie die wässerige Lösung anderer Antigonorrhoika, hat aber den wesentlichen Vorteil, wohl die einzige Injektionsflüssigkeit zu sein, die die Falten der Schleimhaut nicht adstringierend verschließt, daher Tiefenwirkung ermöglicht. Zur innerlichen Darreichung des Arhovin dienen Gelatinekapseln à 0·25 *g*, 3—6mal täglich 1—2 Stück dosiert. G.

NATHAN (Paris): **Ikterus der Neugebornen.**

NATHAN unterscheidet bei Ausschluß des symptomatischen Ikterus infolge von Leber- oder Gallenaffektionen zwei Arten: Ictère hémaphéique und Ictère biliphéique oder infektiösen Ikterus. Die erste Form ist sehr häufig (nach KEHRER 414 von 690 Neugebornen). Die Prognose ist stets gut. Behandlung ist gänzlich unnötig, da in 3—4 Tagen Heilung eintritt. Die infektiöse Form ist ungleich bedenklicher. Ihre schwerste Abart ist die sogenannte WINCKELsche Krankheit („Gazette des hôpitaux", 1905, Nr. 89). Diese führt stets nach wenigen Tagen zum Tode. Es handelt sich um einen hohen Grad von intestinaler Infektion. Die leichteren Fälle bezeichnet NATHAN schlechtweg als Ictère intestinal. Eine dritte Abart ist der vom Nabel her infolge einer Phlebitis der Vena umbilicalis bedingte infektiöse Ikterus. Die Therapie der infektiösen Form muß zwei Dinge berücksichtigen: Erstens die Desinfektion des Verdauungstraktes, zweitens die Entfernung der Gallenpigmente. Dieser doppelten Indikation entsprechen Klysmata und Magenausspülungen mit Vichywasser. Natürlich darf die entsprechende Diät nicht fehlen. J. St.

M. NASH (London): **Zur Prophylaxe der epidemischen Diarrhöe.**

N. glaubt, daß die Verunreinigung der Nahrungsmittel, insbesondere aber der Milch, zur Sommerszeit durch die Fliegen und den Staub — beide Faktoren gerade in dieser Jahreszeit besonders häufig — verursacht werden. Die gewöhnliche Fliege verschleppt am allermeisten pathogene Bakterien in die Nahrungsmittel („The Lancet", September 1905). Um die Mortalität der Kinder im Sommer herabzusetzen, ist die Vorsorge für reine Milch in erster Linie geboten. Für die Verminderung des Staubes soll eine vernünftige Straßenpflege, wie Waschung der Straßen etc. sorgen. Ein reinliches Personal muß auf die Reinhaltung der Küchengeräte von Staub und Fliegen bedacht sein. J. St.

Kleine Mitteilungen.

— Den **Einfluß der Serumbehandlung auf die Diphtheriemortalität** schildert E. FABER („Jahrb. f. Kinderhk.", 1905, Nr. 5). Er fand: Die Serumbehandlung beschränkt die relative Mortalität der Diphtherie bedeutend. Die Mortalitätsabnahme beruht auf der Fähigkeit der Serumbehandlung, der Diphtherieintoxikation entgegenzuarbeiten, während der Einfluß der Serumbehandlung auf die Stenose und die komplizierenden Lungenleiden nicht so groß ist, daß er sich in der Statistik gegenüber den anderen bestimmenden Faktoren geltend machen kann. Je frühzeitiger im Bestehen der Krankheit die Serumbehandlung begonnen hat, desto geringere Gefahr ist für den Patienten vorhanden, an Diphtherieintoxikation zu sterben. Die Gefahr, an Deszendenz oder Pneumonie zu sterben, ist dagegen für die frühzeitig und spät behandelten Patienten ungefähr gleich. Da die Todesursache der Diphtheriefälle am häufigsten Intoxikation, die der Kruppfälle Deszendenz oder Pneumonie ist, zeigt sich die Mortalitätsabnahme deutlich in der Diphtheriestatistik, hingegen nicht in der Kruppstatistik.

— Zur **Technik der Anwendung venöser Hyperämie** berichtet HEULE („Allg. med. Zentralztg.", 1905, Nr. 15). Verf. gebraucht statt der Gummibinde einen Hohlschlauch zur Konstriktion; der Schlauch wird um die Extremität lose herumgelegt, mit einer Klammer zusammengehalten und dann unter Kontrolle eines Manometers durch ein seitlich an ihm angebrachtes Gummirohr mittelst eines gewöhnlichen Doppelgebläses mit Luft gefüllt. So kann man immer wieder den gleichen Druck anwenden, der einmal als richtig erkannt war. Die Höhe desselben muß zunächst für jeden einzelnen Fall besonders ausprobiert werden, indem man mit 3—4 *cm* Quecksilber anfängt und ganz allmählich steigt, bis man das Optimum gefunden hat; dieses liegt in der Regel zwischen 6—8 *cm* Quecksilber. Korrekturen in dem Grade der Stauung lassen sich durch Hinzufügen oder Herauslassen von etwas Luft sehr leicht ausführen.

— Zur **Gichtbehandlung** mit Citarin berichtet MERKEL („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 83, Nr. 1—4). Die Behandlung der Gicht wurde in der Weise vorgenommen, daß Verf. am ersten Tage meist viermal 2·0 Citarin gab, an den drei folgenden Tagen ganz konstant dreimal 2·0 mit dem ausdrücklichen Bemerken, daß bei ganz abnormem Schmerzausbruch noch außerdem eine Tablette gegeben werden dürfe. Der Erfolg war bei fast allen gut. Unter meist leichtem Schwitzen war rasch nach 4—5maligem Einnehmen der Tabletten der Schmerzanfall als solcher kupiert und die betreffenden kranken Leute waren in kurzer Zeit wieder auf den Beinen. Wie lange und wie viel Citarin gegeben werden muß, ist jedesmal erst auszuprobieren.

— Das **Anaesthesin** vermag nach den Erfahrungen von REISS („Therapie der Gegenwart", 1905, Nr. 10) die Wirkung des Brechweinsteins zu paralysieren, während es gegen die Apomorphinwirkung machtlos ist. Es wirkt also im Magen ausschließlich durch Lähmung sensibler Nervenendigungen. Nur reflektorisch von der Magenwand aus erzeugtes Erbrechen kann durch Anaesthesin bekämpft werden. Die Dauer seiner Wirkung auf den Magen beträgt beim Menschen etwa $^1/_2$ Stunde. Der Beginn der Einwirkung dürfte einige Minuten nach Aufnahme des Mittels zu setzen sein. Bei gewöhnlichen akuten Magenkatarrhen ebenso wie bei Exazerbationen chronischer bewirkte das Anaesthesin stets in promptester Weise das Aufhören des Erbrechens (und der Schmerzen). Als notwendige Dose erwies sich 0·5 *g*. Meist genügte eine dreimalige Einnahme täglich. Auch bei den größten angewendeten Dosen (8 *g* pro Tag) konnten nie irgendwelche Nebenwirkungen beobachtet werden. Die zweckmäßigste Darreichung ist die Pulverform. Doch darf das Anaesthesin nicht ohne Oblate genommen werden, weil die Anästhesie der Zunge und des Gaumens mit einem Gefühl des Taubseins, Ameisenprickelns usw. beginnt, das zuweilen das Gegenteil des gewünschten Effektes herbeiführen kann.

— Aus den Bemerkungen über den therapeutischen **Wert der Spezifika bei Syphilis** von RUSOVICI („Rev. san. mil.", 1905, Nr. 6) geht folgendes hervor: Man beobachtet bisweilen, daß selbst die bestgeleitete merkurielle Kur ohne Resultat bleibt. Die Ursachen dürften mannigfacher Natur sein, z. B. eine besondere Zusammensetzung der Körpersäfte, wodurch wahrscheinlich die spezifischen Eigenschaften des Mittels aufgehoben werden. Ferner eine besonders große Anzahl von spezifischen Mikroorganismen und rasche Vermehrung derselben, so daß demgegenüber selbst größere Mengen von Quecksilber ungenügend bleiben. Außerdem muß für derartige Fälle auch eine größere Menge von abgesonderten Toxinen angenommen werden, so daß die vollständige Neutralisierung derselben nicht möglich ist. Diese Umstände lehren uns die guten Effekte verstehen, welche von gewissen, früher vielbenutzten Schwitzkuren auf die Syphilis ausgeübt werden. Man muß annehmen, daß auf diese Weise die Eliminierung des syphilitischen Virus aus dem Körper unterstützt und beschleunigt wird. Die Schwitzkuren sind noch heute in Kleinasien unter dem Volke viel in Gebrauch und die erzielten Erfolge mitunter geradezu glänzend. RUSOVICI hat nun einen Patienten, welcher an sekundärer Syphilis (Schleimhautpapeln, Muskel- und Kopfschmerzen, Angina, breite Kondylome) litt, mit Natrium salicylicum (6—12 *g* täglich) behandelt und sah unter der auf diese Weise angeregten Sudation alle syphilitischen Erscheinungen innerhalb 20 Tagen verschwinden.

— Ein von THOMS aus der Rinde des Yohimbehebaumes (Corynanthe Yohimbehe) isoliertes Alkaloid, das Yohimbin, hat sich nach den Erfahrungen von OBERWARTH („Berliner Pharmaz. Inst.", 1905) als **Aphrodisiakum** bewährt. Wenn seine Einführung in die Therapie nur langsam erfolgte, so ist dies wohl den schlechten Erfahrungen zuzuschreiben, die man mit anderen, zum Teil schädlichen, zum Teil wirkungslosen Aphrodisiacis gemacht hatte. Neben den Veröffentlichungen ernster Autoren, die die günstige Wirkung des Alkaloides bestätigten, fehlte es nicht an Zweiflern, die dem Präparate im besten Falle eine suggestive Wirkung zusprachen. Dieser Einwand wurde nun durch zahlreiche Versuche an Tieren entkräftet und der Beweis geliefert, daß die Wirkung des Yohimbins auf der Hervorrufung von Hyperämie der Genitalorgane beruht.

— Bei **Gastroenteritis infantum** verabreicht COMBY während des akuten Stadiums, nachdem er 24—36 Stunden hindurch jede Nahrungszufuhr unterbrochen und nur abgekochtes Wasser gestattet hat, als Übergang zur normalen Ernährung eine „vegetabilische Bouillon", die folgendermaßen hergestellt wird („Presse méd.", 1905, Nr. 29):

Gerste Weizen Zerstoßener Mais Trockene weiße Bohnen Trockene Erbsen Linsen	aa. 30 *g*

werden 3 Stunden lang in 1 *l* Wasser gekocht, dem 20 *g* Kochsalz zugefügt werden. Es bleibt dann zirka 1 *l*. Filtrieren. In je 100 *g* dieser Bouillon wird ein Kaffeelöffel voll Weizen-, Reis-, Gersten- oder Hafermehl verrührt. Diese Suppe können die Säuglinge entweder als einzige Nahrung erhalten oder aber als Ergänzung der künstlichen, ja sogar der natürlichen Ernährung, falls diese nicht ausreicht. Die Bouillon soll nicht länger als 24 Stunden aufbewahrt werden.

— Das **Digalen** hat FREUND („Münchener med. Wochenschrift", 1905, Nr. 41) experimentell und klinisch geprüft. Dasselbe verdirbt nicht und hält sich lange, ohne die Digitaliswirkung zu verlieren; jedoch wird geraten, eine angebrochene Flasche nicht länger als 14 Tage im Gebrauch zu lassen. Der Kubikzentimeter der Lösung entspricht 0·3 *mg* des amorphen Digitoxins. In den Versuchen FREUNDS am Froschherzen blieb die Wirkung verschiedener Digalenproben stets die gleiche. Die beim Menschen zur Verwendung kommenden Dosen sind: Einzeldosis 0·3 *mg* bis 1 cm^3, dreimal täglich; maximale Einzeldosis 2 cm^3; maximale Tagesdosis 4 cm^3. Per os wird es in Wasser, Milch, auch Wein, verdünnt gereicht. Magenbelästigungen fehlen. Digalen kann auch bei Patienten, die an Erbrechen leiden und infolgedessen nichts per os aufnehmen können, verwendet werden.

Literarische Anzeigen.

Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Bearbeitet von **Dr. Eduard Sonnenburg**, Geh. Medizinalrat, Professor der Chirurgie etc. Fünfte, umgearbeitete Auflage. Mit 36 Abbildungen. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel.

Unterstützt von seinen Schülern DDr. HINZ und FEDERMANN hat Verf. sein Buch einer gründlichen Umarbeitung unterzogen. Durch Weglassen einer großen Anzahl von Krankengeschichten ist der Umfang des Buches verkleinert worden, während der Inhalt entsprechend der größer gewordenen Erfahrung des Verf.s, die sich auf 2000 behandelte Fälle erstreckt, reichhaltiger geworden ist. Das Buch gibt den Wandel der Anschauungen des Verf.s im Laufe der Jahre wieder und verzeichnet genau die Fortschritte auf dem Gebiete der Diagnostik und operativen Technik. Große Bedeutung legt Verf. der genauen Beobachtung der Leukozytenkurve bei, die ihm über die Dringlichkeit der Operation und die Prognose des Falles Aufschluß gibt. Verf. ist ein Anhänger der Frühoperation in schwereren Fällen, behandelt aber in gutartig verlaufenden Fällen exspektativ. ERDHEIM.

Die Bedeutung der Bakterien für die Gesundheitspflege. Von **Prof. Dr. A. Wassermann.** 8. Heft der Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Volkshygiene. München und Berlin 1905, R. Oldenbourg.

Das flott geschriebene Heftchen gibt in wirklich gemeinverständlicher Darstellung dem Leser ein Bild von der Bedeutung der Bakterien für den Haushalt der Natur und von ihrer Rolle als Krankheitserreger; es zeigt, wie und unter welchen Bedingungen sie Krankheiten hervorrufen können und wie sich die Menschen vor ihnen schützen können. Dabei tritt Verf. dem Schlagwort von der „Bazillenfurcht" entgegen und zeigt den hohen Wert, den die Bakteriologie für die allgemeine Hygiene und das Volkswohl besitzt; zum Schlusse warnt er auf Grund seiner Ausführungen vor den Anhängern von Afterwissenschaften, Impfgegnern, Naturheilkundigen etc. Der Schrift wäre eine Verbreitung in den weitesten Kreisen herzlichst zu wünschen. Dr. S.

Médecine de l'enfance jusqu'à l'adolescence. Par **Dr. E. Monin.** Paris 1905, A. Maloine, éditeur.

Ein kurzgefaßtes, gerade das Wichtigste enthaltendes Repetitorium, von der Art, wie wir sie in deutscher Sprache zu Dutzenden haben. Es läßt sich für oder gegen das Buch nichts Gewichtiges vorbringen, es wird sich in seiner Heimat gewiß auch Freunde erwerben; für die deutsche Pädiatrie besitzt es sicher keinen wissenschaftlichen Wert.
NEURATH.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

VI.

Abteilung für Kinderheilkunde.

HUTZLER (München): **Säuglingssterblichkeit und Hebammen.**

Das Bestreben der Wöchnerinnen, ihre Kinder selbst zu stillen, wissen die Hebammen häufig zu verhindern. Sie genießen bei jenen oft mehr Autorität als der Arzt, und ohne diesen erst zu befragen, entziehen die Mütter dem Säugling die Mutternahrung in einer für ihn sehr empfindlichen Zeit. Bald wird der Säugling nach 4—6 Wochen abgesetzt aus irgend einem Vorwand, bald erklären die Hebammen die Mutter für zu schwach, um das Kind zu stillen. So hat schon ESCHERICH gefunden, daß in 16% der Fälle die Hebammen die Schuld an der Atrophie der Kinder trifft. Redner hat an der Kinder-Poliklinik des Gisela-Spitales in München methodisch die Mutter examiniert, wie lange der Säugling an der Brust war, seit wann er abgesetzt und welcher Ernährungsweg eingeschlagen wurde, und das Resultat war stets, daß durch fahrlässige Ernährungsverordnungen seitens der Hebammen die Kinder teils starben, teils schlecht ernährt waren. Der Hauptfehler liegt in der mangelhaften Ausbildung der Hebammen in der Kinderernährung und in der zu geringen Kontrolle derselben. Auch sind viele nicht intelligent genug für ihren Beruf. In den Hebammenschulen sehen die Schülerinnen die Wöchnerin bloß 8 Tage, dann wird diese mit ihrem Säugling entlassen und die Schülerin hat keine Ausbildung in der weiteren Fürsorge für das Kind. Die Hebammen treiben Kurpfuscherei und verordnen ohne Arzt die künstliche Ernährung der Säuglinge, besonders auf dem Lande, wo ein Arzt schwer zu Rate zu ziehen ist. Redner betont, die Hebammenschülerin müsse im Ambulatorium für Säuglinge eine spezielle Ausbildung in der Kinderpflege erhalten und nach sechswöchigem Kurs eine Prüfung ablegen. Diese Forderung hat die Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde aufzustellen beschlossen.

Escherich: Diese Forderung ist in Österreich bereits angeregt. Es ist Pflicht des Pädiaters, für eine bessere Kontrolle der Hebammen und eine Verbesserung der Dienstinstruktion derselben Sorge zu tragen.

Schlossmann: Die Hebammen werden zu wenig und unrichtig ausgebildet. Im Hebammenlehrbuche steht, eine an Lues kranke Mutter dürfe ihr Kind nicht nähren. Sie richten für den Säugling irgend eine Mehlsuppe her und sind nur bestrebt, so schnell wie möglich wieder von der Wöchnerin wegzukommen. Sie lassen sich auch von den Kindermehlfabriken bestechen und empfehlen ohne ärztlichen Rat die Kindermehle. Die Kontrolle in dieser Hinsicht bei ihnen ist besonders eingehend erforderlich, und zwar müsse man obligatorisch verlangen, daß sie in die von ihnen geführten Geburtsjournale einschreiben, warum das Kind künstlich ernährt wird.

Selter: Die Hebamme darf nicht poliklinisch, sondern nur klinisch ausgebildet werden. Es darf ihr keine Methode künstlicher Ernährung des Säuglings anvertraut werden. Sie hat in solchen Fällen den Arzt zu Rate zu ziehen.

Heubner: In der Großstadt geht dies. Auf dem Lande kann man nicht immer den Arzt befragen und so müssen sich die Hebammen selbst helfen. Er wurde bei der Umarbeitung des Hebammenlehrbuches für Preußen zugezogen und hat das zur Sprache gebracht.

Camerer: Die Hebammen müssen in der Praxis die Säuglingspflege kennen lernen, und zwar in geeigneten Säuglingsanstalten.

Hutzler (Schlußwort): ESCHERICH hat mit Recht auf eine eingehende Kontrolle hingewiesen; die Hebammen sind aufzufordern, innerhalb dreier Jahre ihre Bücher dem Kreisarzt vorzulegen. Man hat eine schwarze Liste über die fahrlässigen Hebammen angelegt; meist findet man darin immer dieselben wieder.

ENGEL (Dresden): **Zur Sekretionsphysiologie des Milchfettes.**

Die FREUND-VIRCHOWsche Theorie betreffs der Milchbildung ist verlassen. Die Zellen der Milchdrüsen produzieren die Milch. Ihr Fett entsteht entweder durch Körperfett oder Nahrungsfett. Es wurde der Anteil des Nahrungsfettes an der Bildung des Milchfettes auf direktem und indirektem Wege, und zwar experimentell mit Hilfe der HÜBLschen Jodzahl studiert. Man stellte zunächst fest, welchen Verlauf eine einzeln dem Organismus zugeführte Fettmenge nehme. Nach dem Genuß einer mäßigen Portion Sesamöl wurden in Abständen von 3—4 Stunden Milchproben untersucht und dann aus dem Ätherextrakt die charakteristische Jodzahl bestimmt. So konnte man den Ausscheidungstypus bestimmen. Kurze Zeit nach der Aufnahme der Fettmenge steigt die Jodzahl infolge des schnellen Übertrittes, fällt dann allmählich ab und nach 24—44 Stunden ist nichts mehr von Ausscheidung zu merken. Auch wenn man den Versuch an mehreren Tagen hintereinander wiederholt, ist ein merklicher Unterschied im Ausscheidungsmodus nicht wahrzunehmen. Entzieht man andrerseits einer milchenden Frau das Fett der Nahrung, so ändert sich die Qualität des Milchfettes und wird dem des Körperdepots ähnlich. Diese Änderung beweist, daß das Fett der Nahrung am Aufbau des Milchfettes andauernd beteiligt ist. Das Nahrungsfett schwankt nur in geringen Grenzen. Jedenfalls muß die Ammendiät einer Revision unterzogen werden. Stoffe wie Brom und Jod gehen in die Milch, Jodipin und mit Sudan gefärbtes Fett in das Milchfett über.

Meyer (Berlin) fragt, ob die Bestimmung der Jodzahl, in mehreren Etappen vorgenommen, gleiche Werte liefert. Die Landwirtschaften, denen die Gesamtmenge des Gemelkes zur Verfügung steht, haben mit großer Genauigkeit den Einfluß des Nahrungsfettes auf das Milchfett festgestellt. Der Übergang von Jodipin oder mit Sudan gefärbten Fettes in das Milchfett ist kein Beweis für die Ausscheidung des betreffenden Fettes als solchen, da Farbstoff und Jod aus dem Fette abgespalten sein kann.

Schlossmann (Dresden): Die Verfütterung von Fett mit anorganischen Jodsalzen gibt andere Resultate als die Verfütterung von organischen Jodfetten. Die Versuche an der Kuh sind nicht in Parallele zu setzen mit denen am Menschen, weil jene Herbivore, dieser Omnivore ist.

Epstein: Vortr. gibt seit Jahren den Frauen Fett zur Verbesserung der Milchnahrung, z. B. zum Frühstück Speck etc., wodurch der Fettgehalt der Milch steigt.

Langsteiner: Die Methoden, das Fett quantitativ zu bestimmen, reichen nicht aus. Deshalb ist eine gewisse Reserve geboten. Soweit bisher Untersuchungen vorliegen, ergeben sie eine Konstanz der Quantität an Fett.

Reyber hat im Gegensatze zu GREGOR zur Bestimmung des durchschnittlichen Fettgehaltes der Frauenmilch die Forderung aufgestellt, als Durchschnittsmilch eine Mischmilch zu untersuchen, welche durch Zusammenmischen gleich großer innerhalb voller 24 Stunden, und zwar vor und nach dem Anlegen des Säuglings, abgesaugter Milchproben hergestellt worden ist. Nur so vermag man der Wirklichkeit nahekommende Werte zu erlangen, wobei Redner ein geradliniges, d. h. regelmäßiges Ansteigen des Fettgehaltes während der Entleerung der Brustdrüse annahm als Voraussetzung für die Richtigkeit seiner Art der Milchentnahme. Diese Tatsache des geradlinigen Ansteigens des Fettgehaltes der Milch kann nach R. und ENGELS Untersuchungen nicht mehr bezweifelt werden.

Camerer: Während der Laktationszeit bleibt der Fettgehalt der Milch konstant.

Engel (Schlußwort) hat kein Ansteigen des Fettgehaltes beobachten können. Bezüglich der quantitativen Fettbestimmung ist er zu dem Schlusse gekommen, daß der Fettgehalt bei einer Entleerung der Drüse gleichmäßig ansteigt. Die Ausscheidung der sudangefärbten Milch geht parallel der Jodzahl.



Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 2. November 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Fr. Spieler demonstriert ein zweijähriges Mädchen mit symmetrischer Asphyxie beider Füße. Nach Kälteeinwirkung werden die Zehen kalt, es treten auf den Füßen Urtikariaquaddeln auf, dann verfärben sich die Zehen blauschwarz und schmerzen heftig. An der übrigen Körperhaut entsteht nach Kältereiz nur eine Urtikariaeruption. Das Kind zeigt Symptome von hereditärer Lues, darunter Lymphozytose, leicht eingesunkene Nase und Milztumor. In einem anderen Falle war die Asphyxie mit Erythema multiforme vergesellschaftet.

W. Knöpfelmacher zeigt 2 Fälle von Myxödem. Bei dem einen, einem fünfmonatlichen Kinde, wurden die Symptome des Myxödems schon im 4. Lebensmonate konstatiert, die Mutter gab aber an, daß das Kind schon in den ersten Lebenswochen träge und obstipiert war. Als durch 25 Tage Schilddrüsensubstanz gegeben wurde, verschwanden alle Symptome des Myxödem, um nach 14 Tagen wiederzukehren, nachdem die Medikation ausgesetzt wurde. Im zweiten Falle sind bei dem 4jährigen Kinde die Erscheinungen des Myxödem sehr deutlich ausgeprägt, ein systolisches Geräusch über dem Herzen deutet vielleicht auf einen Septumdefekt. Ein Versuch über das Verhalten der alimentären Glykosurie ergab, daß die Assimilationsgrenze für Traubenzucker zwischen 75—100 *g* liegt.

B. Sperk demonstriert ein dreimonatliches Kind mit einem sogenannten Mongolenfleck. Derselbe sitzt bei dem gesunden Kind in der rechten Glutäalgegend und sieht wie eine kronenstückgroße Suffusion aus; es handelt sich aber nur um eine Pigmentierung, die in dieser Form ein Rassenmerkmal der mongolischen Rasse sein soll.

Leiner demonstriert Kulturen von Bac. fusiformis, welche er nach langwierigen Versuchen aus Diphtheriebelägen gezüchtet hat, in denen die Mikrobe mit Diphtheriebazillen zusammen zu finden war. Sie stellt ein anärob wachsendes unbewegliches Stäbchen vor, welches gramnegativ und dessen Reinzüchtung schwierig ist. Am besten wächst sie auf Traubenzucker enthaltenden Nährböden, aber auch auf Serumagar. Sie ist für Mäuse pathogen, welche unter septischen Erscheinungen sterben.

Th. Escherich: Über Säuglingsfürsorge und die Organisation der Schutzstelle des Vereines „Säuglingsschutz".

Die Anfänge der Säuglingsfürsorge datieren seit dem Jahre 1892, wo Pinard und Budin in Frankreich die ersten Consultations des nourrissons gründeten. Während in diesen Anstalten meist nur Mütter von an der Brust genährten Säuglingen Ratschläge bezüglich der Ernährung und Wartung der Kinder erhielten, werden in den seit dem Jahre 1893 existierenden Dispensaires oder Choutte de lait meist künstlich genährte Säuglinge ärztlich überwacht und nach Bedarf auch mit sterilisierter Milch versehen. Von Frankreich verbreiteten sich die Dispensaires über Belgien, Spanien und Deutschland, so daß gegenwärtig zirka 300 derartige Anstalten in Tätigkeit sind. Der Gründung der Schutzstelle des Vereines „Säuglingsschutz" in Wien lag der Gedanke zugrunde, daß arme Mütter in die Lage kommen sollen, für ihre Säuglinge die notwendigen ärztlichen Ratschläge und eventuell auch einwandfreie Milch zu erhalten. Die Kinder werden möglichst bald nach der Geburt in Aufsicht genommen, die Mutter muß mit dem Kinde an einem bestimmten Tage einmal in der Woche sich in der Schutzstelle vorstellen, wo letzteres untersucht und gewogen wird. Die Mütter werden angehalten, die Kinder an der Brust zu ernähren, es wird ihnen aber die Lieferung von Gratismilch für später zugesagt, bis die Kinder entwöhnt sind. Den stillenden Frauen wird 1 *l* Rohmilch pro Tag gegeben. Für künstlich genährte und entwöhnte Kinder wird den Müttern von tuberkulosefreien Kühen gewonnene, sterilisierte Milch in der dem Alter des Kindes entsprechenden Mischung, in Einzelportionen abgeteilt, geliefert. Eine ärztliche Behandlung der Kinder findet nicht statt. Die Milchflaschen haben zwecks leichter Reinigung einen runden Boden, so daß sie nur in dem mitgegebenen, mit Blech ausgeschlagenen Tragkistchen stehen können, in welchem auch die Kühlung mittelst Wassers stattfindet. In besonderen Fällen werden den Müttern Buttermilch, Liebigsche Suppe oder Schleimmischungen abgegeben. — An den Vortrag schloß sich die Besichtigung der auf der Area des St. Anna-Kinderspitals stehenden Schutzstelle, welche im ersten Stockwerke je einen Konsultations-, Warte- und Wägeraum, ein Badezimmer, ein Bureau, im Erdgeschosse einen Sterilisierraum, Kühlraum, eine Milchküche, einen Waschraum und ein kleines Laboratorium enthält.

Notizen.

Wien, 4. November 1905.

Rechtsschau.

(Zuschrift eines Juristen.)

Ein Aufsehen erregender Strafprozeß der letzten Woche hat wieder einmal die Schleier von Dingen weggezogen, die sonst der großen Menge — angeblich wenigstens — nur vom Hörensagen bekannt zu sein pflegen, dem Arzte und dem Juristen aber als Einzelwie als Massenerscheinung vertraut sind. Daß pathologische Formen der geschlechtlichen Befriedigung in Millionenstädten (seit des alten Babels Zeiten) mit größerer Häufigkeit und Vehemenz auftreten als sonst, ist nicht bloß auf die größere Einwohnerzahl und -dichte, sondern auch auf die zur Nervosität, zum Alkoholismus und damit zur Entartung führende Lebensweise der modernen Großstädter zurückzuführen, wohl auch auf die leichtere Gelegenheit, Verführung und ähnliche Faktoren. Von anderen Fällen dieser Art, wie sie ja häufig genug in den Sälen des Strafgerichtes uns begegnen, scheint mir der jüngste Fall sich allerdings dadurch zu unterscheiden, daß es sich hier weder um angeborne, noch erworbene Homosexualität, ja nicht einmal um psychische Hermaphrodisie handeln dürfte. Der Angeklagte, welcher ja erwiesenermaßen heterosexuellen Verkehr in großer Zahl gepflogen hat (was natürlich an sich gegen seine bisexuelle Anlage noch nichts beweist), scheint lediglich aus Sättigung oder Überreizung nach neuen Stimulantien gesucht zu haben, um die Libido (sei es seine eigene, sei es der mit ihm verkehrenden Frauen) zu verstärken. Anders scheint mir die Tatsache der hinter einem Vorhang versteckten Frau nicht erklärlich, die Tatsache weiters, daß der betreffende Knabe, wie er als Zeuge angibt, damals beim Angeklagten keine sexuelle Erregung bemerkt hat u. s. m. Eine Beiziehung der Psychiater zum Prozesse ist leider unterblieben, obwohl sie in mancher Hinsicht, namentlich für die Frage der Psychologie der Zeugenaussagen, von Belang gewesen wäre. Es ist jedenfalls verfehlt, den Gerichtsarzt nur dann zu rufen, wenn der Angeklagte den Tatbestand eines Sittlichkeitsverbrechens zugibt und sich auf perverse Veranlagung beruft. Die Forderung nach obligatorischer Anhörung der Sachverständigen in allen Fällen von Sexualdelikten, also auch wenn der Beschuldigte deren Verübung gänzlich in Abrede stellt, sollte aus dem Wunschzettel der modernen Strafrechtswissenschaften fortan nicht mehr verschwinden. Im vorliegenden Falle wäre es z. B. für den Gerichtshof von größter Wichtigkeit gewesen, zu wissen, ob die dem Angeklagten zur Last gelegte Handlungsweise mit seinem sonstigen Verhalten in geschlechtlicher Beziehung in Einklang zu bringen ist oder nicht, eine Frage, deren Beantwortung doch gewiß in erster Linie Sache des Arztes ist, hier aber vom Gerichte sozusagen im übertragenen Wirkungskreis gelöst werden mußte. Mag im Einzelfall die Lösung auch die richtige gewesen sein, pro futuro muß gegen derartige Übergriffe der alleinseligmachenden Jurisprudenz über die Grenzen ihres Wissens im Interesse der Rechtsfindung Einspruch erhoben werden.

Ungleich wichtiger, weil nicht das formelle, sondern das materielle Strafrecht betreffend, scheint mir eine andere Lehre jenes Prozesses. Der Angeklagte ist zwar wegen zweier Fakten unzüchtiger Berührung von Knaben verurteilt worden, aber in einem Faktum gewiß nicht in Übereinstimmung mit dem Gesetze, dort nämlich, wo das Delikt an einem über 14jährigen Objekte begangen wurde. An Kindern unter 14 Jahren (männlichen oder weiblichen Geschlechts) vorgenommene unzüchtige Betastungen fallen nämlich schon an sich unter den § 128 St.-G., welcher solche Vorgänge als Verbrechen der Schändung bestraft; dagegen sind an Knaben über 14 Jahren vorgenommene Manipulationen nur dann als Verbrechen strafbar, wenn sie den Tatbestand des § 129 Ib St.-G. („Unzucht wider die Natur") erfüllen. Mag man nun den „Begriff der Unzucht", wie es das deutsche Reichsgericht tut, auf beischlafähnliche Handlungen oder, wie unser Kassationshof, auf die mutuelle Onanie erweitern, immer bleibt die bloße Betastung außerhalb des Verbrechensbegriffes. Der Angeklagte durfte also von Rechts wegen wegen dieses Faktums nicht verurteilt werden, und wenn er es dennoch





wurde, so geschah dies, weil man annahm, seine Absicht sei auf weitergehende Akte gerichtet gewesen und er sei an deren Vollziehung nur durch den Widerstand des Knaben gehindert worden: also Versuch des Verbrechens der Unzucht wider die Natur. Die künstliche Konstruktion dieses Tatbestandes ist offenbar, da ja in diesem wie in anderen Fällen aus der Tatsache der unzüchtigen Betastung allein doch nicht auf eine weitergehende Absicht des Täters geschlossen werden kann. Solche Fälle wie der vorliegende sind also de lege lata straflos; sehr mit Unrecht. Je entschiedener die berechtigte Forderung nach Freigebung des homosexualen Verkehrs vertreten wird, desto nachdrücklicher muß auch einer Erhöhung der Altersgrenze zum Schutze der heranwachsenden Jugend das Wort geredet werden. Gerade die männliche Jugend ist in dieser Hinsicht schutzbedürftiger als die weibliche, so paradox dies auch klingen mag. Ein Mädchen von 15 Jahren ist über sexuelle Dinge meist aufgeklärter als ein Knabe von gleichem Alter. Überdies aber ist die Gefahr der Verführung von Knaben zu homosexuellem Verkehr weit bedrohlicher, als die von Mädchen zum Geschlechtsverkehr überhaupt. Die neueren Forschungen, namentlich MOLLs Arbeiten auf diesem Gebiete, haben bewiesen, daß ein Großteil der erworbenen Homosexualität auf das Konto der Verführung im Pubertätsalter, der Hinlenkung des noch undifferenzierten Triebes auf verkehrte Bahnen, zu setzen ist. Das verführte, ja selbst geschwängerte Mädchen kann noch eine glückliche Heirat und Versorgung finden; der zum Homosexuellen gewordene Mann schleppt sein ganzes Leben lang diesen Fluch nach sich. So erweist es sich denn bereits bei dem jetzigen Stande der Gesetzgebung, um so mehr aber nach Abschaffung des § 129 Ib, als unbedingt geboten, durch Strafbestimmungen Knaben bis etwa nach vollendetem sechzehnten Lebensjahre vor dem Gifte der Verführung zur Päderastie oder auch nur vor päderastischen Vorbereitungshandlungen zu schützen. Dr. M. P.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) Die gestrige Sitzung hat in den Räumen der Klinik des Hofrates v. EISELSBERG stattgefunden, der die Mitglieder der Gesellschaft zum Besuche derselben und zur Besichtigung der mannigfachen Umänderungen geladen hatte, die er zum Vorteile der Kranken und zur Förderung des Unterrichtes, zumal im letzten Jahre, hat durchführen lassen. Mit Aufmerksamkeit folgte ein zahlreiches Auditorium den von v. EISELSBERG selbst geleiteten lehrreichen Demonstrationen am Epi- und Diaskope, rückhaltlose Bewunderung erregten die prächtige Ausstattung des Hörsaales, die zweckmäßige Einrichtung der Ambulanzräume, das große Röntgenlaboratorium und vor allem der aseptische Operationssaal, ein mit allen Hilfsmitteln der modernen Technik ausgestatteter, in einer Fülle von Licht erstrahlender Raum, der auch in didaktischer Hinsicht trefflich ausgenützt ist und für alle zukünftigen Einrichtungen solcher Art vorbildlich wirken kann.

(Wiener medizinisches Doktorenkollegium.) Die diesjährige Folge der wissenschaftlichen Abende ist am 30. Oktober durch einen Vortrag des Prof. S. EHRMANN: „Die Elektrizität in der Dermatologie" eröffnet worden. Die zahlreich versammelten Mitglieder und Gäste haben die mit Demonstrationen verbundenen Ausführungen des Redners, welchen eine lebhafte Diskussion (Prof. LANG, Doktor KRÜGER, Dr. H. TELEKY) folgte, sehr beifällig aufgenommen. Der Vortrag wird in der „Wiener Med. Presse" zur Publikation gelangen.

(Personalien.) Der städtische Bezirksarzt in Brünn Dr. EDUARD MEDER ist zum Direktorstellvertreter im Wiener k. k. allgemeinen Krankenhause ernannt worden. — Der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin Geh. Rat Dr. KÖHLER ist in den Ruhestand getreten und dabei durch Verleihung des Prädikats „Exzellenz" ausgezeichnet worden; sein Nachfolger ist der Geh. Ob.-Reg.-Rat BUMM. — San.-Rat Dr. S. NEUMANN in Berlin ist anläßlich seines 86. Geburtstages zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik ernannt worden.

(Militärärztliches.) Ernannt wurden: Zum Sanitätschef des 9. Korps O. St. A. I. Kl. Dr. EMANUEL EMMER; zum Sanitätschef des 12. Korps O. St. A. I. Kl. Dr. JOHANN WENZL; zum Kommandanten des Garnisonsspitals Nr. 20 in Kaschau O. St. A. II. Kl. Dr. EMIL DELLA TORRE; zum Garnisonschefarzt in Marburg O. St. A. II. Kl. Dr. KARL BAUMANN; zum Chefarzt des Kriegshafenkommandos in Cattaro St. A. Dr. EMIL Ritter v. MASCHKA; zum Garnisonschefarzt in Stanislau O. St. A. II. Kl. Dr. JOHANN SPITZER; zum Garnisonschefarzt in Großwardein O. St. A. II. Kl. Dr. LUDWIG KLEIN; zum Garnisonschefarzt in Stuhlweißenburg St. A. Dr. JOSEF FRANK, Chefarzt der 33. Infanterietruppendivision. — O. St. A. I. Kl. Dr. FRANZ HAUSER ist in den Ruhestand übergetreten und ihm aus diesem Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekanntgegeben worden; O. St. A. I. Kl. Dr. BOHUSLAV MESSNER hat aus dem gleichen Anlasse den Generalstabsarztes-Charakter erhalten und O. St. A. II. Kl. Dr. JOSEF SCHORR ist unter Vormerkung für Lokaldienste in den Ruhestand getreten. — O. St. A. I. Kl. Dr. ANTON STENZL, Vorstand des Departements VI im Landesverteidigungs-Ministerium hat anläßlich seiner Versetzung in den Ruhestand den Generalstabsarztens-Charakter, O. St. A. II. Kl. Dr. JOHANN DEBERT das Ritterkreuz des Franz-Josef-Ordens erhalten. — O. St. A. II. Kl. Dr. LEOPOLD HERZ ist zum Garnisonsspitale Nr. 3 in Przemysl transferiert worden.

(November-Avancement.) Das diesjährige November-Avancement der k. und k. Militärärzte, das wir an andrer Stelle dieser Nummer publizieren, hat sich in sehr engen Grenzen gehalten. Befördert wurden 2 Oberstabsärzte I. Kl. — darunter der neue Landwehr-Sanitätschef —, 6 Oberstabsärzte II. Kl., 8 Stabsärzte — darunter zwei außertourlich —, 9 Regimentsärzte I. Kl. — auch hier zwei außertourlich —, 13 Regimentsärzte II. Kl. und 21 Oberärzte.

(Kurse für Militärärzte.) Im laufenden Wintersemester finden die vom Privatdozenten Dr. A. BUM in seinem Institute für Mechanotherapie (I., Deutschmeisterplatz 2) seit Jahren stattfindenden Kurse über Massage und Heilgymnastik für Militärärzte ihre Fortsetzung mit dem am 21. November d. J. beginnenden Kurse. Anmeldung beim k. u. k. 2. Korps-Kommando.

(Jubiläum.) Die von HERMANN REIMER begründete Nervenheilanstalt zu Görlitz, die mehr als 30 Jahre unter der Leitung von KARL LUDWIG KAHLBAUM gestanden ist und derzeit von dessen Sohne geleitet wird, hat vor kurzem das Jubiläum ihres 50jährigen Bestandes gefeiert. Das Gesamtpersonal der Anstalt umfaßt 119 Personen; dazu kommen noch 11 Lehrer und Lehrerinnen, die den Kranken innerhalb der mustergültigen Anstalt Unterricht erteilen.

(Hygienisches.) Der Landessanitätsrat für Böhmen hat zur Hintanhaltung der Übertragung von Infektionskrankheiten durch Trödlereien, Bücher-, Musikalien- sowie Maskenleihanstalten unter anderem empfohlen, daß von Krankenhäusern Kleider und Wäsche von genesenen oder verstorbenen infektiösen Kranken nur desinfiziert ausgefolgt, Gesichtsmasken nicht ausgeliehen werden; jene Kleider- oder Wäschestücke, Trikots, welche dem Körper direkt anliegen, müssen vor jedem Gebrauche rein gewaschen werden. Obligate Desinfektion von Büchern und Musikalien läßt sich gegenwärtig deshalb nicht einführen, da bisher eine vollkommen verläßliche Desinfektionsmethode dafür nicht besteht. In die Bücher und Musikalien wären nun Zettel einzukleben, durch welche der Entleiher gewarnt werden soll, mit angespeichelten Fingern zu blättern, durch welche er ferner aufgefordert werden soll, die Decken des Buches oder der Noten in Papier einzuschlagen und eine in der Haushaltung des Entleihers vorkommende infektiöse Erkrankung dem Bücherverleiher anzuzeigen. Der Besitzer der Leihanstalt hätte derlei Bücher und Musikalien sofort außer Verkehr zu bringen und für deren Behandlung mit Formalin zu sorgen.

(Statistik.) Vom 22. bis inklusive 28. Oktober 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7600 Personen behandelt. Hiervon wurden 1574 entlassen, 163 sind gestorben (9·3% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 114, ägypt. Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 17, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 65, Scharlach 71, Masern 68, Keuchhusten 75, Rotlauf 23, Wochenbettfieber 2, Röteln 2, Mumps 2, Influenza —, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 538 Personen gestorben (— 107 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Würzburg ist am 3. d. M. der berühmte Anatom und Histologe Geheimrat Prof. Dr. ALBERT v. KÖLLIKER im Alter von 88 Jahren gestorben. Er zählte zu den bedeutendsten Biologen unserer Zeit und hat seinen Namen durch sein bahnbrechendes „Handbuch der Gewebelehre", sowie durch eine große Zahl grundlegender entwicklungsgeschichtlicher Untersuchungen bekannt ge-

macht. — Gestorben sind ferner: In Wien der Prosekturs-Adjunkt des k. k. Franz-Josef-Spitales Dr. GOTTFRIED SCHWARZ, im jugendlichen Alter von 28 Jahren; der Stabsarzt d. R. und ärztliche Leiter der Kuranstalten in Gleichenberg Dr. WILHELM RAUCH; in Coburg der langjährige Leibarzt der Herzoge Ernst und Alfred, Geh. Med.-Rat Dr. FLORSCHÜTZ im 93. Lebensjahre; in Algier der Professor der medizinischen Klinik an der Ecole de médecine Dr. COCHEZ; in Buenos Aires der Professor der klinischen Medizin Dr. CHAVES.

Das November-Avancement der k. u. k. Militärärzte.

I. Im militärärztlichen Offizierskorps.

Ernannt wurden:

Zu Generalstabsärzten: die OStÄ. I. Kl.: DDr. Ignaz Kopriva, Karl Nusko;

zu Oberstabsärzten I. Klasse: die OStÄ. II. Kl.: DDr. Leopold Wallenböck, Udalrich Prochazka, Josef Uhlik, Franz Golek, Franz Kosmelj, Julius Muresianu;

zu Oberstabsärzten II. Klasse: die StÄ.: DDr. Wilhelm Dietl, Ludwig Pick, Johann Wolter, Jonas Reiß, Siegmund Gerö, Simon Ziehn, Adalbert Pattantyus-Ábraham v. Danczka, Leopold Meisel;

zu Stabsärzten: die Regimentsärzte I. Kl.: DDr. Eugen Edler v. Karchesy, Leopold Szyjkowski, Julius Schwarzkopf, Benedikt Altmann, Alexander Fekete, Wenzel Dolezal, Gustav Kander, Karl Feyertag, Jakob Lochbihler;

zu Regimentsärzten I. Klasse: die RÄ. II. Kl.: DDr. Johann Benedik, Richard Bulva, Wenzel Kouhotek, Emil Dach, Franz Wildner, Friedrich Fantl, Wenzel Michal, Franz Klier, Johann Tursic, Josef Urbach, Heinrich Glaser, Maximilian Fischer, Richard Pollak;

zu Regimentsärzten II. Klasse: die OÄ.: DDr. Wenzel Horak, Franz Vanecek, Ignaz Melan, Otto Hruby, Hugo Koder, Alois Glingar, Paul Lauter, Oskar Schuster, Adolf Nothnagel, Jaroslav Linek, Heinrich Zulawski, Josef Fiedler, Erwin Boboczky, Maximilan Weiß, Friedrich Protivensky, Anton Kupka, Rudolf Kulakowski, Milan Bechtali, Heinrich Hermann, Franz Czechowicz, Matthias Slavik.

II. Im landwehrärztlichen Offizierskorps.

Ernannt wurden:

Zum Generalstabsarzt: der OStÄ. I. Kl.: Dr. Karl Nusko;

zum Oberstabsarzt I. Klasse: der OStÄ. II. Kl.: Dr. Konstantin Blachowski;

zum Oberstabsarzt II. Klasse: der StÄ.: Dr. Ludwig Baecker;

zu Stabsärzten: die RÄ. I. Kl.: DDr. Ludwig Glück, Emil Taussig, Wilhelm Zeliska;

zu Regimentsärzten I. Klasse: die RÄ. II. Kl.: DDr. Adolf Hubinger, Adolf Schwarz, Michael Wiktor, Johann Mießler, Wenzel Bryscejn, Quodvultdeus Matyas;

zu Regimentsärzten II. Klasse: die OÄ. DDr. Josef Porias, Paul Dömeny, Franz Pleva, Wilhelm Prosek, Johann Urban, Georg Ostoich.

III. Im marineärztlichen Offizierskorps:

Ernannt wurden:

Zum Linienschiffsarzt: der Fregattenarzt Dr. Karl Bettini;

zum Fregattenarzt: der Korvettenarzt Dr. Egon Keller.

Krondorfer Sauerbrunn. Medizinalrat Prof. Dr. E. H. KISCH in Prag charakterisiert die Wirkung des bekannten natürlichen Krondorfer Sauerbrunn wie folgt: „Der Krondorfer Sauerbrunn bewirkt im Magen ein Gefühl von vermehrter Bewegung und angenehm erhöhter Wärme. Die Magenverdauung erfolgt rascher und es macht sich ein gesteigertes Bedürfnis nach Speisen bemerkbar. Die Harnmenge ist vergrößert, die Absonderung der Schleimhäute der Atmungsorgane wird verflüssigt und leichter entfernt. Das Blut, von den für den Organismus unbrauchbaren Stoffen (Harnstoff und Kohlensäure) ausgiebiger entlastet, zirkuliert rascher und die Nahrungsmittel werden in erhöhtem Maße zur Anbildung der Gewebe verwertet, die Ernährung wird gesteigert."

Spatenbräu. Wenn auch dem Bier als Nährmittel nicht jene Bedeutung zukommt, die man gewöhnlich demselben beizumessen pflegt, so ist es nichtsdestoweniger richtig, daß dessen Genuß bei schwächlichen anämischen und abgemagerten Individuen sehr häufig von entschiedenem Nutzen sich erweist. Allerdings handelt es sich hierbei nur um ein Bier, welches gut ausgegoren, am besten pasteurisiert, ein richtiges Verhältnis zwischen Alkohol und Extrakt aufweist. Als ein solches Bier zeichnet sich das Spatenbräu aus, um so mehr, als dasselbe ausschließlich in pasteurisiertem Zustande abgegeben wird. Spatenbräu ist unerreicht im Geschmack, zufolge seines Dextringehaltes äußerst nahrhaft und ist auch dessen schlaffördernde Wirkung oft schätzbar; es wird von den Patienten, insbesondere in der Rekonvaleszenz gerne genommen und auch bei schwacher Verdauung stets gut vertragen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Grube, Der vordere Scheidenleibschnitt. Halle a. d. S. 1905, C. Marhold.
Hölscher, Die otogenen Erkrankungen der Hirnhäute. Halle a. d. S. 1905, C. Marhold.
L. Fürst, Die Genickstarre. Leipzig 1905, W. Schumann.
P. J. Müller, Das Schulzimmer. Vierteljahrsschau. Charlottenburg 1905, P. J. Müller.
E. Emmel, Das Wasserheilverfahren. Leipzig 1905, C. F. W. Fest.
Kurt Wolf, Die gesundheitsgemäße Einrichtung unserer Wohnung. Halle a. d. S. 1905, C. Marhold. — M. —·60.
August Lucae, Festschrift für .... Berlin 1905, J. Springer. — M. 12·—.
E. Mittelhäuser, Unfall und Nervenerkrankung. Halle a. d. S. 1905, C. Marhold.
W. Nagel, Handbuch der Physiologie des Menschen. 4. Bd., 1. Hälfte. Braunschweig 1905, F. Vieweg & Sohn. — M. 12·—.
K. Ewald, Die Indikationen zu chir. Eingriffen. I. u. II. Teil. Wien 1905, A. Hölder. — K 9·20.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 6. November 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prof. v. ZEISSL: Die luetischen Erkrankungen des Urogenitalapparates und ihre Behandlung.

Chirurgischer Demonstrationsabend.

Mittwoch, den 8. November 1905, 7 Uhr abends im Hörsaale der II. chirurgischen Klinik. Zu demselben haben die praktischen Ärzte freien Zutritt. Einladungen werden nicht versandt.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 9. November 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik v. SCHRÖTTER.

I. Demonstrationen. — II. Dr. WIESEL: Über Gefäßerkrankungen im Verlaufe von akuten Infektionskrankheiten.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Isoform"**; **Kalle & Co.,** A.-G. in **Biebrich am Rhein** über **„Dormiol"** und der Verlagsbuchhandlung **Urban & Schwarzenberg** in **Wien** und **Berlin** über **„Eichhorsts Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten", 6. Auflage.** Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 12. November 1905. Nr. 46.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Redigiert von

Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849. Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der orthopädischen Abteilung des Bürgerhospitals zu Köln. Dirig. Arzt Dr. K. Cramer.

Beitrag zur chirurgischen Therapie und Nachbehandlung praktisch wichtiger traumatischer Lähmungen.

Von **Dr. W. Voltz**, Assistenzarzt.

Um das Jahr 1612 schrieb Felix Würtz, der „berümpte und wolerfahrne Wundarzt zu Basel“, in seiner „Practica der Wundartzney“ an einer Stelle dieses Buches: „Offtmaln geschiehets, dass einer an der Hand oder sonst anderswo verwundet wirdt, da er wenig Fleisch, aber viel weisses Geäder und Blutadern hat. Wann nun ein solcher Wundarzt, der alles nur will geheftet haben, darüber kommet, wie bald ist es geschehen, daß er mit der Nadeln durch ein Nerven oder Blutadern sticht, die Heftfäden dadurch zeucht und also alles zusammenheftet? Ich sage dir, dass aus solchem Unverstand die böseste und schedlichste Zufäll herkommen. Dann wie kann die Blutadern sich stellen, weil ein Faden darinnen stecket? Und wie kann sich der Zorn bei einer Nerven legen, weil ein Faden dardurch geht?“ [1])

Dem chirurgischen Nihilismus, wie er aus obigen Zeilen spricht, hat die Ära der Asepsis ein Ende bereitet. Die Technik der Nervennaht, die ich an dieser Stelle kurz erwähnen will, hat vom Jahre 1863 an, als Nélaton die erste Nervennaht ausgeführt hat, bis zur heutigen Zeit viele Verbesserungen erfahren. Hueters paraneurotische Nervennaht hat den Vorzug, daß durch die Naht selbst keine Quetschung und Trennung der Nervenfasern verursacht wird, die Nähte werden durch das paraneurotische Bindegewebe gelegt.

Der direkten Nervennaht, bei welcher die Schnittflächen der Nervenfasern enger und fester miteinander vereinigt werden, haftet wieder der Nachteil an, daß ein nicht ganz aseptischer Wundverlauf der Neuritis Vorschub leistet. Nach Glättung der Schnittflächen mit einer scharfen Schere (sowohl bei der frischen Verletzung wie bei der sekundären Nervennaht, wo die Nervenstümpfe im Narbengewebe aufgesucht werden müssen) folgt die Anlegung der Naht. Als Nähmaterial wird ausschließlich Catgut verwendet, welches, bei paraneurotischer Naht mit flacher Nadel, bei direkter Naht womöglich mit gekrümmter flacher Nadel, so durch den Nerven hindurch geführt wird, daß die einzelnen Nervenfasern nicht durchstochen, sondern auseinander gedrängt werden. Bei der paraneurotischen Naht faßt man das paraneurotische Bindegewebe mit feiner Pinzette, durchsticht je zwei korrespondierende Enden des paraneurotischen Gewebes und knotet den Faden so, daß die Schnittflächen genau aufeinander passen. Es genügt, auf diese Weise zwei paraneurotische Nähte anzulegen. Bei direkter Nervennaht genügt für kleinere Nerven eine einzige Naht.

Für Nervenverletzungen und größere Substanzverluste hat zuerst ein französischer Chirurg, Letievent, empfohlen, das periphere Ende des verletzten Nerven mit dem zentralen eines benachbarten, minder wichtigen Nerven zu vereinigen (Nervenpfropfung). Derselbe französische Autor empfiehlt auch statt der Nervenpfropfung schon die Nervenplastik: aus dem oberen und unteren Ende des verletzten Nerven wird ein gestielter Lappen ausgeschnitten, in den Defekt um-

[1]) Zitiert nach Dr. Tillmanns, „Über Nervenverletzung und Nervennaht“, Langenbecks „Arch. f. klin. Chirurgie“, Bd. 27.

geschlagen und durch Naht vereinigt. Die neueren Bestrebungen gehen in veralteten Fällen dahin, das Narbengewebe, in welches sich die neugebildeten Nervenfasern verirren, zunächst zu exstirpieren. Es bleibt nun ein Zwischenraum zwischen beiden Stümpfen, welchen die Fasern des zentralen Nervenendes durchwachsen müssen, um zur Wiedervereinigung mit dem peripheren Stumpf zu gelangen. Mit mehr oder minder großem Erfolg hat man verschiedene Mittel angewandt, um die Vereinigung zu erreichen, z. B. Einschaltung von Tiernerven, Catgutstücken etc. Auch Röhren von entkalkten Knochen oder Magnesiumröhren hat man in die Wunde eingelegt und den zentralen und peripheren Nervenstumpf darin eingeleitet. Letztere beiden Methoden haben das Gemeinsame, daß diese Drains aus dekalzinierten Knochen und Magnesium nach einiger Zeit zur Resorption gelangen, nachdem sie als Fremdkörper eingeheilt sind. Es haftet diesen Methoden der Mangel an, daß der Zeitpunkt der Resorption nicht vorausbestimmt werden kann, abgesehen davon, daß die Einheilung dieser Fremdkörper manchmal nicht gelingt. Eine große Verbesserung der Technik brachte in neuer Zeit LOTHEISEN.[2]) Als Material zur Einbettung benutzt LOTHEISEN Gelatine. Da letztere Substanz nun bei Körpertemperatur sofort flüssig wird, läßt der Autor dieses Material in 2%iger Formalinlösung erhärten und dann Röhren in verschiedener Größe (4, 7 und 9 *mm* Lichtung) anfertigen. Die Röhren[3]) werden durch trockene Hitze sterilisiert und in 96%igem Alkohol aufbewahrt. Die Auflösung und Resorption der Röhren erfolgt je nach der Dauer der Härtung in 4 bis 8 Wochen.

Krankengeschichten.

I. O. C., 25 Jahre alt, Laboratoriumsgehilfe, wurde am 25. Juli 1903 bei einem Streit von seinem Gegner mit einem dünnen Federmesser in den Oberarm gestochen. Die kleine Wunde — er hatte deren noch mehrere an andern Körperstellen — wurde gleich gereinigt und verbunden. Patient merkte sofort nach der Verletzung, daß die rechte Hand und die Fingerspitzen schlaff herunter hingen; wenn er die Hand gebrauchen wollte, stieß er mit den Fingern an; es war ihm unmöglich, sie zu strecken. In diesem Zustande wurde der Verletzte, der sich ärztlicher Behandlung in der Hoffnung auf spontane Besserung entzogen hatte, 2 Monate nach dem Überfall in das Bürgerhospital zu Köln aufgenommen. Hier wurde folgender Befund erhoben: 2 *cm* oberhalb des rechten Condylus externus humeri, etwas medianwärts von ihm, in der Gegend, wo der N. radialis seinen spiralen Verlauf um die Achse des Humerus beendet hat, ist eine 1 *cm* lange, vernarbte Wunde. Die Hand steht in totaler Beugestellung. Streckung (Dorsalflexion) der Hand, Extension der Finger, Supination im Unterarm unmöglich. Sensibilität in der Mitte der Streckseite des Vorderarms, am Handrücken vom Daumen bis inklusive Radialrand des Mittelfingers herabgesetzt.

Am 26. September 1903 Operation. Der N. radialis ist 3 *cm* weit in Narbengewebe eingebettet; die Narbe wird exstirpiert, die Nervenstümpfe werden vereinigt durch die paraneurotische Naht. Der Wundverlauf ist fieberfrei. Am 13. Oktober zeigt sich die Operationswunde vernarbt; zugleich wird eine Zunahme der Sensibilität konstatiert, während eine beginnende Besserung der Motilität am 30. Oktober festgestellt wird. Am 20. November wird folgender Befund erhoben: Dorsalflexion der Hand bis nahezu zur Horizontalen möglich; die Finger bleiben in der Streckung noch um etwa 30° zurück. Die Kathode des galvanischen Stromes (10 Milliampere) bringt, auf die Streckmuskulatur des Unterarmes aufgesetzt, während die Anode am Oberarm oberhalb der Narbe aufgesetzt wird, bei der Schließung (K. S. Z.) eine kräftige Dorsalflexion der Hand, der normalen Exkursionsfähigkeit der Hand annähernd gleich, hervor. Die Sensibilität ist in den obengenannten Bezirken noch wenig herabgesetzt. Muskelatrophie ist nirgends vorhanden.

[2]) G. LOTHEISEN, „Zur Technik der Nerven- und Sehnennaht". LANGENBECKS „Archiv f. klin. Chirurgie", Bd. 64

[3]) Zu beziehen von Apotheker Dr. F. STOHR, Wien, II., Raimundgasse 6.

II. K. L. hat sich am 29. Juni 1903 dadurch verletzt, daß sie beim Schlichten eines Streites mit dem linken Unterarm in Tellerscherben geriet, welche ihr die Beugesehnen am Unterarm, Art. radialis und ulnaris sowie die Nervi medianus und ulnaris durchschnitten. Nach Unterbindung der spritzenden Arterien zeigte sich, daß die Bewegungen des 4. und 5. Fingers aufgehoben waren. Schmerzgefühl und Tastgefühl waren aufgehoben in der Vola manus und den Beugeseiten der Finger mit Ausnahme des Daumens.

Bei der Operation am 3. Juli wurde festgestellt, daß die Sehnen des M. flexor digit. sublimis und profundus, flexor carpi radialis, palmaris longus, flexor pollicis longus und flexor carpi radialis, sowie die Nervi medianus und ulnaris vollständig durchtrennt waren. Sehnen und Nerven wurden vernäht, letztere in Gelatine eingebettet.

Der Wundverlauf war ein normaler. Am 13. August war die Wunde vernarbt. Die Schmerzempfindung war in der Vola manus wieder zurückgekehrt, ebenso an den Fingern mit Ausnahme der Beugeseiten des 2. und 4. Fingers sowie der Streckseite der Nagelphalanx der beiden letztgenannten Finger. Die Finger stehen jedoch in Krallenstellung, ihre aktive Beweglichkeit ist sehr gering, Spreizen unmöglich. Von oben genanntem Tage ab begann Patientin mit systematischen Übungen, mit Massage und Faradisation. (Über die Nachbehandlung siehe weiter unten.)

Ich möchte nun gleich an dieser Stelle den Befund erwähnen, wie er 3 Monate später erhoben wurde. Die Untersuchung ergab: Daumen und Kleinfingerballen atrophisch. Daumen steht in mäßiger Adduktion, kann gut ab- und adduziert werden. 4. und 5. Finger in geringer Beugestellung; sie können jedoch aktiv gut gestreckt werden, besonders wenn der Zug der mit der Narbe verwachsenen Sehnen dadurch aufgehoben wird, daß ein Gegendruck im Sinne einer Volarflexion der Hand ausgeführt wird. Beim Versuche, die Finger passiv zu strecken, macht die mit den Sehnen fest verwachsene Narbe Mitbewegungen. Keine Krallenstellung der Finger, keine Atrophie der Interossei. Spreizen der Finger ist noch unmöglich; der Faustschluß ist nicht vollkommen und geschieht ohne Kraft. Die Prüfung der Sensibilität ergab: Schmerzempfindung für Nadelstiche ist noch gänzlich aufgehoben im Gebiet der Beugeseite des 2. und 4. Fingers bis zum Gelenk zwischen Metakarpus und Grundphalanx; Vola manus für Schmerz überall empfindlich, doch läßt die Lokalisation beim Berühren noch zu wünschen übrig.

Die ganze Hand ist im übrigen mager, rotglänzend, die Fingernägel des 2. und 4. Fingers sind rissig und zeigen Schnittverletzungen (durch Glassplitter), welche mangelnde Tendenz zur Heilung zeigen.

Die Prüfung der Reaktion auf den galvanischen und induzierten Strom an den kleinen Handmuskeln verläuft völlig negativ. Entartungsreaktion ist jedoch nicht vorhanden.

Bevor ich auf die weitere Besprechung der beiden Fälle näher eingehe, sei in Kürze die Frage nach der Regeneration der Nervenfaser nach ihrer Durchtrennung berührt. Über die Art und Weise, wie diese Regeneration vor sich geht, herrschen unter den älteren Autoren zwei verschiedene Auffassungen. Die von den meisten Autoren akzeptierte Ansicht ist die, daß die periphere Nervenstrecke nur die Führung für die vom zentralen Stumpf aus verwachsenen Fasern bildet. Diese Fasern selbst entstehen aus den Zellen der SCHWANNschen Scheide. v. BÜNGNER hat im Jahre 1891 nachgewiesen, daß schon am dritten Tage das Neurilemma anfing zu wuchern und lange, schmale fibrilläre Bandfasern entstehen lasse, die von Strecke zu Strecke mit einem Kern versehen, den neuen Nervenfasern entsprechen. Dieser Ansicht pflichtet DUNSTREY[4]) bei und fügt hinzu, daß der Vorgang der Zellproliferation, die Formation von Bandfasern, ihre Umbildung zu amyelinen Nervenfasern sich jeweils vollzieht „mit vom Zentrum zur Peripherie abnehmender Intensität, so daß die Prozesse in den mehr zentral gelegenen Teilen der alten Nervenfaser ausnahmslos auf einer höheren Stufe der Entwicklung stehen als in dem mehr peripheren Abschnitte derselben Fasern. Die Fähigkeit, Fasern zu bilden, kommt nur den wuchernden

[4]) DUNSTREY, „Über Nervenpfropfung". „Deutsche Zeitschr. f. Chir.", Bd. 62.

Zellen der SCHWANNschen Scheide zu, die als Neuroblasten bezeichnet werden."

Eine andere Auffassung vom Regenerationsvorgang der Nerven haben diejenigen älteren Autoren, welche auch den eigentlichen nervösen Elementen, dem Achsenzylinder und der Markscheide, einen Anteil an den progressiven Vorgängen einräumen. Es steht heute fest, daß es beim Nerven eine Heilung per primam intentionem nicht gibt. Der Vorgang der Nervenheilung spielt sich vielmehr indirekt im oberwähnten Sinne ab, immer mit Degeneration des Teiles peripher der Durchtrennung.

Diesen beiden Ansichten sind neuerdings französische Autoren [5]) entgegengetreten, indem sie nachwiesen, daß vornehmlich ein Proliferationsprozeß der Neuroblasten des distalen Nervenstranges die Regeneration nach Durchschneidung und Vereinigung verursacht. Das periphere Stück also spielt nicht mehr die passive Rolle, welche ihm die Autoren bisher einräumten. Die gleichen Vorgänge wie am peripheren, spielen sich am proximalen Ende ab. Aus den Experimenten, welche die genannten Autoren an über 100 Tieren ausgeführt haben, geht hervor, daß die ersten Zeichen der Regeneration schon am Ende der 3. Woche auftreten; es sind dies Spinnenzellen, aus denen sich die jungen Achsenzylinder bilden. Im narbigen Zwischengewebe, wo diese Zellen auch auftreten, treffen sich die neugebildeten Elemente der jungen Nervenfaser, gegen Ende der 4. Woche sollen die Anastomosen hergestellt sein. Die anatomischen Verhältnisse, welche unsern beiden Fällen zugrunde liegen, sind für das Zustandekommen von Nervenverletzungen außerordentlich günstige. Nachdem der N. radialis seinen spiraligen Verlauf um den Humerusschaft beendet hat, liegt er zwischen M. supinator longus und äußerem Bizepskopf, so, daß diese Stelle, besonders leicht bei Streitigkeiten, wenn der Angegriffene Abwehrbewegungen macht und seinem Angreifer die Gegend des Condylus externus humeri entgegenhält, dem Trauma sehr ausgesetzt ist. Eine für Traumen gleich günstige Stelle ist die Gegend der Beugeseite am unteren Ende des Unterarmes nahe der Handwurzel, wie sie Fall II zeigt. Ein Blick auf einen anatomischen Durchschnitt durch diese Gegend zeigt die durchtrennten Nerven mit den Beugesehnen dicht zusammengelagert, vom darunter gelegenen M. pronatur quadratus durch eine starke Faszie getrennt. Besonders der N. medianus liegt sehr oberflächlich.

Dem Umstande entsprechend, daß der N. radialis ein vorwiegend motorischer Nerv ist, treten die Sensibilitätserscheinungen im Fall I zurück, während die motorischen Störungen ganz das Krankheitsbild beherrschen. Trotz der verhältnismäßig langen Dauer der Nervendurchtrennung sind keine Muskelatrophien wahrnehmbar. Die beginnende Wiederkehr der Sensibilität kann schon 3 Wochen post oper., die der Motilität nach etwa 5 Wochen festgestellt werden. Über Schmerzen hat Patient nie zu klagen gehabt. Eine so schnelle Wiederkehr der Nervenfunktion ist jedoch nicht in allen Fällen zu konstatieren. Besonders neuere Autoren machen darauf aufmerksam, daß selbst bis zu 6 Monaten und darüber vergehen können — ganz abgesehen von gleich zu erwähnenden Komplikationen —, ehe der wiedervereinigte Nerv seine Funktion wieder aufzunehmen beginnt. Die Ursachen einer solchen Verzögerung sind oft in Komplikationen zu suchen, entweder Neuritis oder interkurrent auftretende Erkrankungen, welche Erschöpfungszustände im Gefolge haben. Am häufigsten jedoch mögen es die bei der Verletzung oder bei nicht aseptischem Wundverlauf gesetzten Narben sein, welche durch ihren Druck den Nerven, selbst wenn die Vereinigung durch die Naht gelungen ist, zur Untätigkeit verurteilen. Einen solchen Fall erwähnt BUSCH. [6]) Einer seiner Patienten, welcher am 3. Februar 1878 wegen Durchschneidung des N. radialis operiert worden war, verließ, ohne geheilt zu sein, am 4. April desselben Jahres die Klinik, um am 4. Dezember wieder zurück zu kommen, da seine Hand noch immer völlig gelähmt war. In der Annahme, daß keine Vereinigung der Nervenstümpfe stattgefunden habe, wurde am 6. Dezember die Narbe gespalten. Man fand zum großen Erstaunen den Nerven vollständig vereinigt. Der Nerv war jedoch an der Stelle der Naht kolbig verdickt und lag im Narbengewebe. Unmittelbar nach Befreiung aus seinem Bindegewebslager konnte man durch Reizung des Nerven mit dem Induktionsstrom Kontraktionen der Extensoren bewirken. Schon am 11. Dezember konnte Patient seine Hand bis über die Horizontale erheben. Der Fall lehrt, daß man nicht in allen Fällen, in welchen nach einer Nervennaht die Funktion sich nicht einstellt, an der Heilung zu verzweifeln braucht, sondern daß man gut tut, die Narbe noch einmal zu spalten und den Nerven von seiner Umschnürung durch das Bindegewebe zu befreien. Die Prognose ist in unserem ersten Falle, wenn auch die Hand zur Verrichtung jeglicher Arbeit noch vollständig unbrauchbar ist, in Anbetracht des Umstandes, daß sich trotz des langen Bestehenbleibens der Nervendurchtrennung keine Muskelatrophie entwickelt hat, daß vielmehr die normale elektrische Reaktion (Kathodenschließungszuckung) besteht, eine absolut günstige.

Weniger günstig muß im zweiten Falle die Prognose gestellt werden, Prognosis dubia, ad bonum vergens. Die 5 Wochen nach der Operation notierte Krallenstellung hat sich wieder zurückgebildet; dem entspricht auch der Befund, daß eine Atrophie des Interossei nicht zur Ausbildung gekommen ist. Eine Zunahme der Sensibilität ist jedoch ohne Zweifel festzustellen, während andrerseits die Atrophie der Daumen- und Kleinfingermuskeln die Brauchbarkeit der Hand im Verein mit der noch fortbestehenden großen Schwäche des Faustschlusses (N. medianus) sowohl zu feinerer Fingerarbeit als auch zu gröberer Arbeit, z. B. kräftiges Zufassen stark herabsetzt. Dazu kommen nun noch die mannigfachen sonstigen Störungen, Atrophie und trophische Störungen an den Fingerspitzen. Diese Atrophie kann sämtliche Gewebe im Gebiet des verletzten Nerven betreffen, Haut, Unterhautbindegewebe, Muskeln und Knochen. Besonders die Atrophie des Knochens hat in neuerer Zeit das Interesse einiger Autoren in Anspruch genommen und praktisch wie theoretisch wichtige Tatsachen sind das Resultat dieser neueren Forschungen. SUDECK hat nämlich nachgewiesen, daß diese Knochenatrophie akut, unmittelbar im Anschluß an die Verletzung auftreten kann. Der genannte Autor ist der Ansicht, daß dieses neue Krankheitsbild, welches er „akute reflektorische Knochenatrophie" nennt, auf dem Wege des Reflexes zustande kommt, daß es also, im Gegensatz zu der Ansicht älterer Forscher, sich unmittelbar an das Trauma anschließen kann. Sowohl Nervendurchtrennung als auch andere Traumen selbst geringfügiger Art sind imstande, die akute Knochenatrophie zu erzeugen. Ein wichtiges Symptom dieser Erkrankung ist eine sehr schnell auftretende Steifigkeit in den kleinen Gelenken der Extremitäten. Um der Weiterbildung der Atrophie vorzubeugen, empfiehlt SUDECK möglichst frühzeitige Übungstherapie, aktive und passive Bewegungen, Massage und Heißluftbehandlung. Von ferneren Symptomen bei Nervendurchtrennung seien noch kurz erwähnt: Alteration der Hautbeschaffenheit, wie hochgradiges Kältegefühl, gelegentlich Temperaturerhöhung, brennende, prickelnde Schmerzen peripher von der Verletzung, vermehrte Schweißsekretion; der trophischen Störungen an den Fingernägeln ist schon gedacht worden.

Es erübrigt noch, die wichtigsten Punkte der Nachbehandlung hervorzuheben. Nachbehandlung nach Vernarbung der Operationswunde erfordert Gewissenhaftigkeit und Ausdauer für Arzt und Patient. Es hieße die beste Zeit verlieren, würde man mit der Nachbehandlung nicht sofort nach Verheilung der Wunde beginnen. Es wird leicht übersehen, daß

[5]) BALLANCE und STEWART, „Le processus de la réunion des nerfs." Travaux de neurologie chir.

[6]) W. BUSCH, „Über Nervennaht". „Archiv f. klin. Chir.", Bd. 27.

z. B. in Fall I eine starke Schädigung der Streckmuskulatur des Unterarmes herbeigeführt wird, wenn die Hand des Patienten in der behandlungsfreien Zeit sich selbst überlassen, durch ihr Eigengewicht schlaff herunterhängt, die Muskulatur wird durch die dauernde Entfernung ihrer Ansatzpunkte voneinander passiv gedehnt, sie verliert ihre Elastizität und Kontraktilität. Wir halten also die Hand durch eine über Unterarm und Handrücken gelegte Dorsalschiene aus Gips in Überkorrektur, in starker Dorsalflexion, wobei die Finger gestreckt sind. Zweimal täglich wird je eine Stunde lang geübt, und zwar zunächst mit einem leichten Holzstab. Unser Patient mit der Radialisverletzung umfaßt den Stab mit beiden Händen von oben her, hält ihn horizontal, wobei er den Oberarm leicht an den Thorax anlegt und das Ellbogengelenk etwa im rechten Winkel gebeugt hält; im Zähltakt (wobei er am besten laut zählt — eins, zwei —) wird mit dem Stocke extrem dorsal- und plantarflektiert, wodurch die gelähmte Hand durch die Kraft der gesunden Hand die Dorsalflexion mitmacht. Analog lassen wir im zweiten Falle auch wiederum im Takt den Stab, am besten einen kurzen, doch genügend dicken Stab aus leichtem Holzmaterial, halten und denselben von einer Hand der andern entgegenwerfen, wobei diese letztere gezwungen wird, möglichst kräftig zuzufassen. Dem praktischen Arzt, welchem teure Pendelapparate meistens nicht zur Verfügung stehen, können ferner die ausgezeichneten Thiloschen Übungen nicht genug empfohlen werden. (Vgl. O. Thilo, „Übungen", in Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, N. F.: Chirurgie, Nr. 50). Ferner wenden wir an: Massage des Vorderarmes, der Hand und Finger sowie den galvanischen und faradischen Strom: die Anode eines galvanischen Stromes von etwa 10 Milliampere wird oberhalb der Durchtrennung appliziert, die Kathode streicht über die gelähmten Muskelbezirke, darauf folgt in gleicher Weise die Applikation eines mäßig starken induzierten Stromes.

Aus der Kuranstalt „Waldpark" in Meran-Obermais.

Über Aerotherapie.

Von **Privatdozent Dr. Max Herz**, Wien-Meran.*)

„Es ist auffallend, daß man bis jetzt die künstliche Luftbewegung zu therapeutischen Zwecken noch gar nicht verwendet, obwohl ein solcher Weg noch immer recht aussichtsvoll erscheint", sagt Rubner in seiner zusammenfassenden Darstellung der Klimatotherapie im Handbuch für physikalische Therapie.

Dieser Umstand muß tatsächlich wundernehmen in einer Zeit, wo allen physikalischen Heilmethoden eine erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet und an der Vervollkommnung der technischen Hilfsmittel der Medizin mit ununterbrochenem großen Eifer gearbeitet wird, in einer Zeit, in welcher wenigstens in den großen Städten und Kurorten allen irgendwie aussichtsvollen Verfahren durch die Beschaffung der oft sehr kostspieligen und umfangreichen Behelfe und durch die Errichtung eigener Institute luxuriöse Heimstätten geboten werden.

Das natürliche Luftbad bzw. Lichtluftbad ist ein seit Jahrzehnten an einem ungeheuren Krankenmateriale erprobtes Heilagens, das nicht nur in dem den sogenannten Naturheilmethoden günstig gesinnten Laienpublikum begeisterte Anhänger zählt, sondern auch unter den wissenschaftlich denkenden Ärzten warme Fürsprecher gefunden hat.

Noch wichtiger aber ist es, daß diese Behandlungsmethode bereits seit Jahren eine auf exakten Versuchen ruhende wissenschaftliche Grundlage besitzt, welche wir fast ausschließlich Rubner und seinen Schülern verdanken. Diese Untersuchungen haben mich veranlaßt, an das Thema der Aerotherapie heranzutreten und den Versuch zu unternehmen, durch die Verwendung künstlicher, in bezug auf Geschwindigkeit und Temperatur regulierbarer Luftströmungen, teilweise in Verbindung mit der Bestrahlung durch künstliches Licht beim kranken Menschen eine mit Unrecht noch bestehende Lücke in unserem Heilprogramme auszufüllen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß das künstliche „Licht-Luftstrombad" in vielen Fällen mit den hydrotherapeutischen Maßnahmen in Konkurrenz treten kann, ja, daß es diesen teilweise überlegen ist; abgesehen davon, daß es durch Vorteile ökonomischer Natur berufen ist, an vielen Orten die Stelle der Hydrotherapie einzunehmen.

Die Erkenntnis, daß die Einwirkung der freien Luft und des diffusen Tageslichtes auf den menschlichen Organismus nach vielen Richtungen von Vorteil ist, ist wohl sehr alt. Schon Hufeland trat mit großer Wärme dafür ein, Kranken in unbekleidetem Zustande Bewegung in freier Luft zu ver-



ordnen. Systematisch wurde diese Heilmethode im großen Maßstabe zuerst von Rickli in Veldes, dann von Lahmann in Dresden und schließlich mit besonderer Betonung der Lichtwirkung von Finsen verwendet. Heute wird das natürliche Luftbad in fast allen Handbüchern, welche sich mit physikalischer Therapie beschäftigen, empfohlen, ohne daß jedoch Anhaltspunkte für die Dosierung eines solchen gegeben werden können. Die zu variierenden Faktoren sind: die Temperatur der Luft, die Windgeschwindigkeit, die Intensität der Wärme- und Lichtstrahlung.

Es ist klar, daß man beim natürlichen Lichtluftbade, bei welchem man allen Zufälligkeiten des Wetters machtlos gegenübersteht, nicht im entferntesten den Versuch machen konnte, eine Auswahl unter den zahllosen Möglichkeiten zu treffen. Man mußte sich daher darauf beschränken, Bestimmungen der Jahreszeit, der Tageszeit und der Dauer zu treffen.

Das künstliche Lichtluftbad, das „Licht-Luftstrombad" macht es möglich, jedem einzelnen der genannten Faktoren eine nach wissenschaftlichen Grundsätzen bestimmbare Intensität zu geben und Kombinationen von entsprechender Tem-

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für innere Medizin der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran.



peratur, Luftbewegung und Strahlung zu schaffen, die den zu bekämpfenden Leiden angemessen sind, oder in bestimmter Art verschiedene Kombinationen zur Erzielung von Kontrastwirkungen aufeinander folgen zu lassen. Es besteht hier dasselbe Verhältnis wie zwischen einer in bezug auf Temperaturstärke und Dichte regulierbaren Dusche und einem natürlichen Regenguß.

Das künstliche Licht-Luftstrombad ist folgendermaßen eingerichtet:

Für die Aufnahme des Kranken ist der in vorstehender Figur mit *A* bezeichnete Kasten bestimmt. Derselbe ist innen mit Spiegeln belegt und mit elektrischen Glühlampen versehen. Die Inbetriebsetzung derselben erfolgt durch die auf der Platte *C* angebrachten Schalter *a*.

Durch eine Öffnung in dem Boden des Kastens *A* tritt ein Luftstrom ein, welchen das in dem Kasten *B* angebrachte, elektrisch angetriebene, rotierende Gebläse erzeugt.

Bei dem abgebildeten Apparate ist in dem Sockel ein mit Wasserdampf gespeister Heizkörper angebracht, dessen Temperatur durch den Drosselhahn *H* reguliert wird und über welchen man den Luftstrom streichen läßt, um ihn auf eine gewünschte hohe Temperatur zu bringen. Wo eine Dampfheizung nicht zur Verfügung steht, wird der Erhitzer für Kohle, Petroleum u. dgl. eingerichtet. Bei einem neuen Modelle ließ ich auch eine mit der Wasserleitung verbundene Kühlvorrichtung zur Erzielung niedriger Temperaturen anbringen.

Mittelst dieser Anlage kann man demnach über den ganzen Körper Luftströme von beliebiger Geschwindigkeit und Temperatur leiten und zugleich die Strahlung von elektrischen Lampen auf ihn einwirken lassen. Da es aber wünschenswert ist, auch einzelne Körperteile mit strömender Luft zu behandeln, ist das Rohr *R* vorgesehen, welches mit dem Inneren des Gebläses in Verbindung steht, so daß der Öffnung *D* nach Bedarf kalte oder warme Luft entströmt. Das Rohr ist nach allen Richtungen verstellbar und kann daher an verschiedene kastenförmige Behälter angeschlossen werden, welche nach Art der gebräuchlichen Heißluftkästen zu verwenden sind. Wenn das Rohr *R* ganz nach unten gedreht wird, schließt es an die kleine Blechwanne *P* an, welche zur Aufnahme der Füße des Kranken bestimmt ist. Es wird dann das kalte Luftstrombad in ganz gleicher Weise wie das strömende kalte Fußbad oder das Wassertreten verwendet. Natürlich kann auch der warme Luftstrom durchgeleitet werden.

Läßt man den bei *D* zutage tretenden Luftstrom frei auf den Körper des Kranken einwirken, dann hat man die bekannten Verhältnisse der kalten bzw. warmen Luftdusche vor sich.

Der beschriebene Apparat kann in folgenden Eigenschaften gebraucht werden:

1. als kaltes und warmes Luftbad,
2. als elektrisches Lichtbad,
3. als Licht-Luftstrombad,
4. als Luftdusch-Apparat,
5. als Kalt- oder Heißluftstrom-Apparat zur Behandlung einzelner Körperteile.

Bezüglich der Lichtstrahlung ist der entscheidende Schritt von der Verwandlung des durch die Natur dargebotenen zum künstlich erzeugten Agens durch die Forschungen Finsens und seiner Schüler und durch die Erfindung Kelloggs, nämlich das elektrische Lichtbad, längst getan und dadurch eine neue, sehr erfolgreiche Epoche der Lichtbehandlung inauguriert worden. Jedesmal aber, wenn eine solche Substituierung vor sich gehen soll, macht sich ein Widerstand geltend, der aus dem Vorurteile der Massen für das „Natürliche" entspringt. Der Sieg wurde bisher immer zugunsten der künstlichen Anordnung entschieden, weil sich die vollkommene Beherrschung der Wirkungen als eine Grundlage des ärztlichen Handelns stets als ein nicht zu überbietendes Argument für dieselbe geltend gemacht hat.

Dieser Fall dürfte sich bei der Einführung der „künstlichen Aerotherapie", wenn man so sagen darf, wiederholen.

Es scheint mir geboten, auf die Umstände hinzuweisen, welche für sie geltend gemacht werden dürfen. Die unendliche Vielgestaltigkeit dessen, was man das Klima nennt, bringt es schon mit sich, daß zwei natürliche Luftbäder, an zwei verschiedenen Orten genommen, ganz verschiedene Wirkungen entfalten müssen, denn von allen Faktoren, welche den Charakter des Klimas bedingen, ist keiner so schwankend wie der hier in erster Linie maßgebende Wind. Erwähnt muß ferner werden die Verschiedenheit der Jahreszeiten und die unberechenbaren Schwankungen des Wetters, der kaleidoskopischen Aneinanderreihung von Ereignissen, welche die Meteorologie vorher zu bestimmen sich vergebens bemüht. Nicht einmal während eines und desselben Luftbades ist die Luftbewegung konstant, sondern sie ändert sich bekanntlich von Minute zu Minute. Der Wechsel zwischen den verschieden stark bewegten und verschieden temperierten Luftströmungen ist hier von großer Wichtigkeit, aber sicherlich nur dann von therapeutischem Wert, wenn er nicht den Launen des Zufalles überlassen wird wie beim natürlichen Luftbade, sondern, wie bereits erwähnt, nach bestimmten Grundsätzen angeordnet wird. Das ist nun beim künstlichen Bade dieser Art der Fall.

Von besonderer Wichtigkeit erscheint mir der folgende Umstand: Wir halten bei der künstlichen Aerotherapie in bestimmten Fällen entweder sehr heftige, sehr kalte oder heiße Luftströme, wenn auch nur durch sehr kurze Zeit einwirkend, für angezeigt. Abgesehen davon, daß solche in der Natur doch nicht vorhanden sind, wenn man sie gerade braucht, entfalten sie in der freien Luft noch eine höchst unerwünschte Nebenwirkung dadurch, daß sie zugleich von den Patienten eingeatmet werden müssen. Es braucht wohl nicht weiter auseinandergesetzt zu werden, wie beschwerlich dies für Herz- oder Lungenkranke ist. Besonders bei den ersteren wird ja so häufig durch jede heftige Luftbewegung Atemnot erzeugt oder einer der gefürchteten Anfälle ausgelöst. Im künstlichen Luftbade wird die Atmung durch die hervorgerufene Luftströmung nicht behelligt und doch, wie Wolpert, Zuntz und Loewy gezeigt haben, indirekt in wohltuender Weise beeinflußt.

Die größte Bedeutung erhält das Licht-Luftstrombad aber dadurch, daß es die Möglichkeit bietet, die Aerotherapie überall anzuwenden, wo ein elektrischer Strom zur Verfügung steht. Immer wieder wird von zahlreichen Autoren der Wunsch geäußert, diese Methode möge zu allgemeinerer Verwendung gelangen, aber gerade dort, wo sie am dringendsten benötigt wird, in den großen Städten, fehlte bisher jede Gelegenheit zu ihrer Durchführung. Diesem Bedürfnisse soll das Licht-Luftstrombad abhelfen.

Um die Existenzberechtigung einer Therapie zu beweisen, ist es angezeigt, sie mit anderen verwandten Methoden zu vergleichen. In unserem Falle ist die Gegenüberstellung der Lichtbehandlung sowie der Hydrotherapie naheliegend.

Wenn man will, kann man das Licht-Luftstrombad als eine Vervollständigung des Kelloggschen Lichtbades ansehen. Über die spezifischen Wirkungen der bewegten Luft wird an anderer Stelle berichtet werden. Hier soll nur einiges darüber angeführt werden, wie die Wirkung der Lichtstrahlung durch den raschen Luftwechsel beeinflußt wird.

Rubner [1]) untersuchte den Einfluß der Besonnung auf den Stoffwechsel des Hundes und fand, daß dieser Einfluß nicht allein von der Intensität der Bestrahlung, sondern auch von der Temperatur der unmittelbaren Umgebungsluft abhänge. Er stellte folgendes wichtige Gesetz auf:

„Die Wärmeregulierung des Hundes wird unter dem Einflusse der Besonnung nach Maßgabe rund des halben Temperaturüberschusses der Besonnungs- über die Schattentemperatur beeinflußt. Das besonnte Tier zeigte bei 25° im Schatten und gleichzeitig 43° in der Sonne (Überschuß 18°)

[1]) „Archiv für Hygiene", Bd. 20, pag. 345.

die gleichen Zersetzungen wie das beschattete Tier bei 34° Lufttemperatur."

Beide Faktoren sind offenbar auch im Lichtbade maßgebend: die Strahlungsintensität der Glühlampen und die Schattentemperatur, d. h. die Temperatur der im Innern des Kastens befindlichen Luft. Bei der jetzt allgemein üblichen Form des Lichtbades kann man nur die Strahlung durch Einschaltung einer größeren oder geringeren Anzahl von Lampen regulieren. Durch die von den Lampen abgegebene Wärme wird die Luft erhitzt und es ist klar, daß mit einer starken Strahlung stets auch eine starke Erwärmung der Innenluft verbunden ist. Die Temperatur im Innern steigt beim Lichtbade kontinuierlich und rasch bis zur Unerträglichkeit, wodurch auch der verwandten Lichtstärke eine obere Grenze gesetzt ist, und es ist nicht möglich, jene Strahlungsintensität anzuwenden, welche etwa einem Sonnenbade im Freien entsprechen würde.

Diesem Umstande ist beim Licht-Luftstrombade dadurch gesteuert, daß man eine beliebig temperierte Luft durch den Kasten streichen lassen kann.

Das Rubnersche Gesetz wurde durch Wolperts Untersuchungen über den Einfluß der Besonnung auf den Stoffwechsel des Menschen [2]) durchaus bestätigt. Hier trat auch der Einfluß der Luftbewegung auf die Wirkung der Sonnenstrahlen sehr deutlich hervor. Ist die Luft ruhig und kalt, dann vermindert die Lichtstrahlung die Bildung der Kohlensäure. Es tritt jedoch stets eine Steigerung ein, wenn die Versuchsperson aus dem Schatten des Zimmers in den Sonnenschein der bewegten freien Luft tritt. Bei einer Lufttemperatur von 15—25° ist die Kohlensäureausscheidung erhöht, wenn die Strahlung gering ist, unverändert bei mittlerer und vermindert bei stärkerer Strahlung.

Man sieht daraus deutlich, wie wichtig es ist, auch in die Lichtkastentherapie die Berücksichtigung der Lufttemperatur (gemessen durch ein vor der Lichtstrahlung geschütztes Thermometer) und der Luftbewegung einzuführen oder vielmehr dieselbe nur in einer Form zu üben, bei welcher diese Momente zweckentsprechend variiert werden können.

Von großer Wichtigkeit ist ferner der Grad der im Lichtbade herrschenden Luftfeuchtigkeit. Diese ist im Beginne eines gewöhnlichen Lichtbades gleich derjenigen der umgebenden Luft. Mit der gesteigerten Wasserabgabe des Körpers wird die Luft im Kasten rasch vollständig mit Wasserdampf gesättigt. Welche Folge dieser Umstand nach sich zieht, geht aus den Untersuchungen von Schattenfroh [3]) hervor, der an einer fetten Person bei hohen Temperaturen experimentierte. Diese Versuche sind schon deshalb hier einer besonderen Berücksichtigung wert, weil der Glühlichtkasten bekanntlich in großem Maßstabe zu Entfettungskuren verwendet wird. Es zeigte sich, daß bei trockener und mittelfeuchter Luft kein tropfbar flüssiger Schweiß sezerniert wurde, sondern nur Dampf in großer Menge. War die Luft aber sehr feucht, dann trat ein profuser Schweiß ein, durch welchen bis zu 800 *g* Wasser in 4 Stunden abgegeben wurden.

Die höchst peinlichen Sensationen und sonstigen Begleiterscheinungen von seiten des Herzens und des Nervensystems bei profusen Schweißen sind bekannt. In vielen Fällen bilden sie ja entschiedene Kontraindikationen gegenüber der Lichtbehandlung. Schattenfroh konstatierte aber außerdem noch eine Erhöhung der Körpertemperatur um 1·2—1·4° C in der heißen feuchten Luft! Bei trockener Luft (bis zu 50% Feuchtigkeit) trat keine Wärmestauung ein.

Wie erwähnt, soll hier von den spezifischen Wirkungen des Luftstromes nicht die Rede sein, nur das eine will ich in diesem Zusammenhange bemerken, daß es zur Entwässerung des Organismus kein besseres Mittel gibt als gerade den heißen Luftstrom, wie in Rubners Laboratorium nachgewiesen worden ist. Daß diese Entwässerung ohne Schweißausbruch vor sich geht, muß als ein großer Vorteil gegenüber allen jenen Methoden, welche in entsprechend geformten Kästen durch Dampf, ruhende heiße Luft, Glühlampen usw. hohe Temperaturen erzeugen, anerkannt werden. Hier soll nur darauf hingewiesen werden, welcher fundamentale Unterschied gegenüber dem gewöhnlichen Luftbade allein durch die Veränderung der Luftfeuchtigkeit geschaffen wird. Beim Licht-Luftstrombade sind wir in der Lage, die Lichtstrahlung mit einer hohen Innentemperatur zu kombinieren, ohne die relative Feuchtigkeit zu erhöhen, während sonst in dem Momente, wo die Temperatur (Schattentemperatur) im Innern einen höheren Grad erreicht, stets eine vollständig mit Wasserdampf gesättigte Luft vorhanden ist. Wenn wir nämlich bei dem Licht-Luftstrombade eine vorerhitzte Luft in den Kasten leiten, dann ist die relative Feuchtigkeit derselben immer eine sehr niedrige, wofern wir sie nicht absichtlich mit Wasserdampf sättigen, was leicht durchführbar ist und zu Versuchszwecken oft gemacht wurde. Denn wenn die Umgebungsluft auch absolut mit Wasserdampf gesättigt wäre, würde ihre relative Feuchtigkeit bei der starken Erhitzung (vor dem Eintritte in den Kasten) tief herabgedrückt werden.

Diese Anordnung darf nicht mit den in letzter Zeit hervorgebrachten Konstruktionen verwechselt werden, bei welchen durch einen kleinen Ventilator Luft aus dem Kasten abgesaugt wird. Es soll nicht geleugnet werden, daß auch diese einfache Einrichtung schon entschiedene Vorteile vor den ohne jede Lufterneuerung arbeitenden Lichtbädern voraus hat. Durch eine solche Anordnung wird allerdings in den Glühlichtkasten ein gewisser Luftwechsel, wenn auch kein zu therapeutischen Zwecken verwendbarer Luftstrom erzeugt. Bei meinen Studien über den Unterschied zwischen einer durch Saugung und einer durch Druck bewegten Luft konnte ich mit großer Wahrscheinlichkeit konstatieren, daß der durch Aussaugung bewegten Luft gewisse Eigenschaften anhaften, welche wenigstens für eine bestimmte Kategorie von Menschen gesundheitsgefährlich sind. Es handelt sich hier nämlich um den Unterschied zwischen Zugluft und Wind. So fest eingewurzelt im Volksglauben die Überzeugung ist, daß die Zugluft, nämlich jene oft ganz leise Luftbewegung im geschlossenen Raume, krankmachende Eigenschaften besitze, so wenig ist man in wissenschaftlichen Kreisen geneigt, dieser Überzeugung zuzustimmen. Ich [4]) glaube gezeigt zu haben, daß ein prinzipieller Unterschied zwischen Zugluft und Wind bestehe, welcher darin begründet ist, daß die Zugluft einem verdünnten, der Wind hingegen einem verdichteten Luftstrom entspricht und daß weitgehende Analogien zwischen den auf diese Art entstandenen Krankheiten und den Affektionen bestehen, welche man unter dem Begriffe der Caissonkrankheit zusammenfaßt. Aus diesem Grunde habe ich mich nach zahlreichen diesbezüglichen Versuchen entschlossen, bei dem oben beschriebenen Apparat die Luftförderung durch Drückung zu gewinnen und halte es nicht für ganz harmlos, eine Anordnung wie die eben erwähnte auf den Körper einwirken zu lassen.

Aus der III. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Zur Therapie des Rheumatismus.

Von **Dr. Hugo Gerber**, Assistent und derzeit Leiter der Abteilung.

Seitdem sich die Salizylsäure als Spezialmittel bei rheumatischen Affektionen eingebürgert hat, wurden auch die mannigfachen unangenehmen Nebenwirkungen derselben bekannt und traten mitunter der an und für sich sehr zweckmäßigen Salizyltherapie recht hinderlich in den Weg. So manchem Patienten, dem die Salizylsäure gute Dienste ge-

[2]) „Archiv für Hygiene", Bd. 45.
[3]) „Archiv für Hygiene", Bd. 38, pag. 101.
[4]) „Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 44.

leistet hatte, mußte das Medikament auf der Höhe des Erfolges entzogen werden, weil sich zahlreiche Störungen seitens des Magen-Darmtraktes und das lästige Ohrensausen bemerkbar machten. Ähnliche, wenn auch schon gemilderte Nebenwirkungen zeigten sich dann später bei der Darreichung der verschiedenen Derivate der Salizylsäure und deren Salzen.

Infolgedessen war man schon seit langem darauf bedacht, besonders bei geringgradigen Beschwerden rheumatischer Natur die interne Darreichung zu meiden und mit äußerlichen Anwendungen hautreizender, zirkulationsbefördernder Mittel, wie spirituöse Präparate oder das beliebte Chloroform-Hyosziamusöl das Auskommen zu finden. Der bedeutsame Faktor bei dieser äußerlichen Anwendung, die Reibung, somit Massage allein, konnte allerdings die Salizylwirkung nicht vollkommen ersetzen. Die äußerliche Anwendung der Salizylsäure konnte bisher aber nicht erfolgreich durchgeführt werden. Daher war das Augenmerk der praktischen Ärzte und der chemischen Fabriken darauf gerichtet, ein Mittel als Vehikel zu finden, welches die hypodermatische Verwendung der Salizylsäure gestatten und die Zuführung auf dem Wege des Gastrointestinaltraktes als überflüssig erweisen sollte.

In der Fabrik von G. Hell & Komp. in Troppau wurde nach jahrelangen vergleichenden Versuchen zwischen Vasolen und Vasogenen besonders auf Grund zahlreicher wissenschaftlicher Erprobungen von seiten des Herrn Dr. Wilhelm Meitner in Wostitz (Mähren) die Versuche zugunsten der Vasole abgeschlossen und somit das lange gesuchte, allen Anforderungen der Praxis entsprechende Vehikel zur hypodermatischen Verwertbarkeit der Salizylsäure in den Präparaten: Vasolum cum acido salicylico (10%) = Salicyl vasol. und Vasolum cum Petrosulfol et cum acido salicylico (Petrovasolum salicylatum oder der Kürze halber Rheumasol genannt) gefunden.

Rheumasol ist eine Verbindung von Petrosulfol, Salizylsäure und Vasol und besteht aus 80 Gewichtsteilen Vasolum liquidum und je 10 Gewichtsteilen Salizylsäure und Petrosulfol. Letzterer Zusatz wurde bei seiner Einführung in die Medizin von Prof. S. Ehrmann in Nr. 18 der „Wiener klin. Rundschau", 1900, sowie in Nr. 39 der „Klin.-therap. Wochenschrift", 1901, hinreichend gewürdigt. Die genannten Zusätze sind aber nicht einfache Lösungen, sondern werden schon im Darstellungsprozesse des flüssigen Vasols demselben einverleibt. Rheumasol ist eine schwarzbraune Flüssigkeit von schwachem Petrosulfol-(Ichthyol-)Geruch und erscheint bei durchfallendem Lichte klar.

Hinsichtlich der Indikationen für die Anwendung des Rheumasols liegen über dasselbe zahlreiche praktische Erfahrungen vor, die sowohl seine vorzügliche antineuralgische als auch resorptionsbefördernde Wirkung bestätigen.

Meitner empfiehlt das Rheumasol als resorptionsbeförderndes Mittel zur Behandlung von Exsudaten, sowohl rheumatischer als auch traumatischer Natur in Gelenk- oder anderen Körperhöhlen, er stellt es sogar in dieser Beziehung dem Jod voran. Ferner ist das Präparat geeignet zur Resorption von Extravasaten, gegen Schmerzen und Exsudation bei Pleuritis und Peritonitis. Rheumasol wurde an der III. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien bei einer großen Reihe von Fällen in Anwendung gebracht, vorwiegend bei Muskel- und Gelenkrheumatismus, neuralgischen Schmerzen, Ischias, ferner auch bei Erkrankungen des Beckenzellgewebes. Die mit dem Präparate erzielten Erfolge und die sonstigen Ergebnisse der Beobachtung mögen in den folgenden Fällen an der Hand der mitgeteilten Krankheitsskizzen zur Darstellung gelangen.

Fall I. Akute Ischialgie nach 22 Einreibungen geheilt.

J. Sch., 33 Jahre alt, Taglöhner, kam am 30. März 1905 zur Aufnahme (J.-Nr. 8564/05, P.-Nr. 142 IV/05). War bereits 1895 und 1903 an Gelenkrheumatismus erkrankt gewesen; anfangs März verspürte er Schmerzen in den Gelenken der rechten unteren Extremität, besonders im Hüftgelenke, welche sich rasch bis zur Gehunfähigkeit steigerten.

Bei der Aufnahme fand sich eine muskulär im Hüftgelenke fixierte, rechte, untere Extremität, keine Schwellungen der Knie- oder Knöchelgelenke, jedoch schmerzhafte Druckpunkte daselbst, ferner beträchtliche Schmerzhaftigkeit im Verlaufe des Nervus ischiadicus am Foramen obturatorium, in der Mitte der Beugeseite des Oberschenkels, am Tibiaköpfchen und am Malleolus externus. Die Beugung im Hüftgelenke weder spontan, noch passiv möglich, im Kniegelenke bei passiver Beugung lebhafte Äußerung des Schmerzes. Die Untersuchung der inneren Organe ergab über beiden Lungen verschärftes Vesikuläratmen, besonders über den Lungenspitzen bei sonstigen normalen Schallqualitäten. Herztöne verstärkt, aber rein, Körpertemperatur normal. Urinausscheidung in normaler Menge, die qualitative Untersuchung ergab normale Bestandteile.

Am zweiten Tag nach der Aufnahme wurde Patient zum ersten Male mit Rheumasol eingerieben, und zwar längs der Beugeseite der ganzen Extremität zirka 1/4 Stunde lang; außer einer mäßigen Hautrötung war am folgenden Tage objektiv keine Veränderung im Krankheitsbilde nachzuweisen, Patient selbst äußerte das Gefühl erhöhter Wärme in den eingeriebenen Körperteilen. In der Folge wurde die Einreibung täglich abends durch 1/4 Stunde vorgenommen. Nach der dritten Einreibung konnte Patient bereits ohne wesentliche Schmerzen die Extremität im Kniegelenke beugen. Temperaturerhöhung bestand nicht. Nach zirka 10 Einreibungen waren die Schmerzen vollkommen geschwunden, die Bewegungen im Kniegelenke konnte vollkommen frei ausgeführt werden. Eine Beugung im Hüftgelenke bei gestrecktem Knie war allerdings noch schmerzhaft, bei gebeugtem jedoch anstandslos möglich. In der Folge wurde nur jeden zweiten Tag eine Einreibung vorgenommen, die Beweglichkeit kehrte wieder, so daß Patient tagsüber außer Bett war, auch keinerlei Schmerzen äußerte.

Es wurde nunmehr, nachdem Patient 22 Einreibungen erhalten, wobei sich keinerlei Veränderungen der Körperhaut zeigten, mit dieser Therapie ausgesetzt und Patient nach weiteren 8 Tagen, ohne daß eine Änderung im Befinden desselben aufgetreten, am 8. Mai geheilt entlassen.

Fall II. Akuter, febriler Gelenkrheumatismus, beide Knöchel-, Knie- und Handgelenke betreffend, ohne Herzbeteiligung, nach 10 Rheumasoleinreibungen und Kompressenverband geheilt.

J. D., 31 Jahre alt, Fleischhauer, wurde am 10. Mai 1905 (J.-Nr. 12.424/05, P.-Nr. 12 V/05) aufgenommen. Patient ist seit Jahren Radfahrer und Athlet, auch in seinem Berufe oft übermäßigen körperlichen Anstrengungen ausgesetzt; verspürt in der letzten Zeit häufige Anfälle von plötzlicher Schwäche und Herzklopfen. Mäßiger Potus zugestanden. Am 7. Mai traten plötzlich Schmerzen und Schwellung zuerst der beiden Knöchelgelenke, dann der Knie- und Handgelenke auf. Gleichzeitig hohes Fieber bis 39·5° mit Kopfschmerzen und Mattigkeit. Bei der Aufnahme sind die Schmerzen und Schwellung in den Fuß- und Kniegelenken bereits etwas geringer, dieselben Erscheinungen in den befallenen Handgelenken jedoch im Zunehmen.

Patient präsentiert sich als übermittelgroß mit trefflich ausgebildeter Muskulatur. Der interne Befund ergab normale Verhältnisse bezüglich Lungen und Abdominalorgane. Am Herzen leichte Hypertrophie des linken Ventrikels. Spitzenstoß etwas nach außen gerückt, nach rechts Verbreiterung der Dämpfungsfigur bis zur Mitte des Sternums. Die Herztöne leise, dumpf, deutliche Akzentuation des 2. Aortentones. Die Harnuntersuchung ergab keine pathologischen Bestandteile. Beide Kniegelenke sowie beide Knöchelgelenke geschwollen, die Haut darüber sich heiß anfühlend, bei jeder Berührung und Bewegungsversuchen lebhafte Schmerzäußerungen von seiten des Patienten, ebenso das linke Handgelenk gerötet und schmerzhaft. Die Körpertemperatur bis 38·5 erhöht. Sensorium frei. Patient erhält sogleich nach seiner Aufnahme abends eine Einreibung sämtliche befallenen Gelenke betreffend. Am folgenden Tage morgens Temperatur 38°, die Schmerzen haben während der Nacht in den Fuß- und Kniegelenken nachgelassen, bestehen im Handgelenke noch un-

verändert fort. Beweglichkeitseinschränkung unvermindert. Abendtemperatur 37·6. Abends abermalige Einreibung mit Rheumasol. Nacht über ruhiger Schlaf, Morgentemperatur 36·8, die Schmerzen in den Beinen geringer, Handgelenk noch gerötet und bei Bewegung sehr empfindlich, tagsüber mäßiger Temperaturanstieg auf 38·4, dann Abfall auf 37. Abends dritte Einreibung, nachts keine Schmerzen, Morgentemperatur 36·8, tagsüber anhaltend, allmähliches Schwinden der Schwellungen und Wiederkehr der schmerzfreien Beweglichkeit in den befallenen Gelenken der unteren Extremitäten. Das linke Handgelenk wird 24 Stunden lang mit einer in Rheumasol getränkten Kompresse bedeckt, darüber Watte und Billrothbatist gelegt und mit einer Binde fixiert. Am folgenden Tage sind die Schmerzen im linken Handgelenke geschwunden. Patient macht den ersten Gehversuch ohne besondere Beschwerden. Die täglich abends vorgenommenen Einreibungen mit Rheumasol werden fortgesetzt. Am 17. Mai verläßt Patient auf einige Stunden das Spital zur Besorgung privater Angelegenheiten. Gehen und Stehen noch zeitweilig, besonders bei längerer Dauer, schmerzhaft. Das linke Handgelenk gut beweglich ohne Schmerzen.

Am folgenden Tage leichte abendliche Temperatursteigerung auf 37·3, schmerzfrei.

Nach zwei weiteren, vollkommen schmerzfreien Tagen verläßt Patient bei uneingeschränkter Bewegungsfreiheit der ursprünglich befallenen Gelenke das Spital als geheilt.

Fall III. Akute rheumatische Gelenkschwellung beider Knöchel- und Schultergelenke. Heilung nach 20tägiger Behandlung mittelst Rheumasoleinreibungen.

A. O., 19 Jahre alt, Schankgehilfe, kam am 19. April 1905 (J.-Nr. 11.354) mit der Angabe, seit einer Woche Reißen und stechende Schmerzen in beiden Beinen, vornehmlich in den Knöchelgelenken, zu verspüren, zur Aufnahme. Seit zwei Tagen sollen auch schmerzhafte Anschwellungen beider Schultergelenke bestehen. Patient ist starker Biertrinker, hat vor zirka 5 Wochen Morbillen überstanden, im Harn noch Spuren von Albumen nachweisbar. Die Untersuchung der inneren Organe ergab annähernd normale Verhältnisse. Am Herzen fanden sich unreine Töne an der Spitze und über der Auskultationsstelle der Arteria pulmonalis, ferner perkutorisch nachweisbare Verbreiterung der Dämpfungsfigur bis zur Mitte des Sternums; der Spitzenstoß zirka einen Querfinger außerhalb der konstruierten Mammillarlinie. Beide Knöchelgelenke angeschwollen, die Haut von normaler Farbe, fühlt sich heiß an. Aktive und passive Bewegungsversuche nur mit beträchtlichen Schmerzäußerungen von seiten des Patienten möglich. Das linke Schultergelenk von normaler Konfiguration, bei Bewegungen im Sinne einer Abduktions- und Rückwärtsbewegung schmerzhaft, das rechte etwas angeschwollen, Haut darüber leicht gerötet mit bedeutender Beweglichkeitseinschränkung. Überdies besteht Appetitlosigkeit und Temperatursteigerung auf 38·5°.

Noch am selben Abende erhält Patient eine $^1/_4$ Stunde währende Einreibung beider Malleolargegenden mit Rheumasol, sowie einen Verband mit in Rheumasol getränkter Gaze über dem rechten Schultergelenke. Am folgenden Tage bei Abnahme der Rheumasolkompresse ist die Schwellung über dem rechten Schultergelenke gefallen, Bewegungen dortselbst sowie in den übrigen befallenen Gelenken noch recht schmerzhaft, überdies ist ein Temperaturabfall auf 37·4° zu verzeichnen. Während der nächsten 10 Tagen erhält Patient täglich abends eine ausgiebige Einreibung der erkrankten Gelenkgegenden. Nachdem die Schwellung beider Knöchelgelenke und des rechten Schultergelenkes vollkommen geschwunden, auch nur noch mäßige Schmerzen und geringfügige Beweglichkeitsbeschränkung besteht, wurde nur mehr jeden zweiten Tag eine Einreibung vorgenommen. Nach fünf weiteren Einreibungen bei vollkommen normaler Körpertemperatur, wobei Patient den größten Teil des Tages außer Bett verbringt und ohne Beschwerden herumgeht, konnte er am 19. Mai nach 20tägiger Behandlung als vollkommen geheilt und arbeitsfähig entlassen werden.

Fall IV. Akuter Muskel- und Gelenkrheumatismus mit Beteiligung des linken Knöchelgelenkes und der gesamten Muskulatur der linken unteren und oberen Extremität, nach 10 Rheumasoleinreibungen als geheilt entlassen.

Anna W., 53 Jahre alt, Hausbesorgerin, leidet seit vielen Jahren an trockener Bronchitis mit zeitweiligen Herzbeschwerden. 14 Tage vor der am 31. März 1905 (J.-Nr. 8652, P.-Nr. 63) erfolgten Aufnahme erkrankte sie plötzlich mit Schmerzen im linken Beine und linken Arme, die sich rasch bis zur Bewegungsunfähigkeit steigerten. Gleichzeitig zeigte sich eine Rötung und Schwellung der Gegend des linken Fußknöchels. Die interne Untersuchung ergab vollkommen normale Verhältnisse bezüglich der Thorax- und Abdominalorgane. Das befallene Gelenk des linken Fußes leicht geschwollen, erweist sich auf Druck sehr schmerzhaft. Die Muskulatur der linken oberen und unteren Extremität überall auf Berührung und bei aktiver sowohl als passiver Bewegung schmerzhaft. Körpertemperatur annähernd normal. Das linke Knöchelgelenk wurde zirka eine Viertelstunde lang, die Muskulatur der Extremitäten etwas kürzere Zeit hindurch mit Rheumasol leicht eingerieben. Am folgenden Tage waren die Schmerzen in dem befallenen Gelenke eher etwas heftiger, sicher aber die Bewegungsbeschränkung und die bei Bewegungsversuchen sofort auftretende Schmerzhaftigkeit der ganzen unteren Extremität größer. Patientin erhielt in der Folge einen Verband mit in Rheumasol getränkter Gaze, darüber Watte, Billrothbatist und das Ganze gut durch einige Bindentouren fixiert, der Verband blieb 2×24 Stunden liegen, da Patientin weder über Hautjucken, noch besonderes Hitzegefühl klagte. Bei der Abnahme zeigte sich die Haut glatt, weich und geschmeidig und in geringem Grade gerötet. Die Schmerzen bei der aktiven und passiven Bewegung waren vollkommen geschwunden. In den folgenden 6 Tagen erhielt Patientin noch 6 Einreibungen in die Haut der oberen und unteren Extremität, worauf nach Ablauf dieser Zeit jede Bewegung schmerzfrei auszuführen möglich war. Nach zwei weiteren Tagen, die vollkommen schmerzfrei verliefen, wurde Patientin geheilt entlassen.

Fall V. Chronischer rezidivierender Gelenkrheumatismus, nach vierwöchentlicher Behandlung mit Rheumasol wesentlich gebessert.

Pat. Franz W., 61 Jahre alt, Hilfsarbeiter, leidet seit mehreren Jahren an rheumatischen Beschwerden. Vor vier und vor zwei Jahren wegen Gelenkentzündung des linken Kniegelenkes durch mehrere Wochen bettlägerig. Seit der letzten Attacke vor 2 Jahren verspürt Patient bei forcierter Bewegung häufiges Knacken im linken Kniegelenke. Seit zirka 2 Monaten bestehen Schmerzen in beiden Hüftgelenken sowie in beiden Knie- und Knöchelgelenken. Patient kommt am 21. März zur Aufnahme. Die Untersuchung ergab normale Perkussions- und Auskultationsverhältnisse über den Lungen. Die Herzdämpfung mäßig nach rechts verbreitert, die Töne unrein, der zweite Aortenton klingend. Temperatur annähernd normal. Die Gelenke der beiden unteren Extremitäten nicht geschwollen, dagegen deutliche Krepitation im linken Kniegelenke, welche bei maximaler Beugung und Überstreckung schmerzhaft ist, ferner Funktionsbeeinträchtigung in beiden Hüftgelenken. Während 14 Tagen erhält Patient täglich abends eine ausgiebige Einreibung mit Rheumasol über beiden Hüftgelenken sowie jeden 2. Tag einen Rheumasol-Kompreßverband über dem linken Kniegelenke. Nach Ablauf dieser Zeit war als Resultat der Behandlung eine wesentliche Besserung in der Beweglichkeit des linken Kniegelenkes zu verzeichnen, ferner war die Schmerzhaftigkeit in beiden Hüftgelenken geschwunden, die verbleibende Steifigkeit in den Hüftgelenken, welche besonders beim Aufstehen nach längerem Sitzen zum Ausdrucke kam, konnte auch in den folgenden 10 Tagen trotz jeden 2. Tag vorgenommener Rheumasoleinreibung nicht auffallend gebessert werden, doch konnte Patient, ohne Schmerzen zu empfinden, längere Zeit gehen und Bewegungen im linken Kniegelenk anstandslos ausführen. Er wurde am 18. April gebessert entlassen.

Zwei Fälle VI und VII von akutem muskulären Torticollis auf rheumatischer Grundlage, mittelst Rheumasoleinreibungen in wenigen Tagen geheilt.

Karl W., 16 Jahre alt, Fleischhauergehilfe (J.-Nr. 12.326), erkrankte akut 2 Tage vor der am 9. Mai erfolgten Spitalsaufnahme mit Nackensteifigkeit, starken Schmerzen bei Bewegungen des Kopfes,

angeblich auch Fieber und allgemeinem Unbehagen. Patient ist trotz seines noch jugendlichen Alters starker Zigarettenraucher, seiner Beschäftigung entsprechend an schwere körperliche Arbeit gewöhnt. Der Status somaticus ergibt mäßige Adipositas, Schwellungen der Tonsillen, Herz in normalen Dämpfungsgrenzen, die Töne besonders an der Spitze unrein. Geringgradige Arhythmie. Der Kopf steif gehalten, aktive und passive Bewegungen wegen hochgradiger Schmerzhaftigkeit nicht ausführbar. Die Muskulatur straff gespannt, nebstbei besteht auch Druckempfindlichkeit der Halswirbelsäule. Patient wird ausgiebig mit Rheumasol eingerieben, über Nacht eine mit Rheumasol getränkte Kompresse angelegt morgens erwacht Patient bereits schmerzfrei, die Steifigkeit und Druckempfindlichkeit der Halswirbelsäule hat nachgelassen, Bewegungen im Sinne einer Drehung des Kopfes schon freier und schmerzlos, Nickbewegungen aber noch nicht ohne Schmerzen ausführbar. Im Laufe des Tages weitere Besserung, abends eine zweite Einreibung, nachts über Kompresse; nachdem am folgenden Morgen vollkommene Schmerzfreiheit besteht, die Beweglichkeit des Kopfes nach allen Richtungen uneingeschränkt möglich ist, wird Patient als geheilt entlassen. Die Haut des Halses weist, insoferne sie mit Rheumasol in Berührung gekommen, eine eigentümliche pergamentartige Beschaffenheit auf, ist aber neben der leichten braunen Verfärbung glatt und schmiegsam und nirgends gerötet oder entzündet.

Josef V. erkrankte plötzlich 3 Tage vor seiner am 19. Mai (J.-Nr. 13.388) stattgefundenen Aufnahme mit leichtem Unwohlsein und Fieber, Steifigkeit des Halses, zunehmender Schmerzhaftigkeit bei Drehbewegungen des Kopfes. Bei der ersten Untersuchung hat Pat. erhöhte Körpertemperatur auf 38, klagt über Kopfschmerzen, kann den Kopf weder nach vorne neigen, noch seitlich drehen, setzt passiven Bewegungen durch Anspannung der Muskulatur heftigen Widerstand entgegen. Forcierte Versuche verursachen dem Patienten große Schmerzen.

Nach einer sofort vorgenommenen ¹/₄stündigen Einreibung mit Rheumasol ist eine momentane Besserung durch Verminderung der Schmerzen zu verzeichnen. Am folgenden Tage ist der Kopf etwas freier beweglich, die Kopfschmerzen haben nachgelassen. Abends Wiederholung der Einreibung im Bereiche der schmerzhaften Nackenmuskulatur. Unmittelbar darauf, infolge der Massagewirkung Erleichterung bei Nickbewegungen. Forcierte passive Bewegungen noch sehr schmerzhaft. Therapie wird fortgesetzt, worauf nach Ablauf von weiteren 2 Tagen die Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des Kopfes verschwindet, sowohl aktive als passive Exkursionen in der obersten Halswirbelsäule anstandslos ohne Beschwerden möglich sind, so daß Patient nach Ablauf einer Woche als vollkommen geheilt entlassen werden kann. (Schluß folgt.)

Referate.

G. Jochmann (Breslau): **Über die Bakteriämie bei Lungentuberkulose.**

Nur in den seltensten Fällen kommt es bei der progressiven Lungenphthise zu einer den klinischen Verlauf des Leidens beeinflussenden Bakteriämie; die wenigen Streptokokkenbefunde, die intra vitam erhoben wurden, sind als große Ausnahmen zu bezeichnen. Dem Befunde von Staphylokokken, besonders von Staphylococcus pyogenes albus, ist mit äußerster Skepsis zu begegnen, um so mehr, als bei postmortalen Blutuntersuchungen nur selten von Staphylokokken berichtet wird. Simmonds z. B. erwähnt überhaupt nichts von Staphylokokkenbefunden. Ausnahmen kommen natürlich auch darin vor, und wo der intravitale Blutbefund von Staphylokokken auch post mortem sich bestätigt, wie in den Fällen von Schabad, ist an dem tatsächlichen Vorhandensein einer Staphylokokkenbakteriämie natürlich nicht zu zweifeln. Die Regel jedoch ist, daß bei der progressiven Lungentuberkulose keine Bakterien intra vitam im Blute nachweisbar sind. Der verhältnismäßig hohe Prozentsatz von porstmortalen positiven Resultaten, über den Simmonds berichtet, darf nicht dazu verleiten, daraus allzuweit tragende Schlüsse auf die Bedeutung dieser Bakteriämie für den klinischen Verlauf der Fälle zu ziehen. Jochmann glaubt („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 83, H. 4 u. 5), daß in den meisten Fällen, wo wir post mortem einen positiven Streptokokkenbefund erheben, eine agonale Einwanderung erfolgt ist. Die Untersuchungen berechtigten ihn zu der Annahme, daß das Übertreten der Keime ins Blut erst ganz kurz vor dem Tode erfolgt, wenn die bakteriziden Kräfte des Blutes erlahmt sind; denn er bekam bei zwei moribunden Patienten noch 8 und 4 Stunden vor dem Tode negative Blutuntersuchungsresultate, bei denen er dann post mortem Streptokokken im Blute nachweisen konnte. In der Anschauung von der Bedeutung des agonalen Eindringens der Keime bestärkten Jochmann Erfahrungen, die er gelegentlich von Scharlachstudien machen konnte und die einen Analogieschluß gestatten. Bei denselben ist die Annahme einer agonalen Einwanderung der Streptokokken unumgänglich. In ganz analoger Weise dürfte in den meisten Fällen der Streptokokkenblutbefund an der Leiche von Phthisikern zu erklären sein. Ein postmortales Eindringen von Streptokokken möchte Verf. gleichfalls nicht annehmen, und zwar auf Grund mehrfacher negativ ausgefallener Versuche, durch Injektion von Streptokokken in die Haut, Muskulatur, Tonsillen und andere Organe von Leichen eine etwaige Einwanderung der Keime ins Blut zu erzielen. Dasselbe gilt von den seltenen Befunden von Pneumokokken und Staphylokokken. Anders ist es mit den Befunden von Kolibazillen, die auch post mortem einzuwandern vermögen. L.

Kelling (Dresden): **Über Pneumonien nach Laparotomien.**

Unter den Todesursachen nach Laparotomie spielt die Pneumonie noch immer eine wichtige Rolle. Die Ursachen sind verschiedener Natur: Ein prädisponierendes Moment ist vor allem das Alter; während im 2. und 3. Dezennium laut verschiedener Statistiker zirka 5·5% der Laparotomierten an Pneumonie erkranken, tritt diese schwere Komplikation bei Patienten von über 70 Jahren in 27% der Fälle ein. Von größerer Bedeutung ist auch die Narkose, da während der Bewußtlosigkeit Gelegenheit zur Aspiration von Mageninhalt gegeben ist; endlich scheint auch die starke Abkühlung während der Narkose durch die dabei auftretende Blutüberfüllung und Stase in den inneren Organen eine wichtige Rolle zu spielen. Bei Vorhandensein von prädisponierenden Momenten tritt dann die Pneumonie durch Infektion der Lunge, die auf dem Wege der Bronchien, der Blut- oder Lymphgefäße erfolgen kann, ein („Archiv f. klin. Chir.", Bd. 77, H. 2). Die Prophylaxe hat wichtige Aufgaben zu erfüllen: Patienten mit Bronchitis, Schnupfen sollten nicht operiert werden. Eitrige Zahnwurzeln sind früher zu extrahieren. Um die Stase in der Lunge zu vermeiden, empfiehlt es sich, Patienten mit schwachem Herzen einige Tage früher Digitalis oder Strophanthus zu reichen; nach der Operation wird eine erhöhte Rückenlage vor Stase in den Unterlappen mehr schützen als horizontale Lage; wenn es angeht, soll der Patient auch Seitenlage einnehmen. Bei Ileus und anderen Zuständen, bei welchen es zum Überfließen des Magens kommen könnte, ist der Magen vor der Operation auszuspülen. Um die Infektion der Bauchhöhle mit der daraus resultierenden Infektion der Lunge zu vermeiden, muß während der Operation die strengste Asepsis beobachtet werden (staubfreie Operationssäle, Tragen von Mundmasken etc.). Ob die Infektion der Bauchhöhle durch ausgiebige Spülung oder Füllung der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung hintanzuhalten sein wird, müssen weitere Beobachtungen lehren. Zur Vermeidung von Embolien empfiehlt Verf. frühzeitig reichliche Zufuhr von Flüssigkeiten, um die Zirkulation zu heben; bei blutarmen, schwachen Patienten sind die Beine frühzeitig zu bewegen; bei Varizen ist nach dem Vorschlage Lennanders das Fußende des Bettes hochzustellen. Das Wichtigste bleibt aber immer die Verhütung der Infektion des Operationsfeldes. Erdheim.

Aubertin (Paris): **Zirrhose mit hämorrhagischem Aszites bei einem Fall von Diabetes.**

Es handelte sich um eine etwa 60jährige sehr fettleibige Frau, die seit 5 Jahren an Diabetes litt. Die tägliche Urinmenge betrug 3 *l*, täglich ausgeschiedene Zuckermenge 150 *g* („Gazette des hôpi-

3*



taux", 1905, Nr. 7). Bei der Sektion fanden sich in der Bauchhöhle etwa 8 *l* Flüssigkeit, ohne daß eine peritonitische Läsion des Bauchfells, ein abdominelles Neoplasma oder dergleichen vorgelegen wären. Der hämorrhagische Aszites enthielt Zucker. Die Leber war sehr groß, aber infolge starker Verfettung nicht schwer. Sie war hart und an der Schnittfläche zeigten sich kleine Bindegewebszüge. Die Gallenblase enthielt nur eine kleine Menge blasser Galle. Die Milz war groß. Die anderen Organe teils verfettet, teils normal. Die Leberveränderungen mußten eine völlige Insuffizienz des Organes zur Folge haben. Doch fand sich für dieselbe keine herkömmliche Ursache, wie Alkoholismus, Tuberkulose, Lues o. dgl. Auch wich das histologische Bild von dem der gewöhnlichen Zirrhose ab. AUBERTIN glaubt, daß die Zirrhose durch den Diabetes bedingt sei; die Möglichkeit, daß die Zirrhose die primäre Erkrankung gewesen sei, schließt er deshalb aus, weil der Diabetes zumindest 5 Jahre bestand, die Leberveränderungen aber einen rezenteren Eindruck machten.

J. St.

Aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. M. (Oberarzt Prof. Dr. v. Noorden.)

MAX HENIUS: Über das arsenhaltige Wasser von Val Sinestra und über seine Wirkung auf den Stoffwechsel.

Val Sinestra ist in einem Seitentale des Unter-Engadin gelegen. Das Val Sinestra-Wasser rangiert zwischen Guberquelle und Levico-Schwachwasser; es enthalten 221 *cm*³ des Wassers 0·001 *g* Acidum arsenicosum. Es ist ein Wasser von starkem Mineralgehalt, reichem Gehalt an freier Kohlensäure und sehr komplizierter Zusammensetzung; sein hervorragendster Bestandteil ist das Arsen. 1000 *cm*³ Wasser enthalten 0·00453 *g* arsenige Säure (AsO_3), entsprechend 0·00365 *g* Arsen oder 0·0071 *g* Natriumsenit oder 0·365 *g* Solutio Fowleri. Wenn wir die Menge Arsen berücksichtigen, die mittelst Val Sinestra-Quelle dem Organismus täglich zugeführt werden kann, so steht das Wasser im Range recht hoch, denn man kann infolge seiner günstigen übrigen Zusammensetzung sehr große Dosen verabreichen. Die Analyse (Prof. NUSSBERGER, Chur) der Val Sinestra-Quelle ergibt folgendes: In 10.000 *g* Wasser sind enthalten:

Natrium	9·1689	Aluminium	0·0017
Kalium	0·6371	Chlor	7·1409
Lithium	0·0391	Brom	0·0375
Ammonium	0·0401	Jod	0·0027
Strontium	Spuren	So_3	30·334
Barium	Spuren	PO_4	0·0011
Kalzium	5·2354	Arsenige Säure	0·0453
Magnesium	0·8647	SiO_2	0·1293
Eisen	0·0962	Kohlensäure	13·9695
Mangan	0·0042		

Spezifisches Gewicht: 1·00483.

Das Wasser selber ist vollkommen klar und perlt im Glase. Der große Gehalt an freier Kohlensäure erzeugt einen angenehmen, prickelnden, säuerlichen Geschmack, so daß es wie das beste Tafelwasser erfrischend und durstlöschend wirkt. Das Wasser ist fast völlig geruchlos. Therapeutisch wird es empfohlen hauptsächlich bei Anämie und Chlorose, bei Skrofulose und Nervenerkrankungen, außerdem auch bei Hautkrankheiten. Es wirkt auf den Hämoglobingehalt des Blutes sehr energisch. Nach den klinischen Beobachtungen dürfen wir das Val Sinestra-Wasser als eine äußerst willkommene Bereicherung unseres Mineralquellenschatzes bezeichnen: es hat eine starke Wirkung auf Blutregeneration und Stoffwechsel und wird ausnahmslos vorzüglich vertragen.

G.

MINKOWSKI (Köln): Die Behandlung der Gicht.

Es ist noch nicht sicher erwiesen, ob eine Verminderung der Harnsäurebildung durch Medikamente erzielt werden kann („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 11). Eine Beförderung der Harnsäureausscheidung läßt sich im wesentlichen nur durch Anregung der Harnsekretion erreichen. Reichliche Wasserzufuhr, namentlich auch in Form der Mineralwässer, kommt hier hauptsächlich in Betracht. Von den Medikamenten, durch welche man eine Erhöhung der Harnsäureausscheidung erzeugen kann, bleibt es fraglich, ob sie wirklich eine beschleunigte Ausfuhr der bereits gebildeten Harnsäure oder nur eine Steigerung der Harnsäurebildung zur Folge haben. Das gilt vor allem von den Salizylpräparaten (Salizylsäure, Salol, Salipyrin, Aspirin), deren Nutzen bei der Gicht vielleicht nur auf ihre schmerzlindernden und schweißerzeugenden Wirkungen zu beziehen sind. Eine leicht lösliche Verbindung bildet die Harnsäure mit Formaldehyd und es scheint sicher zu sein, daß nach Verabfolgung von Substanzen, die, wie das Hexamethylentetramin, im Organismus Formaldehyd abspalten, die leicht lösliche Diformaldehydharnsäure im Harn erscheint. Es darf daher das Hexamethylentetramin als ein zweckmäßiges Mittel für die Behandlung der harnsauren Steine bezeichnet werden. Ob es aber auch bei der Gicht die harnsäurelösende Wirkung im Organismus entfalten kann, ist noch nicht sicher, wenn auch einzelne Autoren günstige Wirkungen gesehen haben wollen. Neuerdings ist eine Verbindung von Formaldehyd und Zitronensäure unter dem Namen Citarin in den Handel gebracht worden und auch diesem Mittel werden bereits große Erfolge nachgerühmt.

L.

H. LABBÉ und E. MORCHOISNE (Paris): Die Veränderungen des Wassers und der Chlorsalze im menschlichen Organismus; der regulatorische Mechanismus der Chlorkonzentration in den Säften desselben.

Verff. haben den Zusammenhang gesucht, der zwischen den Resorptions- und Eliminationserscheinungen von Wasser und den Salzen des Organismus beim Menschen besteht. Sie fanden u. a. („Rev. de méd.", 1905, Nr. 4) eine merkwürdige Tatsache, die im Gegensatz zu fast allen durch den Urin zur Ausscheidung kommenden Substanzen, vor allem dem Stickstoff, jene der Chlorsalze beherrscht, und zwar die mangelnde Übereinstimmung zwischen Einnahme und Abscheidung, wenigstens bezüglich der gebräuchlichen Luxusmengen. Es gibt zwar ein mittleres „Chlorgleichgewicht" für eine genügend lange Reihe von Tagen; aber die Art der Ernährung, ebensowenig wie ihre Mengen spielen bei den von Individuum zu Individuum, von einer Periode zur anderen vorkommenden Schwankungen (angeblich) keine Rolle. Bei einem normalen gesunden Menschen, dessen Wasser- und Kochsalzaufnahme man genau regelt, ist eine beinahe konstante Konzentration des Harnes an Chlorsalzen vorhanden. Das Verhältnis der Wasser- zur Chlorausscheidung muß daher von einem Tag zum andern bei einem gesunden Menschen ein ziemlich konstantes sein. Die Gewichtsschwankungen werden bei einem Individuum, dessen Chlor- und Wasseraufnahme man strenge regelt, höchst geringe sein; bei einem sonstigen gesunden Menschen ist das Mittel seines Gewichtes ebenfalls ziemlich konstant und mit dem Mittel seiner Chlor- und Wasserausscheidungen übereinstimmend, während das tägliche Gewicht ein ziemlich schwankendes ist. Um mit wirklichem Nutzen für die Klinik die Chlorausscheidung bei mehr oder weniger gesunden oder ausgesprochen pathologischen Individuen zu studieren, ist es unbedingt notwendig, sie einer Diät zu unterwerfen, deren Chlormenge eine genau bestimmte ist. Bei den übrigen Ausscheidungsprodukten des Harnes besteht dieselbe Regel, aber bei den Chlorsalzen muß man, da eben nicht von Tag zu Tag ein Gleichgewicht besteht, die Untersuchungen auf 5—6 Tage ausdehnen, um diese Mittelzahl mit der fixen Zahl der aufgenommenen Mengen vergleichen zu können.

B.

E. SHEBROWSKY (Moskau): Über die sekretorische Tätigkeit der Parotis beim Menschen.

Verf. hatte Gelegenheit, zwei Kranke mit Parotisfisteln zu beobachten: einen Mann von 21 Jahren und ein Mädchen von 10 Jahren. Bei beiden stellte die Fistel den Folgezustand längst abgelaufener entzündlicher Prozesse dar; beim Manne in früher Kindheit, beim Mädchen im 5. Lebensjahr. Bei beiden mündete die Fistel nach außen in der Fossa retromaxillaris, während die entsprechenden Ductus Stenoniani obliteriert waren. Während des Essens trat aus der Fistelöffnung in großen durchsichtigen Tropfen eine Flüssigkeit hervor, welche alle Eigenschaften des normalen Parotissekretes aufwies. An diesen beiden Personen wurde nun eine ganze

Reihe von Versuchen ausgeführt, welche folgendes ergaben („Russky Wratsch", 1905, Nr. 7, 8 u. 9): Die Parotis sondert beim Menschen ein verschiedenartiges Sekret ab. Die Eigenschaften des Sekretionsproduktes werden durch die Gesamtheit der physikalischen und chemischen Eigenschaften bestimmt, welche der Reiz in dem Momente besitzt, wo er mit der Schleimhaut der Mundhöhle in Berührung kommt. Die Menge des reizauslösenden Stoffes wirkt hauptsächlich auf die Schnelligkeit der Sekretion. Das Anwachsen der Sekretionsschnelligkeit ist ungefähr proportional den Quadratwurzeln aus der Menge des reizauslösenden Stoffes. Die Stärke des Reizes beeinflußt ebenfalls die Schnelligkeit der Sekretion und bis zu einem gewissen Grade die Zusammensetzung des Speichels. Je stärker der Reiz, desto schneller geht die Sekretion vor sich. Nimmt die Stärke des Reizes bei gleichbleibender Applikationsweise ab, so wird die Speichelsekretion verlangsamt, was mit einer Vermehrung der organischen Bestandteile einhergeht, während umgekehrt bei Zunahme der Reizstärke und Beschleunigung der Absonderung der Speichel an organischen Bestandteilen verarmt. Auch der Kauakt übt auf die Speichelsekretion einen erheblichen Einfluß aus. Der Speichel ist dickflüssiger bei denjenigen reizauslösenden Stoffen, welche anhaltende Kaubewegungen erfordern. Bei einseitigem Kauen arbeitet vornehmlich die Drüse, auf deren Seite das Kauen vor sich geht. Die Alkaleszenz des Speichels steht in direkter Abhängigkeit von seinem Gehalt an Asche: je mehr Asche, desto höher der Alkaleszenzgrad. Mit der Beschleunigung der Sekretion steigt neben dem Prozentgehalt an Asche auch die Alkaleszenz an. Die verdauende Kraft des frisch gesammelten Speichels ist um so größer, je mehr organische Stoffe in ihm enthalten sind. Die Beteiligung des Parotissekrets an der Stärkeverdauung im Magen ist dem Alkaleszenzgrade des Speichels direkt proportional. B.

E. HAUCH (Kopenhagen): **Über Klavikulafrakturen Neugeborner bei Geburt in Schädellage.**

Seitdem RIETHER zuerst darauf hingewiesen hat, daß diese Fraktur verhältnismäßig häufig auch bei spontanen Geburten in Schädellage zu beobachten ist, hat insbesondere die Kopenhagener Entbindungsanstalt diesen Verhältnissen ihre Aufmerksamkeit zugewendet. Aus der Bearbeitung des Materiales der letzten zwei Jahre folgert HAUCH („Zentralbl. f. Gynäk.", 1905, Nr. 33), daß ein Teil der Frakturen des Schlüsselbeins durch das Hervorziehen der Schultern mittelst Zuges am Kopfe bedingt ist, während diejenigen, die ohne Verwendung dieses Verfahrens zustande kommen, durch die Passage der Schultern unter der Symphyse entstehen, wobei die das Perineum unterstützende Hand möglicherweise hierbei eine Rolle spielt. Die Fraktur sitzt zwischen dem äußeren und mittleren Drittel der Klavikula, ist in der Regel eine subperiostale und ergibt eine gute Prognose. FISCHER.

M. M. GRODZENSKI (Warschau): **Theocin als Diuretikum.**

Verf. fand („Die medizinische Woche", 1905, Nr. 40): Die diuretische Wirkung des Theocins kommt besonders deutlich dort zur Geltung, wo pathologische hydropische Ansammlungen sowohl im Unterhautzellgewebe wie auch in den Körperhöhlen infolge von Herzinsuffizienz, gleichviel welchen Ursprungs, vorhanden sind. Am auffallendsten ist die Wirkung des Theocins in denjenigen Fällen, in denen die Herzinsuffizienz auf der Basis von allgemeiner Arteriosklerose entstanden ist. Die diuretische Wirkung des Theocins übertrifft in vielen Fällen die Wirkung selbst so wirksamer Diuretika wie Digitalis, Diuretin, Agurin; es wird nämlich nicht selten die Beobachtung gemacht, daß dort, wo durch diese Mittel ein diuretischer Effekt bereits erzielt ist, die Diurese nach Theocingebrauch noch gewaltig ansteigt. Wenn das Theocin wiederholt mit mehrtägigen Pausen verabreicht wird, so wirkt es bei jeder Wiederholung ebenso sicher wie zu Beginn, was bekanntlich bei der Anwendung der übrigen Diuretika nicht immer der Fall ist. Dies hält aber nur so lange an, als noch hydropische Ansammlungen vorhanden sind; sobald diese jedoch verschwunden sind, bewirkt das Theocin eine Steigerung der Diurese ebensowenig wie bei gesunden Individuen. Die Wirkung des Theocins hört auch in denjenigen Fällen auf, in denen die Adynamie des Herzens ihren höchsten Grad erreicht hat, was aber, wie a priori auch nicht anders zu erwarten ist, auch für alle übrigen Diuretika gilt. Was schließlich den Mechanismus der diuretischen Wirkung des Theocins betrifft, so glaubt Verf., da er eine direkte Wirkung desselben auf Puls und Blutdruck nicht beobachtet hat, annehmen zu sollen, daß das Theocin seine Wirkung hauptsächlich durch die Nieren ausübe und seiner physiologischen Wirkung nach somit seinem chemischen Isomeren, dem Diuretin, als homogen zu betrachten sei. L—y.

POTTEVIN (Paris): **Contribution à la bactériologie des gastroentérites infectieuses.**

Bei einer Familie, in welcher einzelne Mitglieder unter schweren Magen-Darmerscheinungen erkrankt waren, wurde ein Schinken mit Beschlag belegt und dem Verf. zur Untersuchung übergeben. Dem Verf. gelang es, aus dem Schinken einen Bazillus zu züchten, den er, namentlich mit Rücksicht auf das Ergebnis der mit dem Blutserum der am schwersten erkrankten Personen angestellten Agglutinationsversuche, als den Erreger der Erkrankung betrachtet. Er gibt in der vorliegenden Arbeit („Annales de l'Institut Pasteur", Bd. 19, pag. 426) eine genaue Schilderung seines kulturellen und biologischen Verhaltens und vergleicht ihn mit dem Bacillus enteritidis GÄRTNER, dem Bazillus der Hog-Cholera und dem Paratyphusbazillus. Er glaubt, daß es in Hinkunft notwendig sein wird, sich mit dieser Gruppe von Bakterien eingehend zu beschäftigen, nicht nur bei Infektionen, die auf Nahrungsmittel zurückzuführen sind, sondern auch bei typhusähnlichen Epidemien. Insbesondere am Lande werden nach Ansicht des Verf.s häufig Infektionskrankheiten vom Tier auf den Menschen übertragen und namentlich dürften hier Paratyphusinfektionen, die durch Tiere vermittelt werden, bzw. auf Erkrankungen der Tiere zurückzuführen sind, eine große Rolle spielen. Verf. will daher die Aufmerksamkeit der Hygieniker auf diesen Punkt lenken. Dr. S.

Kleine Mitteilungen.

— Die **Berechtigung frühzeitiger blutiger Eingriffe bei subkutanen Knochenbrüchen** erörtert FRITZ KÖNIG („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 76, H. 3). Er empfiehlt, bei frischen Fällen nur das Repositionshindernis zu beseitigen und die am Ort des Bruches befindlichen purulenten Massen nicht zu entfernen, da sie einen zur Kallusbildung notwendigen Reiz ausüben. Meist muß eine Vereinigung der Frakturenden vorgenommen werden. Am bequemsten ist die Metallnaht. In anderen Fällen ist die Anwendung von Elfenbeinstiften oder Knochenprothesen, welche, in die Markhöhle eingeführt, mit Drahtnähten fixiert werden, empfehlenswert. Die Operation gestaltet sich folgendermaßen: 1. Freilegen der Frakturstelle und Entfernen bindender Weichteil- oder Knochenstücke, dann Reposition; 2. Freilegung, Entfernung von Hindernissen, Reposition und Fixation der Bruchenden durch Drahtnaht, eventuell in Verbindung mit Elfenbeinstift oder Knochenprothese, unter Umständen auch Nagelung; 3. in Fällen schwerer Zertrümmerung am Gelenkende statt 1 und 2 Ausräumen der Fraktur, partielle Resektion. Die Wunde ist, wenn möglich, zu nähen; bisweilen muß tamponiert werden. Fixierende Verbände und frühzeitige Massage kommen zur Anwendung.

— Die **Nukleinsäurepräparate** von BOEHRINGER haben in jüngster Zeit infolge der Empfehlung von MIKULICZ („23. Chir.-Kongr.") und MIJAKER eine hohe Bedeutung für die Chirurgie erlangt. Noch immer ist die Gefahr bei allen Operationen, wo das Peritoneum mit den Darmbakterien in Berührung gelangt, eine hohe und jede Maßnahme, die geeignet ist, die Widerstandskraft des Peritoneums zu erhöhen, muß freudig begrüßt werden. Bekanntlich besitzt der Organismus in der aktiven Leukozytose eine glänzende Waffe gegen Infektion. Die beiden oben erwähnten Forscher versuchten nun mittelst der Nukleinsäure, welches Präparat die Zahl der im Blute kreisenden Leukozyten binnen wenigen Stunden um das 8fache vermehrt, der Gefahr, welche z. B. der Kotaustritt in das freie Pritonealkavum mit sich bringt, entgegenzutreten. MIKULICZ sprach sich dahin aus, daß die mit Nukleinsäure vorbehandelten Fälle entschieden günstiger verlaufen, als solche ohne Vorbehandlung. Die Bereitung der Injektionslösung

gibt MIKULICZ folgendermaßen an: 4 *g* Natrium nucleinic. werden in 200 *cm*³ physiologischer Kochsalzlösung heiß gelöst, die Lösung filtriert und durch Kochen im Wasserbade sterilisiert. Zirka 50 *cm*³ dieser Lösung werden zu einer Injektion bei Erwachsenen verwendet.

— Bei der **Radikaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems** kommen nach DENKER („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 31) folgende Momente in Betracht: Die submuköse Freilegung — nach entsprechend oralem Weichteilschnitt — der fazialen Kieferhöhlenwand, der Apertura pyriformis, sowie eines Teiles der lateralen Nasenhöhlenwandung (= mediale Kieferhöhlenwand) und des Nasenbodens, Eröffnung der Kieferhöhle durch Entfernung der fazialen Wand, entsprechende Reinigung der Kieferhöhle mit dem scharfen Löffel, sodann Abtragung der knöchernen lateralen Wand des unteren Nasenganges von der Apertura pyriformis beginnend bis an die hintere Kieferhöhlenwand, Herüberklappen eines rechteckigen Schleimhautlappens aus der Nasenschleimhaut auf den Kieferhöhlenboden und Fixierung desselben durch Tamponade. Sodann folgt die Abtragung des vorderen Teiles der unteren Muschel — die zweckmäßigerweise bereits einige Tage vor der Operation vorgenommen wird —, Reinigung der Operationshöhle, primärer Nahtverschluß der oralen Wunde und Tamponade der Kieferhöhle vom Naseneingang aus. Auf diese Weise wird durch Wegnahme des vordersten Teiles der knöchernen lateralen Wand des unteren Nasenganges eine bequeme Nachbehandlung des Operationsgebietes von der Nase aus und eine ausgiebige Inspektion der Kieferhöhle auf demselben Wege ermöglicht und dadurch die Bedingung für eine vollständige Ausheilung gegeben.

— Über Fälle von **Chlorose**, Neurasthenie, Tuberkulose, Dyspepsie und Hypazidität berichtet EICHWALD („Russ. Ther. d. Gegenw.", 1905, Nr. 7 und 8), bei welchen die Verabreichung von Fersanpulver durch zirka 6 bis 8 Wochen in Dosen von 2 Kaffeelöffel pro Tag mit Milch oder Mineralwässern eine bedeutende Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes zur Folge gehabt hat. Besonders auffallend ist die appetitanregende Wirkung und die sehr leichte Resorbierbarkeit der Fersanpräparate bei magenschwachen Individuen. Bei Frauen und Kindern haben sich Fersanpastillen, und zwar mittags und abends vor dem Essen je 3 Pastillen, vorzüglich bewährt.

— Das **Alypin** ist nach Mitteilung SEIFERTS („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 34) ein Glyzerinabkömmling. Es stellt ein weißes, in Wasser und Alkohol leicht lösliches, kristallinisches Pulver dar, von neutraler Reaktion. Die Lösungen des Alypins sind, ohne sich zu zersetzen, durch kurzes Aufkochen sterilisierbar. Verf. hat von vornherein eine 10⁰/₀ige Lösung zur Anästhesie der Schleimhäute benutzt und hatte keinerlei Veranlassung, eine stärkere Lösung zu verwenden. Er fand, daß wir in dem Alypin einen vollwertigen Ersatz des Kokains haben, daß es in bezug auf anästhesierende Wirkung dem Kokain vollkommen gleichkommt, in bezug auf die Intoxikationsgefahr dem Kokain weit überlegen ist und wohl auch in bezug auf den Preis dem Kokain vorzuziehen ist. Inwieweit sich dieses neue Präparat auch zur Rückenmarksanästhesie eignen wird, können erst weitere Versuche lehren.

— Über Resultate der **Krebsbehandlung nach DOYEN** berichtet DELBET („Bull. méd.", 1905, Nr. 55) im Namen einer aus BERGER, KIRMISSON, MONOT, NÉLATON und DELBET selbst bestehenden Kommission. Das Resultat, zu dem die Kommission kam, ist niederschmetternd: Von 26 Krebskranken verschlimmerten sich 20, blieben unverändert 2, blieb rezidivfrei 1 (operiert), waren unverwertbar 3. Auch bei 3 Privatpatienten von DELBET war das Ergebnis ebenso.

— Das **Thymomel Scillae** enthält nach den Mitteilungen von WINTERBERG („Pharm. u. therap. Rundsch.", 1905, Nr. 19) jene Produkte, die in dem Namen des Präparates recht deutlich angezeigt sind; in 100 Theilen sind nämlich enthalten die Extraktivstoffe von 0·35 Bulbus Scillae und von 14·3 Herba Thymi Serpylli; diese Bestandteile sind mit Bienenhonig zu einem angenehm schmeckenden Mittel vereinigt und so dem Gebrauche übergeben worden. Die Extraktion geschieht im luftleeren Raume und wird der Honig, der vorher gut gereinigt worden, mit Essig schwach angesäuert und verdünnt. Verf. hat mit diesem Mittel 32 Fälle, u. zw. 7 Fälle von Pertussis, 16 Fälle von akuter Bronchitis und 9 Fälle von chronischem Bronchialkatarrh behandelt. Nach den in WINTERBERGS Versuchsreihen gewonnenen Erfahrungen ist Thymomel Scillae ein Präparat, das wir in der Kinderpraxis in all jenen Fällen anzuwenden haben, in denen es geboten erscheint, die krampfartig auftretenden Hustenanfälle zu mildern, wie dies bei der Pertussis der Fall ist, oder in jenen Fällen, die auch nicht zu selten im Kindesalter in Form von Bronchitiden auftreten, die infolge ihres sehr zähen Sekretes zu krampfartigen Paroxysmen führen, da das Präparat einesteils sedativ auf Krampfzustände der Bronchien wirkt, andrerseits auch durch die Verflüssigung des zähen Schleimes die Expektoration erleichtert und so den Anfall leichter und kürzer gestaltet. Während es auf diese Weise bei akuten Erkrankungen einen wesentlichen Heilungsfaktor darstellt, ist es bei chronischen Erkrankungen ein ungemein milderndes und lösendes Mittel, das besonders auch in jenen Fällen bei Erwachsenen Anwendung finden sollte, in denen es sich um chronisch exazerbierende krampfartige Hustenanfälle handelt.

— Bei einem Patienten — einem 26jährigen Manne —, der vergebens und ohne Erfolg mit Blasenwaschungen, mit Urotropin, Helmitol, Hetralin etc. behandelt wurde, suchte POROSZ („Gyógyaszát", 1905, Nr. 6) solange nach einem entsprechenden Mittel, bis er es endlich in dem **Arhovin** fand; dieses besteht aus Diphenylamin und dem Äther der Thymylbenzoesäure und ist eine aromatische Flüssigkeit, die in Gelatinekapseln verabreicht wird; sie wird in 15 Minuten resorbiert und erscheint im Urin in ganz veränderter Form, wahrscheinlich als Phenyl-Hippursäure und Thymolglukuronsäure. Das Mittel hat gar keine schlechten Nebenwirkungen, schützt den Urin vor Zersetzung und macht ihn stark sauer. Diese Eigenschaft war es, die den Autor auf das Mittel aufmerksam machte. Obiger Patient nahm 3mal täglich je eine Kapsel mit 0·25 Arhovin. Die Wirkung war eine frappante. Am fünften Tage war der bis dahin trübe, eitrige Urin krystallklar. Der Kranke wurde mehrere Monate lang beobachtet. Rezidive trat nicht auf, so daß Pat. nunmehr als vollkommen gesund angesehen werden muß. Ebenso günstig verliefen andere mit Arhovin behandelte Fälle.

Literarische Anzeigen.

Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie zum Gebrauche für Ärzte und Studierende. Von **Dr. Erich Lexer**, a. o. Professor an der Universität Berlin. Zwei Bände. Stuttgart 1905, Ferd. Enke.

In der Vorlage dürfen wir eine ganz vorzügliche Darstellung der Allgemeinen Chirurgie begrüßen, welche den derzeitigen Stand zahlreicher, dieses große Gebiet berührender Fragen in bester Weise knapp und bestimmt behandelt. Wundbehandlung, Aseptik, Narkose, Wundinfektion und chirurgische Infektionskrankheiten sind die wichtigsten Kapitel dieses Werkes, dessen Autor volle Beherrschung der einschlägigen Riesenliteratur mit eigener Erfahrung glücklich verbindet. Wenn E. v. BERGMANN in dem Vorwort zur Arbeit seines Schülers die Herausgabe einer Allgemeinen Chirurgie angesichts der fortwährenden Umgestaltung zahlreicher Kapitel als einen „Labor improbus" bezeichnet, so muß dem gegenüber gerechterweise hervorgehoben werden, daß LEXER diesen seine Aufgabe so wesentlich erschwerenden Umstand in der von ihm besorgten Bearbeitung kaum zur Geltung gelangen läßt. Durch Hervorhebung des Wichtigen und Unterstreichung des Wichtigsten hat der Autor jeden einzelnen Abschnitt als festgefügtes Ganzes dargestellt und so dem Bedürfnisse des Lesers voll und ganz entsprochen. Treffliche Illustrationen erleichtern den Gebrauch des schönen Werkes. BUM.

L. LANDOIS' Lehrbuch der Physiologie des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der praktischen Medizin. 11. Auflage, bearbeitet von **Prof. Dr. R. Rosemann.** 2. Hälfte. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

Die zweite Hälfte der uns vorliegenden Neubearbeitung des weitbekannten LANDOISschen Werkes erfüllt die Erwartungen, die nach dem Erscheinen des ersten Teiles ausgesprochen wurden. Ein getreuer Schüler, hat ROSEMANN den Pfad seines Meister fortgesetzt,

ohne auf Änderungen zu verzichten, welche sich als zeitgemäß herausgestellt haben. So hat er denn die Anlage des Buches nur wenig umgestaltet, dafür aber die Abschnitte über Histologie und mikroskopische Anatomie wesentlich eingeschränkt. Ganz neu ist das reichhaltige Literaturverzeichnis, dessen Fehlen in den früheren Auflagen als merkbare Lücke zu empfinden war. Die Kapitel „Pathologisches, Vergleichendes, Historisches" sind ganz unverändert geblieben und sollen erst in der nächsten Auflage eine neue Bearbeitung erfahren. Der vorliegende Band umfaßt außer dem Schlusse der „Physiologie des Stoffwechsels" die „Physiologie des Bewegungsapparates", „Allgemeine Nervenphysiologie und Elektrophysiologie", „Physiologie der peripheren Nerven", „Physiologie des zentralen Nervensystems", „Physiologie der Sinneswerkzeuge" und schließlich „Physiologie der Zeugung und Entwicklung". Das treffliche Lehrbuch, das bereits Legionen von Ärzten auf dem Gebiete der Physiologie Führer, Lehrer und Berater gewesen ist, wird ohne Frage auch in Zukunft seine hervorragende Stelle in der medizinischen Literatur erfolgreich behaupten. LB.

Atlas und Grundriß der Kinderheilkunde. Von **Doktor R. Hecker** und **Dr. J. Trumpp**, Privatdozenten an der Universität München. Mit 48 farbigen Tafeln und 144 schwarzen Abbildungen (Lehmanns medizinische Handatlanten. Bd. 32.) München 1905, J. F. Lehmanns Verlag.

In dem vorliegenden Atlas haben die Verfasser ein Buch geschaffen, das in der Pädiatrie nicht seinesgleichen hat. Die mustergültigen Bilder sind es nicht allein, die dem Werke den Wert verleihen; der in knapper Form ein wirkliches Lehrbuch oder wenigstens ein lückenloses vorzügliches Repetitorium repräsentierende Text, der die Physiologie und Pathologie des Kindesalters fast erschöpfend behandelt, steht an Bedeutung hinter der illustrativen Seite nicht zurück. In einem Grundriß der Kinderheilkunde muß naturgemäß auch die Säuglingsernährung und die allgemeine Therapie des Kindesalters Erörterung finden. Die Verff. widmen diesen Abschnitten eine ebenso prägnante wie gründliche Besprechung. Die Pathologie findet die übliche Anordnung des behandelten Stoffes. Ganz ausgezeichnet ist der illustrative Teil des Buches gelungen, ein Verdienst, in das sich neben den Verfassern auch die Berliner, Wiener, Grazer und Münchener Schulen teilen, deren Chefs den Autoren liebenswürdigerweise wertvolle Abbildungen zur Reproduktion überlassen haben; hier wäre, nicht in letzter Reihe, auch des Verlages zu gedenken, der sich eine mustergültige Ausstattung des Werkes zur Aufgabe gemacht hat. Wenn Referent nun zum Schlusse einiger geringfügiger Punkte noch gedenken darf, so möchte er dem Wunsche Ausdruck geben, es möge in einer eventuellen zweiten Auflage die Lumbalpunktion in dem Stadium des Eingriffes zur Darstellung gelangen, da der Operateur den Einstich ausführt, und nicht in dem eigentlich nichtssagenden Moment, da die Operation bereits erledigt ist. Wir empfehlen das Buch Ärzten und Studierenden wärmstens. NEURATH.

Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik. Von **Dr. Max Richter.** Leipzig 1905, S. Hirzel.

Das vorliegende Buch soll, wie Verf. in der Vorrede angibt, eine Ergänzung zu den vorhandenen Lehrbüchern der gerichtlichen Medizin bilden, es soll dem Gerichtsarzt einen Fingerzeig geben, wie er einen Fall anzugehen habe, worauf er besonders achten müsse, welche Schlüsse er aus dem erhobenen Befund ziehen dürfe etc. Diese Aufgabe hat Verf., wie gleich vorweg gesagt sein soll, glänzend gelöst. Verf. gibt zunächst in Kürze einige Winke zur äußeren Vorbereitung und Vornahme der Obduktion sowie zur Abfassung des Gutachtens, die durchwegs den erfahrenen Praktiker verraten; vielleicht ist uns hier die Bemerkung gestattet, daß die Einfügung eines Musters für ein gerichtliches Sektionsprotokoll recht vorteilhaft gewesen wäre. Die folgenden Kapitel behandeln in detaillierter, erschöpfender Weise die verschiedenen Fälle, die Gegenstand gerichtlicher Obduktion beziehungsweise gerichtsärztlicher Untersuchung bilden können, wie z. B. plötzlicher Tod, Vergiftungen, Verletzungen, Erstickung, gewaltsame Todesursachen, sexuelle Delikte, Fruchabtreibung, Kindesmord etc. Verf. zeigt hierbei, auf welche Teile des anatomischen Befundes in den einzelnen Fällen besonders Gewicht zu legen ist, welche Deutungen derselbe möglicherweise zuläßt und mit Hilfe welcher Untersuchungsmethoden die Art der jeweils vorliegenden Veränderungen erkannt werden kann. In allen diesen Kapiteln zeigt sich die reiche Erfahrung, die sich Verf. an dem umfangreichen Material und in der glänzenden Schule des Wiener gerichtlich-medizinischen Institutes erworben hat. Das Buch kann jedem Arzte, der in die Lage kommt, gerichtsärztliche Funktionen auszuüben, auf das wärmste empfohlen werden. Dr. S.

Feuilleton.

Sechs Jahrtausende im Dienst des Äskulap.

Die Medizin greift im modernen Leben viel tiefer in das Getriebe des Alltags als in vergangenen Zeiten. Die Fragen der öffentlichen Hygiene, die immer weitere Kreise beschäftigen, die allgemeine Kranken- und Unfallversicherung vieler Bevölkerungsschichten und anderes mehr bringen es mit sich, daß der moderne Mensch auch dann an medizinische Begriffe zu denken Gelegenheit hat, wenn weder er noch ein ihm Nahestehender die Schmerzen einer Krankheit spürt oder befürchtet. Freilich sind wir deshalb noch unendlich weit von dem geträumten goldenen Zeitalter der Zukunft, in dem die Ärzte die Führer der Menschheit sein werden. Aber es ist eine Tatsache, daß das Interesse an der Medizin immer im Wachsen begriffen ist. Sache der Ärzte wäre es nun, dieses Interesse in richtige Bahnen zu lenken und zu verhindern, daß die falschen Propheten der Naturheilkunde dasselbe ausnutzen, um ihre Schäflein noch gründlicher zu scheren denn bisher. Jede vernünftige Popularisierung der Medizin ist deshalb vom ärztlichen und allgemeinen Standpunkt mit Freuden zu begrüßen. Besonders angezeigt ist es nun, wenn von berufener Seite der Versuch gemacht wird, eine populäre Darstellung der Geschichte der Medizin zu geben. Denn die Geschichte der Medizin ist für die kritische Beurteilung der heutigen medizinischen Zustände unentbehrlich und außerdem bietet sie in kulturgeschichtlicher Hinsicht viel des Interessanten und Wissenswerten. Vor uns liegt nun ein Werk von HUGO MAGNUS, dem bekannten Professor der Geschichte der Medizin in Breslau, das den volltönenden Titel führt: Sechs Jahrtausende im Dienst des Äskulap (Breslau, J. U. Kerns Verlag, 1905).

MAGNUS wendet sich an den gebildeten Teil des Publikums, aber auch an die Ärzte. Und in der Tat hat er letzteren ebenfalls viel Neues zu sagen. Denn den meisten Ärzten ist die Geschichte der Medizin eine Terra incognita. Wohl hat insbesonders die Wiener medizinische Fakultät einige ausgezeichnete Vertreter dieser Disziplin. Aber wie spärlich ist die Zahl ihrer Hörer! Die meisten Studierenden sind sich zwar der Wichtigkeit des Gegenstandes bewußt. Immerhin aber gibt es für sie nach ihrer Meinung noch wichtigere. Und wer wollte mit ihnen rechten, wenn man die großartige Mannigfaltigkeit des Gebietes überdenkt, in dem der junge Doktor der gesamten Heilkunde zu Hause sein soll und muß? Die Kunst ist groß, die Zeit ist kurz. Und erst in den späteren Jahren! Der eine steht schon mitten im Kampf ums nackte Dasein. Der andere bereitet sich dafür mit allen Kräften vor, die teure Zeit nur mit dem Unentbehrlichen ausfüllend. Von Ferialkursen aus der Geschichte der Medizin hörten wir noch nie. Vermutlich fände sich keine zahlreiche Hörerschar. Und doch wird der fehlende Zusammenhang mit der Geschichte seines Faches vom denkenden Arzt als Lücke empfunden. Als praktische und nützliche Behelfe — keineswegs Lückenbüßer — sind nun derartig angelegte Werke wie das von MAGNUS überaus empfehlenswert.

Ohne Hinweis auf das große gelehrte Arbeitszeug, ohne langweilige Zitate spezieller Quellenangaben wird in acht Vorlesungen die ganze große Materie in geistvollster, hie und da von Humor und Satire durchsetzter Form dem Leser vorgeführt.

Da der Arzt, wie aus dem oben Angeführten sich ergibt, vielfach dem Stoffe fast ebenso unerfahren gegenübersteht wie der

gebildete Laie, wirkt das Werk auf beide fast in gleicher Weise, vor allem durch den Reiz der Neuheit des Gebotenen. Den meisten Raum nimmt jener Abschnitt ein, der gerade den Ärzten am meisten Interesse einflößen dürfte, da er sich mit den Schicksalen des Standes in den verschiedensten Zeiten beschäftigt.

Es ist ein wechselreiches und unterhaltendes Bild, das uns MAGNUS hier entwirft.

Denn der Arzt ist eine der buntesten und merkwürdigsten Erscheinungen in der Geschichte der menschlichen Gesellschaft. Zeitweise verehrt und den Adelsschichten zugezählt, mit fast göttlichen Ehren, Geld und Gut überschüttet, ist er zu andern Zeiten wieder ein Gegenstand des Spottes und Hohnes, sein Beruf verachtet und gemieden, er selbst oft mit dem Tode verfolgt. Hier z. B. SECHMETNACH, der Leibarzt des ägyptischen Königs Sahurê der fünften Dynastie (2800—2500 v. Chr.), ausgezeichnet durch Speer und Marabufedern, den Symbolen hoher persönlicher Würde, den sein dankbarer König noch nach dem Tode durch ein herrliches Grabmal ehrte, dort der weltberühmte arabische Kollege RHAZES (850—932), den Kalif Elmanur mit Peitschenhieben blendete, oder der Breslauer Augenarzt, den im Jahre 1337 König Johann von Böhmen wegen einer erfolglosen Kur einfach in die Oder werfen ließ.

Oder auf der einen Seite der Arzt des Prätors Manilius Cornutus, der für die Behandlung eines Hautübels 40.000 Mark bekam, und der Anatom ERISTRATUS, dem die Heilung eines Seleukidenprinzen das Honorar von 600.000 Mark eintrug, auf der andern Seite dagegen die 86 Prager Ärzte, die im Jahre des großen Sterbens 1186 bei lebendigem Leibe verbrannt wurden. Und welcher Gegensatz vollends zwischen dem Arzt der neuen Zeit und jenen fahrenden Heilgesellen, die vagabundierend in der Welt umherzogen, mit Schröpfkopf und Glüheisen, Schnickschnack und Firlefanz das Heilgeschäft allerorten ausübend. Mit Beginn des 18. Jahrhunderts verschwindet das fahrende Heilvolk. Die sozialen Lebensbedingungen der Ärzte nehmen einen ruhigeren und stabileren Charakter an. Deshalb bieten die Geschicke des Arztes von jetzt an nach außen hin ein eintönigeres, wenig abwechslungreiches Bild. Für die Heilkunst selbst aber beginnt von dieser Zeit an die denkwürdige Umwandlung aus einer spekulativen, philosophischen in eine naturwissenschaftlich arbeitende Disziplin. Damit aber war das Geistesleben des Arztes ein wesentlich höheres geworden. Indem er sich ausschließlich auf naturwissenschaftliche Untersuchungsmethoden stützt und sich der Philosophie entschlägt, zerschneidet er das Tischtuch zwischen sich und jenen Äskulapsjüngern, die als Söhne einer finstern Zeit Sklaven spekulativ konstruierter Krankheitsbegriffe waren und in ihren therapeutischen Maßnahmen von Irrtum zu Irrtum schwankten und mehr Menschenleben vernichteten als viele Kriege und manche Hungersnot. Mit der gründlichen Umwälzung des ärztlichen Urteils ist natürlich ein wesentlicher Gewinn für die Gesundheit des Volkes verbunden. Daß aber dieser nicht ungleich größer, verhindert der Umstand, daß die Wissensfülle der modernen Heilkunst nicht unverfälscht dem Volke zugute kommen kann. Kleinliche fiskalische Bedenken der maßgebenden Faktoren stehen im Wege, daß der Arzt ungestört seine Tätigkeit entfalten kann. Welch anderer Umstand sonst hält die gedeihliche Lösung der Schulärztefrage, der Krankenkassenfrage u. a. m. hintan?

Auf der anderen Seite aber ist es das Kurpfuschertum, das durch Lug und Trug das wohltätige Wirken der wirklichen Heilkunde einschränkt, bauend auf jene Eigenschaft der Menschen, gegen die selbst Götter vergebens kämpfen: die Dummheit. MAGNUS hat die letzte seiner acht Vorlesungen der Besprechung der Kurpfuscherei gewidmet. Er führt uns in bunter Reihe jene traurigen Helden vor, die vielfach durch ihre großartig betriebene Reklame und Beutelschneiderei eine gewisse Unsterblichkeit, freilich herostratischer Natur erlangt haben. Da finden wir die Geschichte des Menekrates, der sich bescheidenerweise den Beinamen Jupiter taxfrei selbst verliehen hatte; oder des berüchtigten Alexander (105—175 n. Chr.), der seine göttliche Herkunft in folgendem Verslein der Mitwelt verkündete: „Perseus göttlicher Sproß, Alexandros, Liebling Apollos, Ist zu schauen allhier; Podalairios hat ihn gezeugt.“ Wer hätte einem Enkel des Zeus und des Asklepios nicht Vertrauen schenken sollen?

In der Tat hatte dieser Kurpfuscher, der in Abonoteichos in seinem Tempel ordinierte, eine Jahreseinnahme von etwa 80.000 Drachmen. Die Kurpfuscher des Mittelalters werden in dem berühmten mittelalterlichen Lehrgedicht: Regimen sanitatis Salernitanum gekennzeichnet: „Fingunt se medicos omnes: idiota, sacerdos, Miles, mercator, cerdo, nutrix, orator.“

Die Qualität der neuzeitlichen Heilbeflissenen, die ohne medizinische Vorbildung die Krankenbehandlung gewerbsmäßig betreiben, illustriert MAGNUS durch den statistischen Nachweis, daß von denselben, soweit reichsdeutsche Verhältnisse in Betracht kommen, 16·6% vorbestraft sind. In einigen Kreisarztbezirken Berlins wächst diese Ziffer sogar bis auf $33^1/_3$%. Bei uns in Österreich, wo glücklicherweise kein Kurierfreiheit besteht, sind die Verhältnisse nur scheinbar bessere. Wie notwendig auch bei uns Abhilfe ist, beweist ja die neugegründete Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei. Wir können also voll und ganz mit MAGNUS übereinstimmen, wenn er am Schlusse seines ausgezeichneten Buches zum unentwegten Kampf gegen das Kurpfuschertum, diesem uralten Krebsschaden des Menschengeschlechtes, auffordert. J. ST.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse“.)

VII.

Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

LIPBURGER (Bregenz): **Beitrag zur Prolapsoperation.**

LIPBURGER gibt eine Modifikation der Kolporrhaphie an, mit der er auch eine Verkürzung der Ligamenta rotunda verbindet.

O. SCHAEFFER (Heidelberg): **Über die diagnostische Bedeutung der Erythrozyten in der Gynäkologie.**

Das Auftreten junger Erythrozyten (in isotonischer Jodjodkalilösung leicht findbar und bezüglich der Resistenz bestimmbar, als „hochpotenzierte Formen“ in Karlsbad 1902 benannt) ist für alle Reparations-, Regenerations- und Abwehrvorgänge in den Generationsorganen charakteristisch, wozu in gewissem Sinn auch die Schwangerschaft gehört. Das Vorkommen dieser jodophilen Poikilozyten und Normoblasten geht dann parallel der Hyperleukozytose und ist deshalb diagnostisch verwertbar, zumal in solchen Fällen, wo die letztere nicht auftritt; so bei dickwandig eingekapselten endopelvinen Eitertumoren.

O. SCHAEFFER (Heidelberg): **Das Endometrium hypoplastischer Uteri und seine Metamorphosen in den verschiedenen Stadien des Generationslebens.**

Fortlaufende Untersuchungen des Endometrium hypoplastischer Uteri (z. B. an demselben Individuum). Die hypoplastische, rein glandulär, aber nicht selten hyperplasierende primäre Anlage führt zu Menorrhagien, bei Konzeption zu Abort oder zu Nachgeburtsstörungen durch reichliche nekrobiotische Vorgänge innerhalb der Basalis, wobei die umklammerten gesunden Synzytium- und Chorionzapfen retiniert werden und teils zu profusen Blutungen, teils zur „Endometritis circumscripta“ Anlaß geben. Aus den vaskularisierten Eizellzapfen entwickeln sich insuläre Anhäufungen dickwandiger Gefäße. An den Nachgeburten besteht Neigung zur „membranösen“ Form oder zum flächenhaften Zurückbleiben von Eiteilen der maternalen Fläche. Uterus bleibt nach Schwangerschaft subinvolviert, oft retroflektiert; im Klimakterium sklerosierende Endometritis.

ZIEGENSPECK (München): **Über Kolpozöliotomie** (Erschien in Nr. 40 der „Wiener Med. Presse“.)

ZIEGENSPECK (München): **Die Hysteropexia paravesicalis.**

ZIEGENSPECK verwendete im Laufe der Jahre in 7 Fällen die Antefixation des Ligamentum rotundum 1 bzw. $1^1/_2$ *cm* vom uterinen Ansatze an das herabgezogene paravesikale Peritoneum derjenigen Seite, auf welcher sich die Tubenecke am leichtesten vorn andrängen läßt, mittelst Dauerligaturen mit Fil de Florence. Vorteile: leichte

Ausführbarkeit, keine Beschwerden durch die Operation. Vorbedingung, daß der Uterus völlig frei beweglich und eine Tendenz zum Rückwärtsfallen nicht mehr vorhanden, vor allem die ursächliche Parametritis chronica beseitigt sei.

ARENDT (Charlottenburg): **Über Decidua menstrualis.**

ARENDT demonstriert 2 Fälle von Decidua menstrualis, welche an den den Tubenecken entsprechenden Stellen Ausläufer haben, die aus der Tube selbst stammen müssen. ARENDT sieht in der Decidua menstrualis nur eine exzessive Steigerung der physiologischen Desquamation der Uterusschleimhaut während der Menstruation. Das Auftreten einer Membran auch im isthmischen Teile der Tube weist auf eine regelmäßige menstruelle Blutausscheidung der Tube hin.

Schatz (Rostock) spritzte in 2 Fällen am 3. Tage der Menstruation Glyzerin ein, darauf wurde bei der nächsten Periode keine Membran ausgestoßen. Er sieht demnach die Ursache der Membranbildung in der vorigen Menstruation gelegen.

Krömer (Gießen) zeigt an der Hand einer Zeichnung, daß es außerordentlich schwer ist, nachzuweisen, ob die beiden Enden aus dem Tubenlumen stammen; es kann sich auch nur um nachgezogene Blutgerinnsel handeln. Ohne exakte mikroskopische Untersuchung könne keine bestimmte Entscheidung getroffen werden.

Ziegenspeck (München) hat Endometritis decidualis öfters bei Oophoritis gesehen, einmal bei einer Mutter und deren 3 Töchtern.

ARENDT (Charlottenburg): **Über Ovarientransplantationen.**

Vortr. hat Ovarien bei Kaninchen transplantiert, aber nie, im Gegensatz zu KNAUER, RIBBERT u. a., ein Erhaltenbleiben der Ovarien und Funktion derselben beobachtet. Zuerst trete an den transplantierten Ovarien Ödembildung auf, dann aber atrophieren die Ovarien, die Marksubstanz verschwindet, meist auch die Rindensubstanz, bei noch vorhandenen Follikeln finde keine Follikelreifung statt.

Frank (Köln) hat über Ovarientransplantation bei Frauen berichtet, darunter aber nur die Verlagerung des Ovariums zwischen die Blätter des Lig. latum an den Uterus mit Erhaltung des blutzuführenden Gewebes verstanden. In einem solchen Falle blieb die Menstruation regelmäßig und es trat Schwangerschaft, die mit Abort endigte, ein.

Knauer (Graz) führt aus, daß die Experimente von ARENDT nur das eine beweisen, daß sie ihm nicht gelungen sind. Er widerlegt des weiteren die Einwürfe von ARENDT gegen seine eigenen Experimente.

Seitz (München): Das Wichtigste bei den transplantierten Ovarien ist das Erhaltensein der Rindensubstanz mit den Follikeln, die ja auch ARENDT zugibt. Atretische und zystische Follikel finden sich in jedem Ovar und beweisen noch nicht dessen Funktionsuntüchtigkeit.

NENADOVICS (Franzensbad): **Die Beziehungen der Balneotherapie zu der Gynäkologie.** (Erscheint in extenso in der „Wiener Med. Presse".)

FRANK (Köln): **Behandlung des Nabels in der allgemeinen Praxis.**

Die Behandlung des Nabels muß nach folgenden Grundsätzen geschehen: 1. Der Nabelschnurrest muß so kurz als möglich abgeschnitten werden. Um eine Nachblutung durch ungenügende Ligierung des Stranges zu vermeiden, soll derselbe vorher mittelst einer Klemme abgeklemmt werden, die eine halbe Stunde liegen bleibt. 2. Das Nabelschnurbändchen muß sicher aseptisch sein, es muß daher in Alkohol aufbewahrt werden. 3. Das Verbandmaterial muß gut resorbierend sein, es darf daher nicht feucht sein. Um den Hebammen ein sicher aseptisches und gut trocknendes Material in die Hand zu geben, hat FRANK bei Dronke in Köln Wattebäuschchen, einzeln eingewickelt, je acht in einer Pappeschachtel, herstellen lassen.

Schatz (Rostock) hält die Vorkehrungen nicht für absolut notwendig; die gewöhnlichen Luftkeime sind unschädlich.

Harz spricht dieselbe Ansicht aus, man sieht in der Privatpraxis außerordentlich selten Nabelerkrankung.

Zweifel (Leipzig) hält die Nabelerkrankung durchaus nicht für so selten. Wenn man bei Kindern, die sehr rasch wegsterben, die bakteriologische Sektion macht, findet man recht häufig Streptokokken in der Milz. Auch er legt bei der Behandlung des Kindes auf die Trockenheit das größte Gewicht und benutzt zum Verband ausgeglühte Argilla und macht darüber den gewöhnlichen Verband. Kein Bad, nur tägliches Waschen. Seitdem in der Leipziger Klinik dieses Verfahren geübt wird, und dies geschieht bereits seit Jahren, kamen keine Sterbefälle an Nabelsepsis mehr vor.

v. STEINBÜCHEL (Graz): **Zur Frage der Tubenmenstruation.**

Bei einer Frau, die früher zweimal peritonitische Attacken gehabt hatte und bei der der Uterus mit beiden Ovarien vaginal entfernt worden war, wuchs das linke Tubenende in die Scheide ein und aus demselben trat in vierwöchentlichen Intervallen regelmäßig Blut heraus. Die mikroskopische Untersuchung der Tube ergab vollständig normale Beschaffenheit.

Schaeffer (Heidelberg) beobachtete nach Atmokausis mit Obliteration des Lumens Blutabgang aus der Zervix und nach Exstirpation eines malignen Ovarialtumors 5 Monate lang Blutabgang aus dem Uterus zur Zeit der Menstruation. SCHAEFFER spricht die Blutabgänge als vikariierende Blutungen an.

KNAUER (Graz): **Über Venenmyome.**

KNAUER berichtet über mehrere Fälle, bei denen er sowohl in einzelnen Venen des Uteruskörpers als auch in den Venen des Lig. latum makroskopisch sichtbare fadenförmige, am Ende zum Teile kolbig verdickte Stränge beobachtete. Die Gefäßwände sind mit Intima und Endothelien bekleidet. Nach dem mikroskopischen Aussehen der Stränge handelt es sich um Myome, deren Histogenese nicht ganz klar ist. Vielleicht sind es multiple, in den Venen entstandene Myome, vielleicht handelt es sich um regionäre, kontinuierliche oder diskontinuierliche Metastasen.

SCHATZ (Rostock) fragt an, ob es sich denn nicht um Thrombosen handeln könne.

KRÖMER (Gießen) weist auf die innigen Beziehungen zwischen Myomen und Gefäßerkrankungen hin. Nach den aufliegenden mikroskopischen Präparaten läßt sich die Frage, ob es sich um Myome oder alte Thrombosen handle, nicht sicher entscheiden.

Ziegenspeck (München) denkt an Adenomyome RECKLINGHAUSENscher Provenienz.

Knauer (Graz): Eine Verwechslung mit alten Thrombosen läßt sich mit Sicherheit ausschließen.

EHRENDORFER (Innsbruck): **Rückblick auf einzelne klinische Fortschritte in der Tiroler Landesgebäranstalt innerhalb der letzten $1\frac{1}{2}$ Dezennien.**

Unter 10.742 vom Jahre 1888—1904 aufgenommenen Kreißenden wurden 4·67% mit der Zange, 0·96% mittelst Wendung, 0·36% durch künstliche Frühgeburt, 0·32% durch Perforation entbunden. Vier Fünftel der Frauen stillten in der Klinik. Die Mortalität der Wöchnerinnen an Puerperalfieber betrug 0·17%, die Morbidität 7·76%.

NEBESKY (Innsbruck) demonstriert ein verkalktes Fibrom des Ovariums bei einer jugendlichen Person von 25 Jahren und eine sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft mit Lithopädionbildung.

WAGNER (Heidelberg) demonstriert einen Fall von echter Zwillingsschwangerschaft mit blasiger Entartung des einen Eies. Es handelte sich um zweieige Zwillinge; der Plazentaranteil des überlebenden Fötus war intakt, der Anteil des zweiten, der in Umbildung zu einem Foetus papyraceus begriffen ist, ist blasig degeneriert. Es handelt sich um den ersten sichergestellten Fall von intrauteriner Zwillingsschwangerschaft mit blasiger Entartung des einen Eies.

BUSSE (Jena): **Beitrag zur Kenntnis der Leukozytose.**

BUSSE hat bei 100 gynäkologischen Operationen wiederholte Untersuchungen über das Verhalten der Leukozyten angestellt und ist zu folgenden Resultaten gekommen. Bei extraperitonealen Operationen trat leichte Leukozytose ein (4000 Leukozyten), bei Operationen in der Nähe des Peritoneums war die Leukozytose größer (5000), bei den intraperitonealen Operationen verhielten sich die Leuzozyten verschieden, je nachdem es sich um glatte Verhältnisse (Ovarialzystome, Myome) oder um peritonitische Reizungen jüngeren oder älteren Datums handelte. Im ersteren Falle war das Verhalten der Leukozyten das gleiche wie bei den extraperitonealen Operationen, nur war die Zahl etwas höher (6000), bei letzteren bestand erhöhte Anfangsziffer (12.000); das Maximum trat nach 3 Tagen, die Rückkehr zur Norm nach 7 Tagen ein. Die Leukozytenkurve zeigte einen Anstieg, ohne daß Puls und Temperatur anstiegen. In Fällen, wo es zu einer Temperaturerhöhung kam, war die Reaktion bereits 2 Tage vorher festzustellen.

Zweifel und **Harz** wundern sich über die kleine Anzahl der Leukozyten, die sonst auf 10.000 angegeben werde.

Busse hat bei seinen Untersuchungen stets geringere Werte gefunden.

Krömer (Gießen): Das Wichtigste ist die Leukozytenkurve, nicht die Zahl als solche, die großen Schwankungen unterliegen ist.

Wagner (Heidelberg): Auch in der Heidelberger Klinik ließ sich bei Parametritis und bei eitrigen Erkrankungen meist 2 Tage vor Eintritt des Fiebers eine Zunahme der Leukozyten feststellen.

Abteilung für Kinderheilkunde.

ENGEL: **Untersuchungen über die anatomischen Grundlagen für die Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse.**

Für die ungleichmäßige Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse bestehen bestimmte anatomische Grundlagen. Diese Erkenntnis wurde gewonnen durch Untersuchung vollentwickelter, puerperaler

Organe auf Sagittalschnitten, und zwar an makroskopischen wie mikroskopischen Übersichtspräparaten. So ergibt sich, daß tatsächlich zwei getrennte Typen bestehen, einerseits parenchymreiche und bindegewebsarme Brüste, andrerseits parenchymarme und bindegewebsreiche Brüste. Von beiden Gruppen ist die erstere ergiebiger. Dabei können beide Formen mit Bezug auf ihr Äußeres in Disharmonie mit ihrem wahren Wert stehen, so daß äußere Betrachtung und selbst auch Palpation kein einwandfreies Urteil gestatten. Die Untersuchungen werden noch an größerem Material fortgesetzt werden. Bei der Frage nach Störung der Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüse handelt es sich aber auch jedenfalls darum, zu entscheiden, ob funktionelle oder anatomische Gründe vorliegen. Nicht zu leugnen ist, daß oft psychische Momente während der Laktation eine wesentliche Rolle spielen.

Hecker: Es hat bei Wahl der Amme die Nationalität manchmal einen gewissen Einfluß auf das Stillgeschäft. Bei einer bayerischen Bäuerin, einer Sekundipara, wurde das Drüsenparenchym infantil gefunden, im Gegensatze zu dem einer schlesischen Nullipara, das den Befund einer Multipara ergab. Das Stillgeschäft wird oft durch Tragen des Schnürleibs wesentlich behindert.

Escherich: Es gibt in der Tat eine funktionelle Veranlagung der Milchdrüsen, von welcher das Stillen überhaupt abhängt. Die Leistungsfähigkeit der Drüsen ist je nach der Nationalität sehr verschieden. Manche Frauen sind zum Stillgeschäft wegen mangelnder Laktation direkt zu träge und müssen dazu förmlich getrieben werden.

Engel (Schlußwort) ist mit Escherich einer Auffassung, daß man gerade Frauen mit schlechten Drüsen mit doppelter Energie zum Stillen anhalten muß. Hecker gegenüber weist er darauf hin, daß Bollinger seine Ansicht in bezug auf Altmanns Arbeit noch 1898 in der anthropologischen Gesellschaft vertreten hat.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 9. November 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

S. Jonas demonstriert einen Mann mit Pylorusstenose. Im Jahre 1896 litt Pat. an Magenkrämpfen, welche nach einer Milchkur gebessert wurden, vor 2 Jahren bekam er Erbrechen, welches sich auch im April d. J. wiederholte. Die Untersuchung ergibt eine hochgradige Magendilatation, im Mageninhalte finden sich Hefezellen und Sarzina. Die Röntgendurchleuchtung des Magens nach Riederscher Mahlzeit (Milchgrieß mit 10—15 *g* Wismut) ergibt, daß über dem Magen antiperistaltische Wellen ablaufen. Die Pylorusstenose dürfte auf Grund einer alten Ulkusnarbe entstanden sein.

J. Mannaberg fragt, ob die antiperistaltischen Wellen nicht auch ohne Röntgenstrahlen wahrnehmbar waren. Vortr. verneint dies.

R. Schmidt stellt einen jungen Mann mit einer Stenose im Bereiche der oberen Hohlvene vor. Seit einem Jahre kann der Kranke nicht mehr horizontal liegen, weil er sonst Dyspnoe, intensive Spannung und Cyanose an der Haut des Gesichtes und Halses bekommt; dabei treten manchmal Exophthalmus und Behinderung der Nasenatmung infolge Schwellung der Nasenschleimhaut auf. Dieselben Erscheinungen stellen sich auch nach raschem Aufstehen, beim Bücken und sogar beim schnellen Essen oder Schreiben ein. In der Bauchhaut finden sich erweiterte Venennetze, namentlich zieht eine mächtige Vene vom epigastrischen Winkel zur Leistenbeuge. Die Stauungserscheinungen deuten auf eine Stenosierung im Bereiche der oberen Hohlvene, deren Ätiologie unbekannt ist. Die Röntgendurchleuchtung hat keinen Aufschluß gegeben.

L. v. Schrötter fragt, ob der Kranke nicht eine jener Infektionskrankheiten durchgemacht hat, wie z. B. Scharlach und Influenza, in deren Gefolge manchmal Phlebitis auftritt.

H. Schlesinger fragt, ob nicht eine substernale Struma vorhanden ist.

R. Schmidt verneint dies und bemerkt, daß Pat. keine Infektionskrankheit durchgemacht hat.

Herm. Schlesinger berichtet über einen Fall von Sensibilitätsstörung nach Karzinommetastase im Unterkiefer. Der 50jähr. Pat. hatte ein Prostatakarzinom, welches zu zahlreichen Metastasen geführt hat. Plötzlich trat an der linken Seite des Kinns eine anästhetische Zone auf, welche sich in der Mittellinie scharf begrenzte und sich auch auf die korrespondierende Stelle der Mundschleimhaut und auf einen Teil der Gingiva erstreckte. Da der Unterkiefer an einer Stelle vor dem Masseter druckempfindlich war, wurde angenommen, daß sich daselbst eine Karzinommetastase entwickelt habe, welche auf den N. alveolaris drücke; die Annahme wurde durch den Obduktionsbefund bestätigt. Der Canalis mandibularis war durch Karzinommassen verengt, welche den Nerven komprimierten. Merkwürdig sind das plötzliche Auftreten der Anästhesie ohne vorhergegangenes neuralgisches Stadium, die scharfe Begrenzung der anästhetischen Zone und die begleitende deutliche Störung der Motilität in den Bewegungen der Lippenmuskulatur.

H. Schur demonstriert anatomische Präparate eines eigenartigen Falles von Tuberkulose des lymphatischen Apparates, der unter dem Bilde einer Pseudoleukämie verlief. Bei dem Kranken traten vor 3 Jahren Drüsen in den Supraklavikulargruben auf, der Blutbefund zeigte eine leichte Herabsetzung des Hämoglobingehaltes und eine starke Leukozytose. Dann verbreiteten sich die Drüsenschwellungen über den ganzen Körper und es trat Fieber auf. Zeitweilig war der Blutbefund normal. Therapeutisch wurden Arsen und Röntgenstrahlen ohne Wirkung angewendet.

W. Türk bemerkt, daß die Leukozytose ein inkonstanter Befund bei Lymphdrüsentuberkulose sei, wie er sich in einigen Fällen überzeugen konnte.

R. Kolisch berichtet über seine im Vereine mit F. Pineles unternommenen Versuche an Kaninchen, bei welchen nach Phloridzinzufuhr sklerotische Veränderungen in der Aorta gefunden wurden. Das Phloridzin wurde den Tieren durch zwei bis drei Wochen intravenös oder subkutan injiziert. Bei einem Teile der Tiere fanden sich makroskopisch grießkorngroße und größere opake Plaques in der Wand der Aorta, mikroskopisch in der Media hart an der Grenze der Intima sitzende Herde, in denen durch eingelagerte homogene Massen die elastischen Fasern auseinandergedrängt waren. Die bisher bekannten Substanzen, welche Blutdruckerhöhung und der Arteriosklerose ähnliche Veränderungen in der Aorta hervorbringen (Adrenalin, Tabak und Digalen), entfalten in ihrer chemischen Formel eine NH_2-Gruppe, auf welche die genannte Wirkung bezogen wurde. Daß dies nicht allgemein gültig ist, zeigt der Versuch mit Phloridzin, welches keine solche Gruppe enthält, da es stickstofffrei ist.

H. v. Schrötter demonstriert mit Hilfe des ultravioletten Lichtes hergestellte Mikrophotographien mittelst eines Projektionsapparates. Die auflösende Leistung eines Mikroskopes wird durch die Formel $n \sin \alpha$ bestimmt, in welcher n den Brechungsindex des Linsensystems und α den sogenannten Öffnungswinkel bedeutet. Durch die Technik sind diese beiden Faktoren bis auf das äußerste Maß der Leistungsfähigkeit gesteigert worden. Im Zeissschen Institute in Jena wurde nach einer schon früher von Amici angeregten Idee die Steigerung der Leistung des Mikroskopes dadurch versucht, daß zur Beleuchtung ultraviolettes Licht verwendet wurde; da dieses unsichtbar ist, aber auf die photographische Platte wirkt, können die entstandenen Bilder nur photographiert werden. Das Prinzip der Methode beruht darauf, daß das ultraviolette Licht eine viel kleinere Wellenlänge hat als das Tageslicht (275 $\mu\mu$ gegen 550 $\mu\mu$); der Brechungsexponent wird dadurch bedeutend größer. Die Beleuchtung des mikroskopischen Objektes erfolgt durch Kadmiumlicht, welches ein total reflektierendes Prisma passiert hat; der ganze optische Apparat des Mikroskopes besteht aus Quarzlinsen. Über dem Okular ist der photographische Apparat angebracht. Zur Einstellung des Objektes dient ein „Sucher" aus Uranglas, welcher die ultravioletten Strahlen in solche von größerer Wellenlänge, also in sichtbare Strahlen verwandelt. Ist das Objekt eingestellt, so wird der Sucher entfernt und das Objekt photographiert. Vortr. demonstriert eine Reihe so gewonnener Photographien von pflanzlichen und Tierpräparaten, wobei sich die Tatsache ergibt, daß manche Gewebe, die für gewöhnliches Licht gut durchgängig sind, die ultravioletten Strahlen nicht passieren lassen, demnach in der Photographie dunkel erscheinen, wie z. B. die Augenlinse und die Epidermis; dies erklärt auch, warum uns die ultravioletten Strahlen nicht sichtbar sind. Die Präparate, welche wegen der verschiedenen Durchlässigkeit ihrer einzelnen Teile für ultraviolettes Licht in ungefärbtem Zustande wie gefärbte Präparate wirken, haben gegenüber den gewöhnlichen mikroskopischen Bildern eine weitgehende Vergrößerung und zeigen manche Details, die bisher nicht wahrgenommen werden konnten.

Notizen.

Wien, 11. November 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung berichtete zunächst E. Frischauer über einen Fall von Rekurrenslähmung bei Mitralstenose; N. Ortner, aus dessen Abteilung die Beobachtung stammt, führt in Übereinstimmung mit O. Stoerk, der das zugehörige Präparat demonstriert, die Stimm-

bandlähmung auf indirekte Kompression des durch den erweiterten Vorhof zwischen Aorta und Pulmonalis eingezwängten Rekurrens zurück, während er in gleichen früheren Fällen die Erweiterung des Vorhofes als solche für die Lähmung verantwortlich gemacht hat; J. PAL beobachtet derzeit einen analogen Fall, in welchem Rekurrensparese nach akuter Herzinsuffizienz plötzlich eingetreten ist; K. REITTER betont die mannigfache Ätiologie der Rekurrenslähmungen; L. HOFBAUER hat einen ähnlichen Fall wie FRISCHAUER gesehen und publiziert; der Rekurrens war hier samt dem linken Herzohre zwischen Aorta und Pulmonalis eingeklemmt; M. GROSSMANN empfiehlt, bei derartigen Kompressionslähmungen auf andere Vaguserscheinungen (Tachykardie) zu achten, was PAL und ORTNER in ihren Fällen bereits getan haben; L. BRAUN erkennt die Erweiterung des Vorhofes bei allen Fällen der Autoren bloß als vermittelnden Faktor an. — Hierauf demonstrierte E. RANZI aus der v. EISELSBERGschen Klinik mehrere Fälle von eitrigen Entzündungen, welche mittelst Stauung und Saugung nach BIER erfolgreich behandelt worden sind. Die gleiche Methode haben R. VOLK bei Lymphadenitis, F. NECKER bei Bubonen, M. JERUSALEM bei verschiedenen eitrigen Affektionen, zumal in der Armenambulanz, OSKAR FRANKL und L. WECHSBERG mit speziellen Saugapparaten bei Metritiden und Endometritiden, K. ULLMANN bei Nebenhodentuberkulose benutzt und gute Resultate erzielt. v. MOSETIG warnte vor Stauungsbehandlung bei lokaler chirurgischer Tuberkulose, während sich v. EISELSBERG und WEINLECHNER günstiger darüber äußerten. — J. KATHOLICKY (Brünn) demonstrierte ein anatomisches Präparat von außergewöhnlicher Vergrößerung der Thymusdrüse. Pat., eine 46jährige Frau, ist 4 Tage nach einer Narkose an progressiver Herzparalyse gestorben; E. RICHTER bezweifelt die Berechtigung der Angaben der Autoren über Status thymicus und Thymustod, welchen ESCHERICH, AL. FRÄNKEL und Vortr. aus klinischen Gründen beipflichten. — Hierauf besprach LICHTENSTERN aus der Abteilung ZUCKERKANDLS einen Fall von bakteriologisch festgestelltem Hospitalbrand, der sich nach einer Prostataexstirpation plötzlich in der Sakralgegend entwickelt hat. — Schließlich zeigte Direktor FÜRTH einen von ihm angegebenen heizbaren Operationstisch, dessen Konstruktion alle erforderlichen Lageveränderungen des Pat. zuläßt.

(Universitätsnachrichten.) Der a. o. Professor Dr. ARTUR SCHATTENFROH ist zum ordentlichen Professor der Hygiene an der Universität in Wien ernannt worden. — Die Ortsgruppe Berlin des Verbandes der Ärzte Deutschlands wird, wie uns berichtet wird, mit Genehmigung des Dekans der Berliner Friedrich Wilhelm-Universität noch in diesem Jahre Vorträge über Arbeiterversicherung und ärztliche Standesorganisation abhalten lassen, um die Studierenden der Medizin, ehe dieselben in die Praxis treten, in diese schwierigen Gebiete einzuführen. Es wird auch beabsichtigt, diese Vorträge auf alle Fragen der sozialen Medizin auszudehnen und sie eventuell in zwanglosen Heften herauszugeben. — Dr. BIGNAMI ist zum Professor der allgemeinen Pathologie in Rom ernannt worden.

(Niederösterreichischer Landessanitätsrat.) In der am 6. November abgehaltenen Sitzung erfolgte zunächst die Neuwahl des Vorsitzenden und Vorsitzenden-Stellvertreters in zwei gesonderten Wahlgängen. Zum Vorsitzenden wurde der bisherige Vorsitzende-Stellvertreter Hofrat LEOPOLD OSER, zum Vorsitzenden-Stellvertreter Regierungsrat Dr. ADALBERT TILKOWSKY gewählt. Hierauf wurden folgende Referate erstattet: Über den Vorschlag zur Besetzung der Gerichtspsychiaterstelle beim k. k. Landesgerichte in Wien; über einen Rekurs gegen eine Entscheidung, mit welcher die Ausdehnung der gewerbsmäßigen Desinfektion auf die Vornahme von Desinfektionen bei anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten verweigert wurde; über die Änderung der normativen Bestimmungen über den Transport von Infektionskranken in die Spitäler in Wien.

(Personalien.) Der Senior der mährischen Ärzte Dr. JAKOB BAUER, Zahnarzt in Brünn, hat vor wenigen Tagen seinen 91. Geburtstag gefeiert. — Die neue Stelle eines Generaldirektors der städtischen Irrenanstalten soll in Berlin kreiert werden. — Der Chefarzt der Staatseisenbahngesellschaft Primarius Dr. WILHELM LURTZ in Wien hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens, Hofrat Prof. Dr. MAX GRUBER in München den Michaelsorden III. Klasse erhalten. — Dozent Dr. GUSTAV v. WUNSCHHEIM ist an Stelle des verstorbenen Professors v. METNITZ zum Vorstande der zahnärztlichen Abteilung an der Wiener allgemeinen Poliklinik ernannt worden.

(Die Ärzte und die Reform der Arbeiterversicherung.) Am 6. d. M. ist der vom ständigen Arbeitsbeirate zur Begutachtung des Programms für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung eingesetzte Ausschuß zu einer Sitzung zusammengetreten, der mehrere Ärzte beigezogen waren, um zu den vielen, die ärztlichen Standesinteressen sowie die allgemeine Sozialhygiene berührenden Fragen der Versicherungsreform Stellung zu nehmen. Als Delegierte waren entsendet: Von dem geschäftsführenden Ausschusse der österreichischen Ärztekammern Dr. EMIL BERGMANN (Kritzendorf), Dr. MAX ELLMANN (Wien), Dr. ADOLF GRUSS (Wien), Dr. ISIDOR LAMBERGER (Wien) und Dr. GOTTLIEB PICK (Aussig); ferner nominiert von der Wiener Bezirkskrankenkasse Dr. KARL ENDERS (Wien), von der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt Chefarzt Dr. EUGEN v. HALACSY, vom Verbande der Genossenschaftskrankenkassen Wiens Chefarzt Dr. BERTHOLD GLATTAUER, endlich Prof. HUEPPE (Prag), Doktor LADISLAUS JIČINSKY (Mährisch-Ostrau) und Prof. MAXIMILIAN STERNBERG (Wien). Die Experten sprachen sich übereinstimmend dahin aus, daß der Kreis der versicherungspflichtigen Personen über die im Programme abgesteckten Grenzen hinaus auf alle unselbständig erwerbenden Personen ausgedehnt werden möge, die dieser Fürsorge tatsächlich bedürftig seien. Insbesondere wurde allgemein auf die Notwendigkeit hingewiesen, die in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen in die Versicherungspflicht einzubeziehen. Sodann verlangten die ärztlichen Experten eine Abgrenzung in der Richtung, daß jene Personen, die ein gewisses höheres Einkommen aufzuweisen haben, aus der Versicherungspflicht ausgeschieden werden mögen und daß in dieser Hinsicht eine verschiedene obere Einkommensgrenze festgesetzt werden müsse, da man mit einer einheitlichen Bestimmung für Stadt und Land das Auslangen nicht finden könne. Die Experten nahmen auch zur Frage der Angehörigen-Versicherung Stellung, wobei dieser Institution Beifall gezollt wurde. Sodann wurde in die Beratung der Frage eingegangen, in welcher Art das Verhältnis der Krankenkassen zu den Ärzten am zweckmäßigsten geregelt werden könne. Hierbei traten die seitens der Ärztekammern entsendeten Delegierten für die freie Ärztewahl ein und bezeichneten es als wünschenswert, daß an Stelle der bisher üblichen Einzelverträge der Krankenkassen mit den Ärzten Kollektivverträge mit den ärztlichen Organisationen abgeschlossen werden mögen. Die Beratungen werden fortgesetzt.

(Kongresse.) Der XV. Kongreß der italienischen Gesellschaft für innere Medizin hat in den letzten Oktobertagen in Genua stattgefunden. Verhandelt wurden 1. Malariaätiologie, Anämien parasitären Ursprungs, chirurgische Interventionen bei Affektionen des Magendarmkanals. — Der II. internationale Hygienekongreß hat Mitte Oktober zu Washington getagt.

(Eine energische Aktion aus ärztlichem Lager) wird vom italienisch-tirolischen Ärztevereine vorbereitet. Derselbe legt es den Landtagsabgeordneten nahe, mit aller Kraft für den Entwurf eines neuen Sanitätsgesetzes einzutreten. Würde diese Beratung wegen angeblich noch notwendiger Erhebungen, die jedoch sowohl in administrativer als auch in finanzieller Hinsicht bereits sicher beendigt sind, auch nur vertagt werden, so will der Ärzteverein unverzüglich die äußersten Maßnahmen treffen, um seinen Mitgliedern die Deckung der elementarsten Bedürfnisse des Ärztestandes, vor allem die Witwen- und Waisenpensionen, zuzusichern.

(Statistik.) Vom 29. Oktober bis inkl. 4. November 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7507 Personen behandelt. Hiervon wurden 1516 entlassen, 163 sind gestorben (9·7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 94, ägypt. Augenentzündung 2, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 20, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 71, Scharlach 49, Masern 51, Keuchhusten 71, Rotlauf 41, Wochenbettfieber 4, Röteln 6, Mumps 1, Influenza —, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 516 Personen gestorben (— 22 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der langjährige Karlsbader Kurarzt Dr. BENJAMIN HOFMEISTER im 70. Lebensjahre und der praktische Arzt Dr. HEINRICH DOSTAL im Alter von 77 Jahren; im Sanntale (Steiermark) Dr. WENZEL KASPAR im 35. Lebensjahre; in München der

Präsident des Verwaltungsgerichtshofes und Referent des Medizinalwesens Dr. med. Exzellenz GUSTAV V. KAHR; in Hamburg Dr. HERMANN CORDUA, einer der angesehensten Ärzte daselbst, 54 Jahre alt; in Odessa der Physiologe Privatdozent Dr. KOSTINE; in Paris der chirurgische Chefarzt des nationalen Taubstummeninstitutes Dr. E. MÉNIÈRE; in Montreal der Professor der Ophthalmologie an der Mc Gill-Universität Dr. FRANK BULLER; in Louisville der Professor der medizinischen Klinik Dr. J. A. OUCHTERLONY.

Prof. Dr. Otto Bergmeister, Primar-Augenarzt, ordiniert jetzt IX., Ferstelgasse 3, 1. Stock (2—4).

Warnung vor Imitationen. W. Maagers echter gereinigter Dorschlebertran wird nunmehr, um den vielen Imitationen desselben entgegenzutreten, bloß in solchen dreieckigen Flaschen versandt, deren äußere Umhüllung mit einem gesetzlich geschützten Verschlußstreifen versehen ist. Durch diesen Verschlußstreifen sind die Flaschen jetzt von außen schon leicht von anderen dreieckigen Flaschen zu unterscheiden und als die echten zu erkennen. Patienten, denen vom Arzte der Maagersche Lebertran verordnet wurde, wollen daher dreieckige Flaschen, welche diesen Verschlußstreifen nicht haben, als Imitation entschieden zurückweisen.

Wohltätigkeits-Lotterie. Am 4. Januar 1906 findet die Weihnachtslotterie statt, welche der Geschäftsausschuß des „Österreichischen Ärztevereins-Verbandes" zugunsten seines Witwen- und Waisenunterstützungs-Institutes veranstaltet. Die Lotterie ist mit 1500 Treffern dotiert, darunter drei Haupttreffern im Werte von 25.000, 5000 und 1000 K, welche auf Grund Allerhöchster Bewilligung in barem Gelde ausgezahlt werden können. Ein Los kostet 1 K. Möge durch lebhafte Beteiligung der Kollegen an dieser Lotterie das eminent humane Unternehmen eine ausgiebige Förderung finden.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

H. P. Planer, Die Lebertheorie. Berlin und Wien 1905, Urban & Schwarzenberg.

H. P. Planer, Drei Monographien. Mitteilungen aus der gynäkologischen Privatklinik. Berlin und Wien 1905, Urban & Schwarzenberg.

A. Czerny und **A. Keller,** Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. 6. Abt. 1. u. 2. Hälfte. Leipzig und Wien 1906, Franz Deuticke. — K 3·40.

E. Tavel, Chirurgische Infektion und deren Prophylaxe. Berlin 1905, Leonhard Simion Nf.

J. Boas, Anzeigen und Grenzen für chirurgische Eingriffe am Magen. Berlin 1905, Leonhard Simion Nf.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 13. November 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Doz. Dr. H. SCHUR: Die Bedeutung der Harnsäure in der Pathologie des Stoffwechsels.

Klub der Wiener Kinderärzte.

Versammlung: Dienstag, den 14. November 1905, 7 Uhr abends, im pädiatrischen Hörsaale der Allgemeinen Poliklinik, IX., Mariannengasse 10.

1. Demonstrationen. — 2. Prof. MORO: Vortrag über den Wert der biologischen Forschung für die Lehre der künstlichen Ernährung. — 3. Diskussion über die Ergebnisse der Beobachtungen an Ferienkolonisten.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion: Donnerstag, den 16. November 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik ESCHERICH.

Demonstrationen (angemeldet: Prof. ESCHERICH, Dr. NEURATH).

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der gesamten Auflage dieser Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Pyramidon"** und der **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Citarin".** Ferner liegt einem Teil der Auflage ein Prospekt von **W. Hilzinger-Reiner** in **Stuttgart** über **Spezialapparate für die physikalische Therapie** bei. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 19. November 1905. Nr. 47.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Über die Torsion des Samenstranges.

Von **Dr. Josef Bogdanik**, Primararzt der chirurgischen Abteilung am St. Lazarus-Spitale in Krakau.

I.

Einleitung.

Die Torsion des Samenstranges ist ein sehr seltenes Vorkommnis, findet daher nur wenig Berücksichtigung in der chirurgischen Literatur. Sie tritt meistens unter den Erscheinungen einer Brucheinklemmung auf, wird daher gewöhnlich erst bei der Operation diagnostiziert. In manchen Fällen kann man auch die Torsion als eine Einklemmung des Hodens im Leistenkanale auffassen, bei genauerer Untersuchung ist aber eine Verwechslung mit einer Brucheinklemmung zu vermeiden.

Vor kurzem hatte ich Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Ein junger Mann wurde angeblich wegen Brucheinklemmung ins Spital gebracht, die Diagnose jedoch auf Einklemmung des gedrehten Hodens im Leistenkanale richtiggestellt, was durch die sofort vorgenommene Operation bestätigt wurde. Dieser Fall gab mir Gelegenheit, die einschlägige Literatur zu studieren, und ich fand mehrere derartige Fälle verzeichnet, von denen der älteste im Jahre 1840 veröffentlicht wurde. Das interessante Ergebnis meines Studiums habe ich nun niedergeschrieben und meiner Arbeit einige Bemerkungen über die anatomischen Verhältnisse des Hodens und Samenstranges vorangeschickt. Bei der Bearbeitung des anatomischen Teiles lagen mir die Werke von HYRTL, HEITZMANN, BOCK, WALDEYER, EBERTH, BARDELEBEN, HAECKEL-FROHSE zugrunde; diesen entnahm ich auch die nötigen Abbildungen. Ich nutzte gleichzeitig einen vor zwei Jahren am Kongresse polnischer Chirurgen in Krakau gehaltenen Vortrag über Descensus testiculi von Prof. Dr. KOSTANECKI aus. Herr Prof. KOSTANECKI war auch so freundlich, mir im Verfassen des anatomischen Teiles behilflich zu sein, weshalb ich ihm meinen verbindlichsten Dank ausspreche.

Anatomie des Hodens und des Samenstranges.

Der Hoden wie der mit ihm verbundene Nebenhoden entwickeln sich im Embryo aus getrennten Anlagen, die bald miteinander in innige Verbindung treten. Er entwickelt sich in der Bauchhöhle und ist mit Ausnahme seiner hinteren Wand, wo das Vas deferens und die Blutgefäße ein- und austreten, vom Bauchfelle bedeckt. Im Fötalleben noch vollzieht sich seine Lageveränderung, indem der Hoden aus der Lendengegend in das Skrotum herabsteigt (Deszensus). Durch diesen Vorgang ändern sich die Verhältnisse des Verlaufes der Gefäße, der Nerven und des Vas deferens, die entsprechend dem Weg, den der Hoden zurückgelegt hat, in die Länge wachsen.

Mit dem Hoden und den ihm folgenden oben angeführten Teilen tritt in die muskulöse Bauchwand eine beutelförmige Ausstülpung des Bauchfelles, der Processus vaginalis peritonei. Diese Ausstülpung durchbricht jedoch weder die Bauchwand, noch stülpt sie diese vor sich her, sondern sie folgt einer bereits angelegten, von der muskulofaszialen Bauchwand gebildeten Tasche. Der obere kanalartige Abschnitt des Processus vaginalis peritonei wird von seiner Einmündung in die Bauchhöhle bis in die Nähe des Hodens durch Verwachsung seiner Wände zu einem bindegewebigen, noch eine Zeitlang unterscheidbaren Strang, dem Ligamentum vaginale oder Rudimentum des Processus vaginalis. Der untere erweiterte Teil der Ausstülpung bleibt als geschlossener Sack

übrig, welcher den Hoden und einen Teil des Nebenhodens umhüllt (Tunica vaginalis propria testis). Der Übergang vom parietalen zum viszeralen Blatte bildet eine Peritonealfalte, das Mesorchium und die Mesepididymis, wo der Ductus deferens und die Blutgefäße ein- und aussteigen.

Hinter dem oberen engen Abschnitte des Processus vaginalis liegen der Ductus deferens mit den Gefäßen und Nerven, hinter dem unteren Abschnitte (Tunica vaginalis propria) der Hoden mit dem Nebenhoden, welche Teile untereinander mit lockerem Bindegewebe verbunden sind.

Der Ductus deferens mit den Gefäßen und Nerven bildet einen ungefähr kleinfingerdicken rundlichen Strang, den Samenstrang (Funiculus spermaticus). Er durchsetzt die Bauchwand schräg von oben und lateralwärts nach unten und medianwärts vom inneren Leistenringe (Annulus inguinalis internus s. abdominalis) an und zieht von da durch den Leistenkanal (Canalis inguinalis) bis zum hinteren Rande des Hodens, welcher am unteren Ende des Samenstranges wie an einem Stiele befestigt ist.

Am Samenstrange unterscheiden wir die Hüllen und den Inhalt.

An den Hüllen des Samenstranges unterscheiden wir von außen nach innen folgende Schichten:

1. Fascia cremasterica s. Cooperi. Diese ist eine Fortsetzung der Fascia propria des Musculus obliquus externus abdominis. Sie tritt am Leistenringe zum Samenstrange und verdünnt sich gegen den Hoden, indem sie den faszialen Charakter nach und nach einbüßt und sich im Bindegewebe des Musculus cremaster verliert.

2. Musculus cremaster externus. Es sind quergestreifte Muskelfasern vom Musculus obliquus internus abdominis und transversus abdominis. Sie begleiten scheidenartig die Tunica vaginalis communis und umgeben am hinteren Umfange den Samenstrang zu vier Fünfteln. Dieser Muskel ist ein Nebenmuskel des Hodens.

3. Die gemeinsame Scheidenhaut (Tunica vaginalis communis funiculi spermatici et testis). Sie ist eine Fortsetzung der Fascia transversalis abdominis, welche die innere Fläche des Musculus transversus abdominis überkleidet. Vom inneren Leistenring umgibt sie den Samenstrang und den Hoden. Im Leistenkanale sehr zart, bildet sie längs des Samenstranges eine lockere Bindegewebslage, die mit dem Bindegewebe, welches die Teile des Samenstranges verbindet, wie mit dem Bindegewebe des Skrotums zusammenhängt. In der Nähe des Hodens und um diesen gewinnt diese Umhüllung den Charakter einer besonderen Schicht oder Umhüllung, die sich auf der Tunica propria parietalis ausbreitet, im Grund des Hodensackes inniger mit ihr verschmilzt und auch die von der Tunica propria nicht bekleidete untere Fläche des Hodens und Nebenhodens, wie die hier ein- und austretenden Gefäße, Nerven und den Ductus deferens umschließt. Nach außen etwas schärfer gegen die Fascia cremasterica abgegrenzt, verschmilzt sie nach innen allmählich mit dem Gewebe des Samenstranges.

4. Der Musculus cremaster funicularis besteht aus schwächeren und stärkeren glatten Muskelfasern, die nach oben nahe bis zum subkutanen Leistenring sich verfolgen lassen, nach unten sich bis zum unteren Hodenpol erstrecken. Gegen den Hoden an Menge zunehmend, treten sie mit kräftigen Muskelbündeln in Verbindung, welche an der Umschlagstelle der Tunica propria dem Ductus deferens und den Gefäßen folgen.

Dieser Muskel zerfällt in zwei Gruppen: die Portio deferentialis und die Portio vascularis. Die Portio deferentialis besteht aus Längsbündeln, welche den Ductus deferens am Hoden weiter begleiten. Die Portio vascularis besteht aus ebensolchen Bündeln, welche die Muskulatur der Venen umgeben und zu der an der hinteren Hodenwand gelegenen Muskelmasse ziehen.

Der Inhalt des Samenstranges besteht aus dem Ductus deferens, der Arteria deferentialis, den Venae deferentiales, dem Plexus nervosus deferentialis, der Arteria testicularis, den Venen des Plexus pampiniformis, den Nerven des Plexus pampiniformis, den Lymphgefäßen, dem Rudimentum processus vaginalis (Ligamentum vaginale), der Paradidymis und den Ductuli aberrantes, den glatten Muskeln (Musculus cremaster internus).

Diese Teile zeigen schon im mittleren Verlaufe des Samenstranges eine Anordnung in zwei Gruppen, die Hodengefäßgruppe und die Deferensgruppe. Die Hodengefäßgruppe, welche außer den Gefäßen auch noch die Nerven für den Hoden und glatte Muskeln enthält, liegt vorn, die Deferensgruppe mit den Gefäßen und Nerven des Ductus deferens und glatten Muskeln hinten und der Ductus deferens etwas mehr medial.

Die Gefäßgruppe besteht aus der Arteria spermatica interna, welche das Zentrum der Gruppe bildet, aus zahlreichen Venen, den Venae spermaticae internae, aus Lymphgefäßen, aus den Nervenstämmchen des Plexus spermaticus internus und aus zahlreichen Bündeln glatter Muskeln. Vom Inguinalkanal zum Hoden löst sich die Gefäßgruppe in drei bis vier sekundäre Gruppen auf, in die Gruppe der Hodengefäße, der Nebenhodengefäße, der glatten Muskulatur, der Paradidymis. Die Hodengefäße nehmen mehr das Zentrum ein, die des Nebenhodens liegen mehr lateral und rückwärts.

Die Deferensgruppe enthält die Vasa deferentialia, deren Lage keine bestimmte ist, zahlreiche Bündel glatter Muskelfasern, Bündel von Nervenfasern, welche in Begleitung des Ductus deferens kommen, und den Ductus deferens. Die Lage des Ductus deferens ändert sich etwas. Unterhalb des Leistenkanals liegt er lateralwärts neben der Gefäßgruppe, dann rückt er hinter diese und medianwärts, so daß er sich mit den Gefäßen kreuzt. Bei normaler Lagerung des Hodens nimmt er dessen hintere mediale Seite ein, während der Nebenhoden mehr lateralwärts liegt.

Am Aufbau des Samenstranges beteiligt sich noch der Processus vaginalis peritonei, jedoch schwindet dieser meist früh, so daß beim Erwachsenen nur noch selten ein Rest von ihm, Rudimentum processus vaginalis, als faseriger Strang gefunden wird. Oben ist dieser Strang an der seichsten Einziehung des Bauchfells am subperitonalen Leistenring, unten am oberen spitzen Ende des Sackes der Tunica propria testis befestigt.

Die Gefäße und Nerven des Samenstranges sind teils für den Hoden, Nebenhoden und Samenstrang bestimmt, teils versorgen sie die Hüllen des Samenstranges und des Hodens.

Die Arterien der Hodenhüllen stammen von der Arteria spermatica externa, einem Zweig der Arteria epigastrica inferior, der Arteria iliaca externa.

Die Hauptarterien des Hodens und Nebenhodens, welche im Samenstrange verlaufen, sind: die Arteria testicularis (spermatica interna), die Arteria deferentialis, die Arteria spermatica externa. Von diesen Arterien treten die Arteria testicularis und deferentialis bereits innerhalb der Bauchhöhle zum Samenstrang, während sich die Arteria spermatica externa erst im Leistenkanal zu ihnen gesellt.

Die Arteria testicularis ist paarig und entspringt aus der vorderen Wand der Aorta abdominalis zwischen Arteria mesenterica superior und inferior unterhalb der Nierenarterie, und zwar die rechte etwas höher als die linke. Beide Arterien verlaufen vom Peritoneum bedeckt vor dem Psoas zum Becken und von da durch den inneren Leistenring zum Hoden und Nebenhoden als einfaches oder geteiltes Gefäß. Zum Kopf des Nebenhodens gibt sie zwei Zweige, einen oberen und einen unteren.

Die Arteria deferentialis geht von der Umbilikalarterie ab und spaltet sich in der Nähe des Ductus deferens in einen auf- und absteigenden Ast. Der aufsteigende Ast begleitet den Ductus deferens in den Leistenkanal, versorgt

dessen Wand mit zahlreichen untereinander anastomosierenden Ästen bis zum Hoden. Am Nebenhoden geht sie mit der Arteria testicularis eine direkte Verbindung ein und kommuniziert durch einen dünnen Zweig mit der Arteria spermatica externa. Bei ihren zahlreichen Anastomosen scheint die Arteria deferentialis allein imstande, den Hoden zu ernähren. In das Innere des Hodens treten die Gefäße vom hinteren Rande ein.

Die Arteria spermatica externa entspringt aus der Arteria epigastrica inferior der Arteria iliaca externa am Annulus inguinalis internus, durch welchen sie in den Leistenkanal tritt, um den Samenstrang zu begleiten. Längs der Vena spermatica externa absteigend, versorgt sie die Hüllen des Hodens und anastomosiert mit den Hodenarterien. Ein Zweig, die Arterica cremasterica, versorgt den Musculus cremaster.

Das venöse Blut sammelt sich aus drei großen Bezirken, welche untereinander in Verbindung stehen. Wir unterscheiden demnach: die Venen des Hodens, des Nebenhodens und der Hüllen. Die Vena spermatica interna bildet den Hauptabfluß des Blutes aus dem Hoden und Nebenhoden, durch Vermittlung des Plexus pampiniformis, die Vena spermatica externa den Hauptstamm für die Venen der Hüllen. Nach dem Austritte aus dem Hoden und Nebenhoden vereinigen sich die Venae testiculares und Venae capitis epididymitis zu einem dichten Venengeflecht, dem Plexus pampiniformis s. spermaticus, welches sich allmählich durch Zusammenfluß mehrerer Venen reduziert. Die Vena spermatica interna mündet rechts in die Vena cava inferior, links in die Vena renalis sinistra.

Der Samenleiter (Ductus s. Vas deferens) beginnt am Schwanze des Nebenhodens, steigt am hinteren Rande des Hodens medianwärts neben der Epididymis empor und erreicht etwas oberhalb der Mitte des Hodens seine definitive Stärke, die eines Rabenfederkiels. Von hier steigt er in gestrecktem Verlauf innerhalb des Samenstranges im Leistenkanal bis zu dessen abdominaler Öffnung empor. Dieser Abschnitt ist die Pars ascendens des Ductus deferens.

Der Vervollständigung halber erwähne ich noch, daß der Hoden und Nebenhoden reich an zahlreichen oberflächlichen und tiefen Lymphgefäßen ist und Nerven, welche mit feinen Geflechten die Gefäße umspinnen.

Der Samenleiter (Ductus s. Vas deferens) ist ein von Schleimhaut ausgekleideter Kanal, welcher von Bindegewebe in dichter Lage und glatten Muskelfasern gebildet ist.

Mechanismus der Torsion.

Wenn wir die anatomischen Verhältnisse des Hodens, Nebenhodens und Samenstranges in Betracht ziehen und den Descensus testiculi in seinen verschiedenen Stadien vor Augen behalten, erleichtern wir uns die Erklärung, auf welche Weise die Torsion des Samenstranges zustande kommen kann. Die Torsion kommt leichter zustande und ist in der Tat auch öfters beobachtet worden beim verspäteten Descensus testiculi, d. i. wenn der Hoden nicht im fötalen Leben herabgestiegen ist, wenn er den Weg in den Hodensack erst im extrauterinen Leben zurücklegen muß. In diesem Falle kommt die Torsion des Samenstranges noch im Leistenkanal oder dicht unterhalb des äußeren Leistenringes vor. Die Torsion ist aber auch bei normal gelagerten Hoden, also im Hodensacke beobachtet worden. Dagegen ist mir kein Fall von Torsion bei einem noch in der Bauchhöhle befindlichen Hoden bekannt.

Sebileau unterscheidet zwei Arten der Torsion. In dem Falle, wenn der Hoden ohne Rücksicht auf seine Lage mit den Hüllen gedreht wird, nennt er es bistournage accidentel, im zweiten Falle, wenn die Torsion im Innern der Hülle entsteht, nennt er es volvulus du testicule. Es werden auch noch Fälle von unvollständiger Torsion des Samenstranges beschrieben, die sich mit Schwellung des Hodens, Schmerzen etc. manifestieren [1]), welche Symptome aber spontan schwinden, ohne solche Störungen zu verursachen, wie sie bei der Torsion des Samenstranges vorkommen. Die Ursachen, welche die Torsion des Samenstranges hervorrufen, ihr klinisches Bild und die therapeutischen Maßnahmen bleiben dieselben, ob wir

Fig. 1.

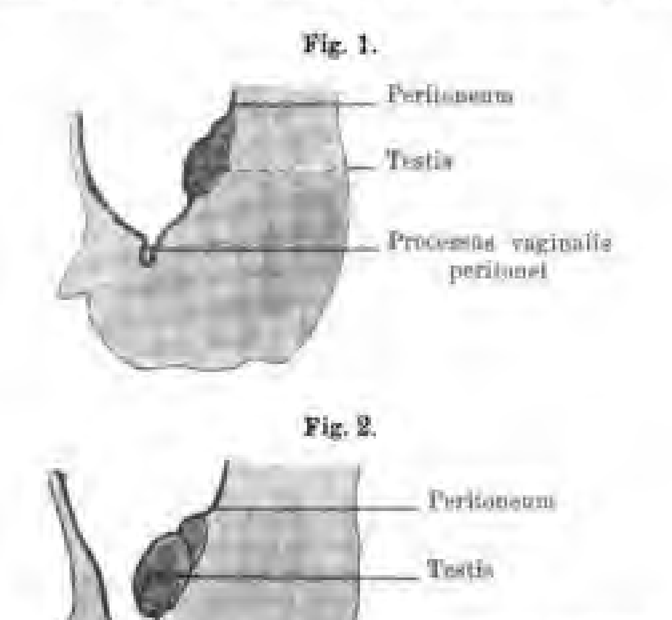


Fig. 2.

Fig. 3.

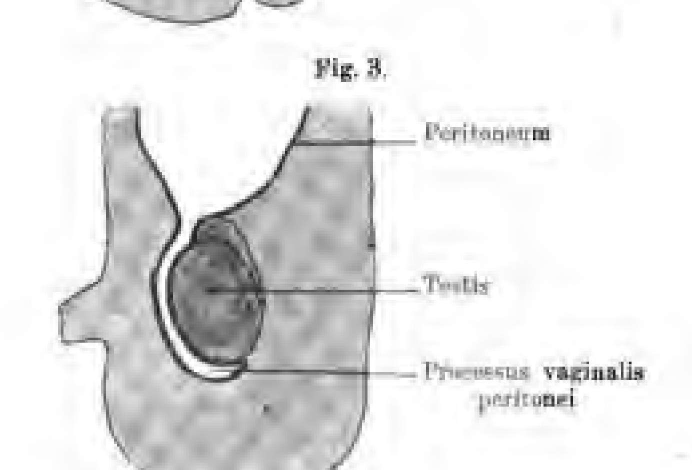
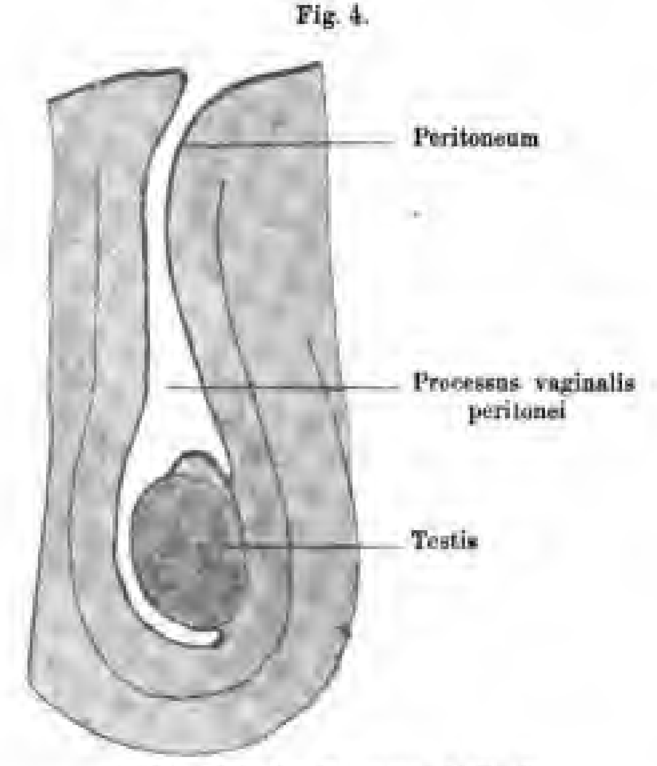


Fig. 4.

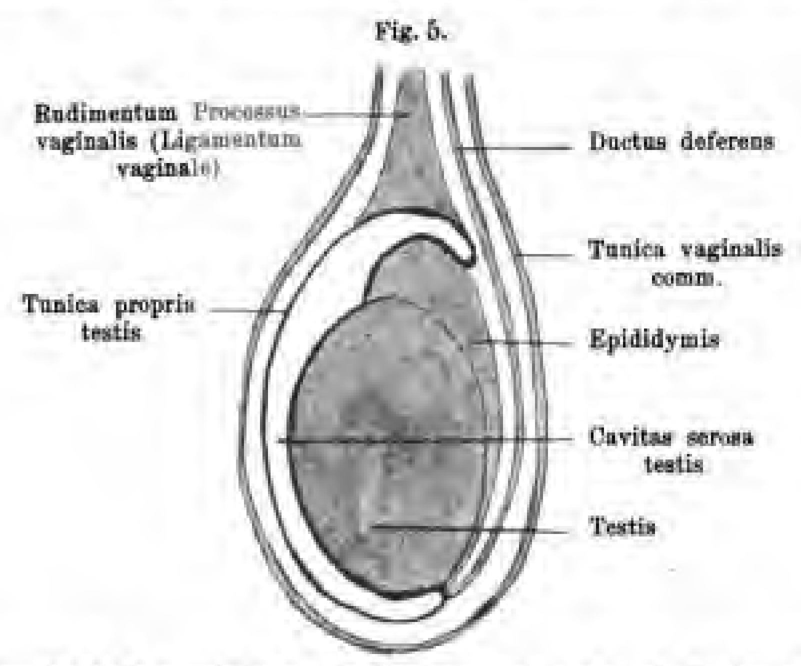


Schema für den Descensus testiculi.

[1]) Mohr, Über unvollständige Torsion des Samenstranges mit spontanem Rückgang („Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 43).

es mit der einen oder der anderen Abart im Sinne SEBILEAUS zu tun haben, so daß man den Unterschied erst bei der Operation findet, deshalb werde ich hier nur die Torsion im allgemeinen besprechen und etwaige Abweichungen bei der Wiedergabe der Krankengeschichten berücksichtigen. Ich habe die Bezeichnung Torsion des Samenstranges beibehalten und nicht Torsion des Hodens nach LAUENSTEIN genannt.

Fig. 5.



Schema für die Lageverhältnisse der Tunica propria testis, mit Tunica vaginalis communis, dem Ductus deferens und dem Rudimentum des Processus vaginalis.

Die Bezeichnung Torsion des Samenstranges gebrauchen fast alle Autoren und man findet in Wirklichkeit den Samenstrang wie einen Strick gedreht und im Hoden als auch im Nebenhoden eine Schwellung und hämorrhagischen Infarkt, wenn auch mit Lageveränderung begleitet.

Auf den Figuren 1, 2, 3, 4 ist der Descensus testiculi schematisch dargestellt, Fig. 5 gibt das Schema über die Lageverhältnisse der Tunica propria testis zur Tunica vaginalis communis, dem Ductus deferens und dem Rudimentum des Processus vaginalis. Die Cavitas serosa testis ist von der Tunica propria testis begrenzt. Auf Fig. 6 sehen wir die Hüllen des Samenstranges und des Hodens, und zwar linkerseits im fötalen Zustande, wo der Processus vaginalis mit der Bauchhöhle kommuniziert, rechts der Zustand nach der Geburt, wo der Processus vaginalis geschlossen ist und ein Rudimentum processus vaginalis peritonei bildet. Bei der Wiedergabe der Krankengeschichten werde ich die Fälle hervorheben, in denen der Processus vaginalis mit der Bauchhöhle frei kommunizierte.

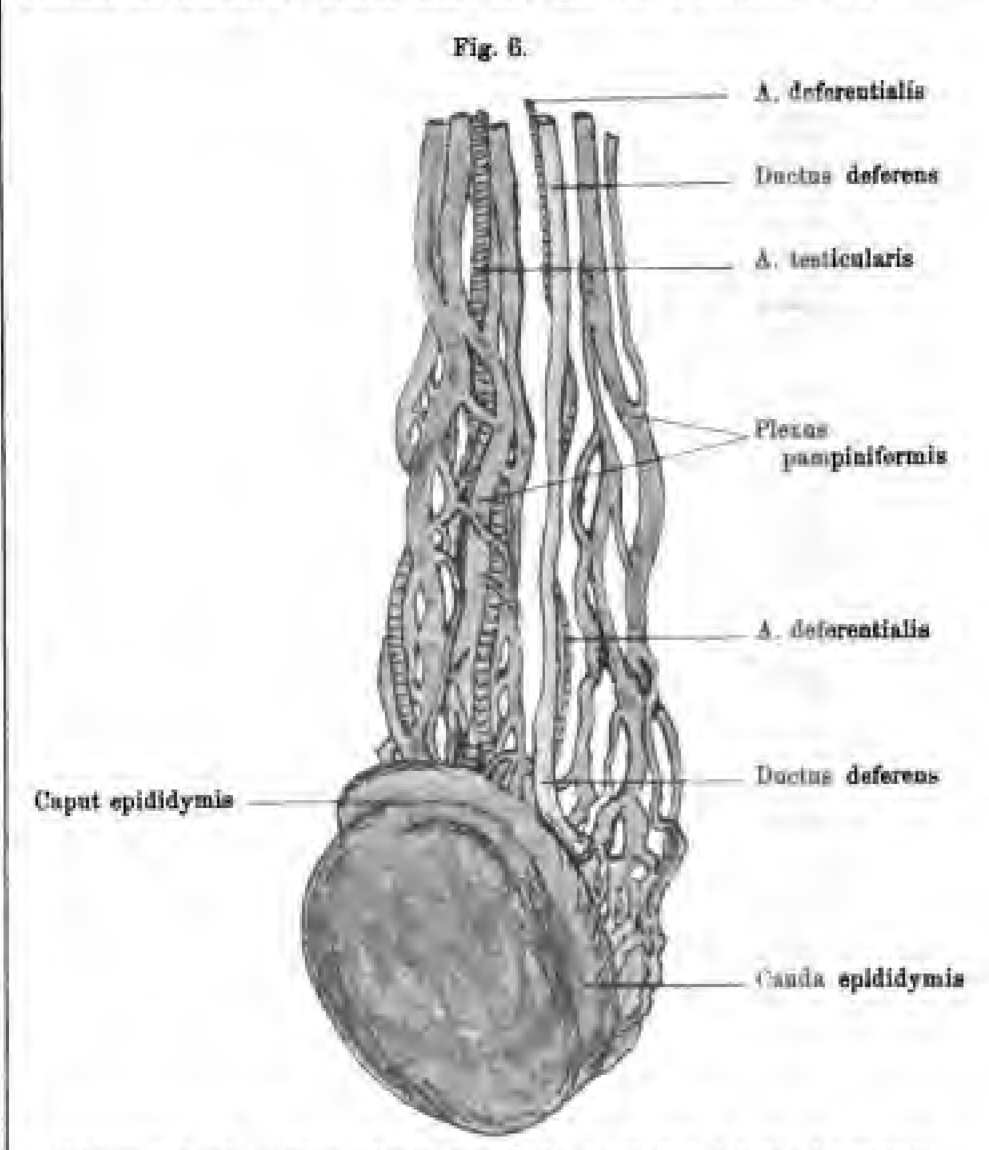
In der Regel vollzieht sich nun der Descensus testiculi noch im fötalen Leben (im 8. Monate). Der Hoden tritt aus der Lendengegend in den Hodensack herunter, er stößt die Fascia transversalis vor sich und zieht das Peritoneum nach. Die Gefäße, Nerven, das Vas deferens und die Muskeln, welche den Samenstrang bilden, dehnen sich aus, gleichzeitig schwindet das zum Boden des Hodensackes ziehende Gubernaculum Hunteri.

Es kommt nun vor, daß sich die einzelnen Bestandteile des Samenstranges in verschiedenen Stadien der Entwicklung befinden und daß ihre gegenseitige Lagerung wechselt. Der Hoden ist im Hodensacke durch die von lockerem Bindegewebe ausgefüllte Peritonealfalte, dem Mesorchium, befestigt, daher ziemlich beweglich und es zieht ihn der sich kontrahierende Muskelkremaster herauf. Wenn nun der Hoden beim Heraufsteigen eine Wendung um seine Längsachse macht, wird infolge Knickung der Venen der Rückfluß des Blutes erschwert und es bildet sich vor allem eine passive Hyperämie im Hoden und Nebenhoden, welche nach ENDERLENS Experimenten binnen 22 Stunden zur Nekrose und Atrophie des Hodens führt.

Wenn sich der Descensus testiculi im fötalen Leben nicht vollzog, sondern in späteren Jahren zustande kommt, ist beim Passieren des Leistenkanals die Gelegenheit zur Torsion des Samenstranges geboten. Infolge irgend eines Traumas kann sich der Hoden im Leistenkanale um seine Achse drehen und die oben angeführten Veränderungen herbeiführen. Erleichtern kann dieses Vorkommen, wenn der Samenstrang in zwei gesonderte Stränge geteilt ist, und zwar in die Deferensgruppe und Gefäßgruppe. Ich habe Gelegenheit gehabt, mehrmals eine solche Teilung des Samenstranges bei Radikaloperationen von Leistenbrüchen zu beobachten. Der Ductus deferens verlief einige Male von den Gefäßen getrennt mehr nach innen oder außen von ihnen, manchmal über die Vorderfläche des Bruchsackes quer über ihn herüber. Es kam auch vor, daß der Ductus deferens den Samenstrang nicht bis an den inneren Leistenring begleitete, sondern schon am äußeren Bruchringe gegen die Pars prostatica der Harnröhre abbog und so kurz war, daß ich ihn nach BASSINI nicht verlagern konnte. Abnormitäten im Verlaufe des Ductus deferens fand ich auch in einzelnen, unten angeführten Krankengeschichten verzeichnet.

BRAMANN [2]) fand manchmal bei Kryptorchismus, daß sich der Samenleiter (Ductus deferens) vom Nebenhoden gegen den Hodensack herabsenkte und dann wieder zum Leistenkanale heraufstieg. Auch fand er, daß der Processus vaginalis

Fig. 6.



Schematische Darstellung des linken Hodens mit dem Inhalte des Samenstranges (aus WALDEYER).

vollkommen ausgebildet ist, ungeachtet eines verspäteten Descensus testiculi. Diese Verhältnisse können das Entstehen einer Torsion des Samenstranges fördern. BRAMANN berichtet weiter: Wenn ferner der im Herabsteigen begriffene Hoden bei fast oder ganz entwickeltem Processus vaginalis dauernd in einiger Entfernung vom Grunde desselben fixiert bleibt und später allmählich vermöge seiner Schwere herabsinkt, so

[2]) „Archiv f. klin. Chirurgie", 1890, Bd. 40, pag. 137.

zieht er sein Mesorchium mit den Elementen des Samenstranges ebenfalls dorthin aus und kann schließlich an einem mehr oder weniger isolierten Stiel frei in die Höhle des Processus vaginalis hineinhängen. Wenn also der Hoden unter normalen Verhältnissen durch ein Mesenterium, hier Mesorchium genannt, fest an seinem Platze fixiert ist, ist die Bauchfellfalte unter diesen pathologischen Verhältnissen länger, fast in Form eines Stieles ausgezogen. Wir haben es also mit einem Überschusse, nicht mit einem Mangel an Mesorchium zu tun.

Eine interessante anatomische Beschreibung fand ich bei LAUENSTEIN. In seinem Falle ist der Descensus testiculi nicht vollendet worden, der rechte Hoden ist auf seinem Wege zum Skrotum stecken geblieben. Auch der Processus vaginalis hatte sich noch nicht in die rechte Skrotalhälfte gesenkt. Dementsprechend ist es zur Bildung eines äußeren Leistenringes gar nicht gekommen, während der innere Leistenring sich bereits wieder geschlossen hat.

Wenn wir nun noch berücksichtigen, daß der Ductus deferens seinen ihn begleitenden Muskel hat, den Musculus cremaster funicularis, und daß sich am Samenstrange der Musculus cremaster befindet, welcher ihn in vier Fünfteln umgibt, so ist es erklärlich, daß bei getrenntem Verlaufe der Deferensgruppe und der Gefäßgruppe nicht gleichmäßige Kontrakturen der Muskeln eine Drehung des Samenstranges um seine Achse erleichtern können. Nachträgliche Blutstauung im Plexus pampiniformis besorgt das weitere, insbesondere wenn der Hoden wegen Kürze des Mesorchiums sehr beweglich war und etwa so hing, wie das Herz im Herzbeutel. Ein zu langes Mesorchium kann ebenfalls eine abnorme Beweglichkeit des Hodens bedingen.

Es wird daher allgemein zugegeben:

1. daß ein verspäteter Descensus testiculi das Zustandekommen einer Torsion des Samenstranges begünstigt.

2. Die unmittelbare Ursache der Torsion kann ein Trauma, Sprung, Fall, Heben von Lasten, die Bauchpresse etc. sein.

3. Das klinische Bild der Torsion tritt gewöhnlich unter den Erscheinungen eines eingeklemmten Bruches auf.

4. Folgen der Torsion sind Hyperämie mit nachfolgender Nekrose oder Atrophie des Hodens.

Interessant sind die Schlußfolgerungen, zu welchen MIFLET auf Grundlage von 18 Versuchen an Hunden über die pathologischen Veränderungen des Hodens, welche durch Störungen der lokalen Blutzirkulation veranlaßt wurden, gekommen ist. Er stellt sie in folgenden Sätzen zusammen:

„Die Arteria spermatica interna hat für den Hoden die Bedeutung einer Endarterie im COHNHEIMschen Sinne.

Die Unterbrechung der Blutzufuhr durch die Arteria spermatica interna, sei es durch Unterbindung, sei es durch Embolie, ist rasch von der Bildung hämorrhagischer Infarkte gefolgt. Diese Infarkte nehmen vorwiegend die oberflächlichen Schichten des Hodens ein.

Das Drüsengewebe des Hodens ist gegen jede Störung der Blutzirkulation in den Gefäßen des Samenstranges ungemein empfindlich, nicht nur bei gleichzeitiger Unterbrechung der Blutzufuhr seitens der Arteria spermatica interna und Behinderung des Abflusses durch die Venen des Samenstranges, sondern auch, wenn letztere Zirkulationsstörungen einzeln für sich auftreten. Stets zerfällt das Drüsengewebe rasch, so daß ein Schwund des Hodens die Folge ist. Derselbe vollzieht sich unter mehr oder minder starker Gewebswucherung.

Der Nebenhoden, welcher durch die Arteria deferentialis versorgt wird, wird durch Unterbrechung der Zirkulation in der Arteria spermatica interna nicht oder weniger schwer (Embolie) alteriert.

Wird jedoch die Blutzirkulation gleichzeitig in der Arteria spermatica und deferentialis unterbrochen, so zerfällt auch das sezernierende Gewebe des Nebenhodens total."

Im Einklange mit den Experimenten MIFLETS ist die Beobachtung ESTORS (Krankengeschichte 41). Er fand bei der Operation, daß der Samenstrang in zwei Bündel geteilt war, von denen nur die Gefäßgruppe von der Torsion betroffen war, der Samenleiter (Vas deferens) nahm mit seinen Gefäßen an der Torsion nicht teil. Die Folge davon war Blutüberfüllung des Hodens, der Nebenhoden blieb normal.

An der Torsion des Samenstranges um seine Längsachse beteiligt sich auch der Gesamthoden, welcher sich um seine Achse dreht.

Ein Fall von Urtikaria auf Grund psychischer Störung.

Von **Dr. Jan Kučera,** Groß-Seelowitz.

Bekanntermaßen gehört Urtikaria zu denjenigen Erkrankungen der Haut, welche auf den verschiedenartigsten Ursachen beruhen.

Die ursprüngliche Form derselben, der Nesselausschlag im strengsten Sinne, entsteht nach Berührung der Haut mit den Brennhaaren einer der bei uns einheimischen Urtizineen, nämlich Urtica urens oder U. dioica, und darf wohl als Ausdruck der Einwirkung des in den Brennhaaren der genannten Pflanzen enthaltenen giftigen oder reizenden Stoffes aufgefaßt werden. Hieran reihen sich dann Fälle, in welchen als Krankheitserreger die in verschiedenen Schutzvorrichtungen tierischer Körper (Raupenhaare, Insecktendrüsen u. ähnl.) enthaltenen Stoffe wirksam waren. Die bekannte Tatsache, daß manche Leute nach dem Genusse von Krebsen, Austern oder bestimmten Fischarten einen Nesselausschlag bekommen, dürfte als dritte Gruppe dieser Erkrankung dahin aufzuklären sein, daß auch in den Körpern dieser genossenen Tiere bestimmte reizende Stoffe als Schutzmittel noch bei Lebzeiten sich entwickelt hatten, mit den zum Essen vorbereiteten Tierkörpern genossen in den Digestionstrakt gelangten, hier resorbiert auf das für sie empfindliche Organ des menschlichen Körpers, nämlich die Haut, mit dem Blut- und Lymphstrome propagiert wurden und daselbst auch ihre krankheitserregende Wirkung entfalteten. Daß diese Wirkung nur bei einzelnen Individuen auftritt, muß dahin erklärt werden, daß entweder diese Individuen gegen die betreffenden reizenden bzw. Giftstoffe eine Idiosynkrasie haben oder aber in ihrem Organismus der zur Unschädlichmachung dieser Giftstoffe wirksamen Schutzvorkehrungen entbehren. Ähnlich wären auch diejenigen Fälle zu erklären, in welchen die Urtikaria nach dem Genusse von bestimmten Früchten oder nach Einnahme bestimmter Medikamente auftritt. Eine weitere Gruppe bilden dann die Fälle chronischer Urtikaria bei verschiedenen Konstitutionsanomalien des ganzen menschlichen Körpers (so bei Diabetes, Dysmenorrhöe, Puerperalkrankheiten und auch beginnender Syphilis), wo eine Dystrophie der Haut als nächstliegende Ursache aufzufassen wäre. Sodann schließt sich an die Gruppe jener Fälle, wo eine subjektive und individuelle Hyperäthesie der Haut und eine Angioneurose die causa morbi bilden, wo sodann unter Hinzutritt eines ganz unbedeutenden, sonst gleichgültigen Reizes das Krankheitsbild zum Vorscheine kommt.

Selbst bei dieser Klassifizierung bleiben noch viele Fälle, die sich sehr schwierig oder vielleicht gar nicht in diese Gruppen einreihen lassen. Es ist eben das Leben zu sehr mannigfaltig, die Reihe der Individuen in jeder Beziehung und auch in bezug auf Krankheitserscheinungen zu unendlich, so daß immer und immer neue Arten und Abarten vorkommen, die von den bisher bekannten in mancher, wenn auch nicht wesentlicher Richtung sich unterscheiden.

Als Beleg hierfür dürfte nachstehender, in meiner Praxis vorgekommener Fall dienen:

Am 19. Juli d. J. kam in meine Ordination M. C., 13jährige Schülerin in S., Tochter aus einer mir bekannten Familie. Dieselbe ist ein kräftig entwickeltes Mädchen, hatte im ersten Lebensjahre eine Darmentzündung und bald darauf eine Furunkulosis überstanden, war aber seither stets gesund. Am 22. Mai l. J. war ihre 10jährige Schwester an Diphtherie erkrankt und da eine Isolation nicht durchzuführen war, habe ich der Kranken 1000, ihren Geschwistern (darunter auch der 13jährigen M.) je 300 Antitoxineinheiten PALTAUFschen Serums subkutan injiziert; die Kranke genas, die präventiv behandelten Geschwister blieben alle gesund. In keinem dieser Fälle kam an der Injektionsstelle ein Erythem oder eine sonstige lokale Reaktion zum Vorscheine. Am 19. Juli erlitt das Mädchen im Garten einen Stich in die Fingerbeere des rechten Mittelfingers, konnte aber nicht angeben, was für ein Insekt sie gestochen habe, da dasselbe sofort fortgeflogen war. Am Stichorte empfand sie einen großen Schmerz, und da sie schon öfters hörte, daß Leute nach einem Insektenstiche an Blutvergiftung gestorben waren, überfiel sie die Befürchtung vor ähnlichem Schicksale und sie begann sofort den gestochenen Finger in kaltem Wasser zu baden und abzureiben. Aber schon nach wenigen Minuten bemerkte ihre herbeigeeilte Mutter, daß das Mädchen an der linken Gesichtshälfte tiefrot sei und daß diese Röte sich weiter ausbreite, und schickte sie deshalb sofort zu mir. Im Ordinationszimmer bemerkte ich an dem Mädchen einen auffallend verstörten Gesichtsausdruck, Puls beschleunigt, ziemlich stark, mitunter arhythmisch, die Körpertemperatur und Atmung normal. Am Gesichte ziemlich konfluierende Quaddeln von Linsengröße bis wulstförmig, wenig über das Niveau erhaben, zwischen den einzelnen Quaddeln und um sie herum ein etwa 5 *mm* breiter Hof von intensiver Röte. Während mir die Kranke die Entstehung und bisherige häusliche Behandlung ihrer Krankheit schilderte, sah ich deutlich, wie sich der Ausschlag vom Gesichte auf den Hals, dann auf den Thorax und auf die oberen Extremitäten ausbreitete und förmlich unter den Augen weiterkroch. An dem Finger, wo der Insektenstich erlitten wurde, und auch an der betreffenden Hand war die Haut ganz normal und die Stelle des Insektenstiches mit freiem Auge gar nicht wahrzunehmen. Ich sah mich veranlaßt, die Krankheit einzig und allein als eine durch psychischen Angstwahn verursachte Angioneurose aufzufassen und habe deshalb auch die vom Ausschlag befallene Haut bloß mit Borsalbe leicht bestrichen und der Kranken unter Hervorhebung der kühlenden Wirkung der Salbe recht nachdrücklich eingeredet, daß eine Blutvergiftung nicht vorliege, der Ausschlag werde verschwinden, und ihr auch angeraten, sie solle nur mit dieser Salbe die befallenen Stellen weiter bestreichen, bis der Ausschlag ganz verschwunden sein werde. Tatsächlich war nach kaum einer Stunde die Haut am ganzen Körper des Mädchens wieder vollkommen normal und hat sich in der Folge weder an der Einstichstelle noch sonst wo eine krankhafte Erscheinung wahrnehmen lassen; das Mädchen ist auch sonst vollkommen gesund geblieben.

Durch diesen Verlauf halte ich meine Ansicht über die Ursache der Erkrankung für erwiesen, denn es kann doch durch die von mir verordnete Applikation der offizinellen Borsalbe eine kausale Heilung der Urtikaria als organischer Hauterkrankung, insbesondere in der Zeit von kaum einer Stunde absolut nicht herbeigeführt worden sein. Vielmehr muß die zum Ziele führende Behandlung der Angioneurose in der von mir angewendeten und durch die kühlende Wirkung der Borsalbe unterstützten Suggestion erblickt werden, welche allerdings einen geradezu glänzenden Erfolg erreicht hat.

Die eigentliche Krankheitsursache muß in der psychischen Störung erblickt werden, in welche das Mädchen durch den Gedanken und die Furcht versetzt worden war, daß infolge des erlittenen Insektenstiches eine tödlich verlaufende Blutvergiftung sich bei ihr entwickeln könnte.

Ich halte diesen Fall für hinreichend interessant, um durch dessen Publikation eine wissenschaftliche Ausnützung meiner Wahrnehmung anzuregen.

Aus der III. medizinischen Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Zur Therapie des Rheumatismus.

Von **Dr. Hugo Gerber**, Assistent und derzeit Leiter der Abteilung.

(Schluß.)

Fall VIII. Polyartikulärer Gelenkrheumatismus, mittelst Rheumasoleinreibungen innerhalb 14tägiger Behandlung geheilt.

Anna B., 18 Jahre alt (J.-Nr. 13.034), erkrankte anfangs Mai im Anschluß an eine Erkältung mit Schmerzen in beiden Knöchel-, Knie- und Schultergelenken, zeitweilig auch Schmerzen und Stechen in der Herzgegend. Wegen zunehmender Schmerzen und beginnender Gelenkschwellung kommt Patientin am 16. Mai zur Aufnahme. Die Untersuchung ergab bei normalem internen Befund teigige Infiltration an beiden Knöchelgelenken, vorwiegend die Außenseite betreffend. Ferner Rötung und Schwellung der Kniegelenkgegend und Schmerzen und Bewegungsbehinderung in den Schultergelenken, besonders links. — Patientin erhielt nun durch mehrere Tage abends eine gründliche Einreibung mit Rheumasol im Bereiche der befallenen Gelenke. Die Rötung und Schwellung ließ nach wenigen Tagen nach, ebenso waren die Schmerzen in der rechten Schulter geschwunden, aber die linke Schultergelenkgegend zeigte noch immer Veränderungen in den Konturen und beträchtliche Beweglichkeitseinschränkung, vorwiegend bei Bewegung nach rückwärts, sowie erhöhte Hauttemperatur und große Schmerzhaftigkeit. Infolgedessen erhielt Patientin eine Einwicklung der linken Schulter mit in Rheumasol getränkter Gazekompresse, darüber Watte, Billrothbatist und Fixation mit leicht adduziertem, im Ellbogen gebeugten Oberarme. Bereits am folgenden Tage war eine wesentliche Erleichterung bemerkbar, die Behandlung wurde nach 24stündiger Pause wiederholt. Die Beweglichkeit war zu dieser Zeit aktiv noch sehr eingeschränkt. Erst am folgenden Tage, nach Abnahme des wieder 12 Stunden gelegenen Kompressenverbandes, zeigt sich eine bedeutend bessere Beweglichkeit sowie größere Schmerzfreiheit. Die übrigen ursprünglich befallenen Gelenke waren bereits vollkommen schmerz- und aktionsfrei. Nach drei weiteren Rheumasoleinreibungen hatte auch das linke Schultergelenk die ursprüngliche Konfiguration wieder erlangt, die Exkursion im Gelenke sowohl aktiv als passiv vollständig frei und ohne Schmerzen ausführbar. Die Haut, noch immer verfärbt und pergamentartig verändert, zeigte leichte Schuppung, aber keine Rötung, sondern war weich und geschmeidig. Patientin wurde nach Ablauf von 14 Tagen seit der Aufnahme als geheilt entlassen.

Fall IX. Akuter Gelenkrheumatismus mit toxischem Exanthem an Brust und Oberschenkeln, akute Endokarditis an der Mitralklappe.

Josef H., 17 Jahre alt, Hausknecht (J.-Nr. 11.959, P.-Nr. 205), erkrankte Ende April 1905 unter Fiebererscheinungen anfangs mit Schwellungen und Schmerzen in beiden Handgelenken, später in beiden Knöchel- und Kniegelenken, zuletzt in den Schultergelenken. Die Gelenke waren teils angeschwollen, teils nur die Haut darüber gerötet.

Gleichzeitig bestand Herzklopfen. Anamnestisch war es die erste Erkrankung. Potus, 2 *l* Bier und $^1/_2$ *l* Wein täglich zugestanden. Patient kam am 6. Mai zur Aufnahme. An Brust und Oberschenkeln, besonders der Streckseite des rechten, ein großfleckiges Erythem mit verwaschenen Konturen über die Oberfläche der Haut erhaben mit lichterem Zentrum.

Die Untersuchung des Herzens und der Gefäße ergab eine mäßige Verbreiterung der Herzdämpfungsfigur bis zur Mitte des Sternums. Spitzenstoß im IV. Interkostalraum, 1 Querfinger außerhalb der konstruierten Mammillarlinie. Die obere Grenze der Dämpfungsfigur an den unteren Rand der 3. Rippe heranreichend. Die gesamte Herzgegend in der Systole durch deutlich sichtbaren Spitzenstoß diffus erschüttert. An der Herzspitze und präkordial ein systolischer Ton, folgendes langes systolisches Geräusch, leiser zweiter Ton hörbar. Über der Arteria pulmonalis klappender zweiter akzentuierter Ton, das an den ersten Ton anschließende Geräusch kürzer

und leiser als an der Spitze. Die Geräusche haben weichen Charakter. Der Radialpuls ist arhythmisch. Frequenz erhöht auf 96—108, Spannung normal.

Lungenbefund normal, kein Milztumor.

Das linke Kniegelenk geschwollen, die Haut darüber gerötet, weist deutliches Ballotement auf, ferner ist das linke Handgelenk und die kleinen Gelenke des linken Zeigefingers geschwollen; die Gelenke der rechten Hand und das rechte Kniegelenk, sowie beide Schultergelenke zur Zeit der Aufnahme frei und vollkommen beweglich.

Die befallenen Gelenke wurden nunmehr abends sorgfältig mit Rheumasol eingerieben und die Einreibung am nächsten Tage wiederholt. Am dritten Tage seit Einleitung der Behandlung war der Befund folgender: Das Erythema toxicum am Thorax vollkommen abgeblaßt, am rechten Oberschenkel noch deutlich sichtbar. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Handgelenkes und der Gelenke des Zeigefingers geschwunden. Beweglichkeit bei geringer Schmerzhaftigkeit fast normal.

Die Schwellung des linken Kniegelenkes bedeutend geringer, subjektives Befinden gebessert. Kein Herzklopfen. Temperatur annähernd normal. Die Therapie mit Rheumasoleinreibungen wird fortgesetzt, nach 4 Tagen ist die Schwellung des linken Kniegelenkes fast vollkommen geschwunden. Die übrigen ursprünglich befallenen Gelenke frei, ohne Schmerzhaftigkeit gut beweglich, das Erythem auch am Oberschenkel vollkommen geschwunden. Die Rheumasoleinreibungen des linken Kniegelenkes werden nunmehr nur jeden 2. Tag vorgenommen. Die Schwellung des linken Kniegelenkes nimmt, da Patient Gehversuche machte, unter Temperatursteigerung auf 37·6° und erhöhter Schmerzhaftigkeit wieder etwas zu, nach zwei weiteren an aufeinanderfolgenden Tagen vorgenommenen Rheumasoleinreibungen kehrt normale Beweglichkeit des Gelenkes bei normaler Konfiguration der Gelenkgegend wieder, welche innerhalb der nächsten Wochen auch nach Aussetzen der Rheumasolbehandlung und längerem Verweilen des Patienten außerhalb des Bettes anhält. Die pergamentartige Haut über dem durch längere Zeit mit Rheumasol behandelten Gelenke beginnt sich in Schuppen und Fetzen abzulösen. Sämtliche erkrankten Gelenke sind vollkommen beweglich und schmerzfrei. Der Befund am Herzen nur wenig geändert. Allgemeinbefinden des Patienten unverändert gut.

Fall X. Polyartikulärer Gelenkrheumatismus, vorwiegend in den kleinen Handwurzeln und Fingergelenken lokalisiert. Rasche Besserung auf Rheumasoleinpackungen.

Franziska S., 30 Jahre alt, Hilfsarbeiterin (J.-Nr. 13.681, P.-Nr. 116), gelangt am 22. Mai 1905 zur Aufnahme. Anamnestisch gibt Patientin einen vor zirka 12 oder 15 Jahren überstandenen Rheumatismus an. Mitte März erkrankte sie akut an Angina, bald danach traten Schmerzen und Schwellungen in den Gelenken der unteren Extremitäten, in der rechten Schulter und der rechten Hand auf. Gleichzeitig stellten sich auch Herzbeschwerden ein.

Bei der Aufnahme ergab die Untersuchung bei normalem Lungenbefund am Herzen eine Verbreiterung der Dämpfungsfigur nach rechts bis fast 1 Querfinger über den linken Sternalrand, während andrerseits der Spitzenstoß nach außen disloziert, ungefähr fingerbreit außerhalb der konstruierten Mammillarlinie tastbar und leicht hebend auch sichtbar ist. Dortselbst ein systolisches Geräusch wahrnehmbar, welches, gegen die Basis an Intensität abnehmend, über der Pulmonalarterie nicht mehr hörbar ist; Akzentuation des zweiten Pulmonaltones. Pulsfrequenz normal. Körpertemperatur auf 37·8° erhöht. Beide Knöchel- und Kniegelenke mäßig geschwollen, zeigen erhöhte Druckempfindlichkeit. Ferner das rechte Schultergelenk geschwollen und bei Bewegung schmerzhaft. Am rechten Handrücken teigige Infiltration der Haut, die Fingergelenke sämtlich geschwollen und Bewegungen wegen Schmerzen nicht ausführbar. Patientin erhält ausgiebige Einreibungen sämtlicher befallener großen Gelenke. Die rechte Hand bis zum unteren Drittel des Vorderarmes wird in einem Rheumasolkompressenverband fixiert. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen, die Einreibungen werden am nächsten Tage wiederholt. Nach einer dritten Einreibung resultiert Abschwellen der Knie- und Knöchelgelenke. Das rechte Schulter- und Handgelenk bleibt noch geschwollen und schmerzhaft, dazu tritt ein neues, mit Temperaturanstieg begleitetes Anschwellen des rechten Ellbogengelenkes. Das Handgelenk erhält den zweiten Kompressenverband. Das Ellbogengelenk wird mit Rheumasol gut eingerieben. Die Schmerzen im Schulter- und Ellbogengelenke sind geschwunden. Temperatur zur Norm zurückgekehrt, das Handgelenk wohl abgeschwollen, aber noch völlig unbeweglich und schmerzhaft. Nach weiteren zwei Rheumasolkompressenverbänden kehrt die Beweglichkeit bei verminderter Schmerzhaftigkeit im Handgelenke wieder. Patientin erhält noch vier Einreibungen mit je einem Tage Pause, bleibt in der Folge andauernd schmerzfrei und im vollkommen unbehinderten Gebrauche der ursprünglich befallenen Gelenke.

Fall XI. Chronischer Adnextumor auf gonorrhoischer Basis, akute fieberhafte Oophoritis.

Josefa M., 22 Jahre alt, Bedienerin (J.-Nr. 13.618, P.-Nr. 115), leidet seit zirka 2 Jahren an Fluor aus dem Genitale, sowie Brennen beim Urinieren, hat früher noch keine Behandlung gehabt. 4 Tage vor ihrer Spitalsaufnahme stellten sich Schmerzen im Bauche, besonders in der linken Unterbauchgegend ein. Im Anschluß an eine Kohabitation beträchtliche Steigerung der Schmerzen, gegen Morgen Schüttelfrost, mit Wiederholung im Laufe des Tages. Die Schmerzen breiteten sich über den ganzen Bauch aus, dabei bestand Übligkeit und Brechreiz. Bei der Aufnahme ist Patientin leicht benommen. Temperatur über 38°, Körperhaut trocken und spröde, Zunge und Lippen trocken, Pulsfrequenz auf 102 erhöht, Atmung beschleunigt. Herz- und Lungenbefund vollkommen normal. Das Abdomen aufgetrieben, hochgradig druckempfindlich, besonders in der linken Unterbauchgegend, Bauchdecken gespannt, Perkussionsschall tympanitisch, Milz- und Leberdämpfung nicht vergrößert. Die gynäkologische Untersuchung ergibt retroponierten fixierten Uterus, links davon kleinapfelgroßen druckempfindlichen Adnextumor (Ovarium), rechts Schwellung der Adnexe, kein Tumor tastbar. Harnuntersuchung ergibt mäßig konzentrierten Fieberharn mit normalen Bestandteilen.

Sogleich erhält Patientin eine ausgiebig mit Rheumasol getränkte Gazekompresse über die ganze Unterbauchgegend, darüber Watte, Billrothbatist und Fixationsverband. Dieser Verband bleibt 24 Stunden liegen. Schon am nächsten Morgen, nach zirka 10stündiger Rheumasolwirkung hat Patientin eine subjektive Erleichterung, die tagsüber anhält, die Temperatur fällt von 38° auf 37°. Nach Abnahme der Kompresse ist die Druckempfindlichkeit des Abdomens wesentlich geringer, links wieder eine derbe Resistenz tastbar. Die Behandlung wird fortgesetzt, und zwar mittelst Anlage einer Rheumasolkompresse für 12 Stunden. Temperatur hält sich andauernd normal. Schmerzen werden nur mehr gering empfunden. Das subjektive Befinden ist sehr gut. Patientin versucht zu sitzen, was ohne Schmerzen möglich ist. Abends neuerlich Anlage einer Rheumasolkompresse. Patientin ist tags darauf fieberfrei und hat keine Schmerzen. Der Fluor wird mittelst Vaginalspülungen behandelt. Patientin ist andauernd schmerzfrei. Die gynäkologische Untersuchung ergibt eine Verkleinerung des im linken Parametrium befindlichen Tumors auf mehr als die Hälfte der ursprünglichen Größe, bei ganz geringer Schmerzhaftigkeit. Patientin ist vollkommen schmerzfrei, außer Bett und wird auf eigenes Verlangen wesentlich gebessert entlassen.

Fall XII. Linksseitiger entzündlicher Adnextumor, nach dem Partus aufgetreten, wesentliche Besserung und Abnahme auf die Hälfte der ursprünglichen Größe nach Rheumasol-Kompressenbehandlung.

Marie H., 23 Jahre alt, Maschinenwärtersgattin (J.-Nr. 8975, P.-Nr. 68), kommt am 3. April 1905 zur Aufnahme; sie gibt an, 7 Wochen vorher entbunden zu haben, seither einen harten „Knollen" in der linken Unterbauchgegend und an dieser Stelle nach oben ausstrahlende Schmerzen zu verspüren. Die allgemeine Untersuchung ergab annähernd normale Befunde, die gynäkologische Untersuchung einen durch die Bauchdecken gut palpablen, wenig beweglichen, zirka mannsfaustgroßen, harten, sehr druckempfindlichen Tumor im linken Hypogastrium. Äußeres Genitale normal. Aus der Urethra auf Druck eitrig-schleimiges Sekret. Deszensus der vorderen

Vaginalwand. Portio klein, erodiert. Uterus leicht vergrößert, anteflektiert, dextrovertiert, das rechte Ovarium und die Adnexe frei. An den Uterus schließt sich, nur durch eine schmale Furche getrennt, nach links ein über mannsfaustgroßer Tumor an, der nur geringe Verschieblichkeit zeigt und in beträchtlichem Grade druckschmerzhaft ist. Die Harnuntersuchung ergibt normalen Befund. Stuhl meist angehalten, Körpertemperatur normal. Haut- und Sehnenreflexe mäßig gesteigert. Patientin erhält nun durch 3 Wochen jeden zweiten Tag einen Rheumasolkompressenverband über der Resistenz in der linken Unterbauchgegend. Schon nach der ersten Woche sind die Schmerzen bedeutend geringer geworden. Ein bedeutenderer Erfolg der Behandlung wird aber erst nach Ablauf der 3. Woche manifest, da die gynäkologische Untersuchung eine beträchtliche Abnahme des harten, früher schmerzhaften, jetzt nur mehr wenig druckempfindlichen Tumors ergibt. In den folgenden 3 Wochen wird der Rheumasolkompressenverband nur jeden 3. Tag angelegt. Die Haut des Abdomens ist gelbbraun, pergamentartig anzufühlen, aber glatt und leicht schuppend. Die Schmerzen haben vollkommen nachgelassen. Patientin hatte innerhalb dieser Zeit die Menses ohne wesentliche Beschwerden. Eine nach Ablauf der sechsten Woche vorgenommene gynäkologische Untersuchung ergibt: Links an den Uteruskörper angelagert ein walnußgroßer, wenig beweglicher, nicht druckempfindlicher, ziemlich harter Tumor. Allgemeinbefinden der Patientin gut. Ernährungszustand während des Spitalsaufenthaltes gebessert. Das Effluvium aus dem Genitale ist geschwunden. Patientin verbringt den Tag schmerzlos außer Bett, wird deshalb als wesentlich gebessert in häusliche Pflege entlassen.

Fall XIII. Chronische Endometritis nach Partus, bei retrovertiertem, fixiertem Uterus. Linksseitiger Adnextumor und Perimetritis posterior acuta.

Katharina St., 28 Jahre alt (J.-Nr. 7625, P.-Nr. 48), ist seit dem letzten Partus vor einem Jahre leidend; so lange besteht Fluor, welcher in der letzten Woche an Intensität zugenommen hat, seither auch Schmerzen in Unterleib und der Kreuzgegend, Magenbeschwerden und Abmagerung. Ferner besteht Stuhlträgheit. Patientin kommt am 20. März zur Aufnahme. Die Untersuchung ergibt vollkommen normalen Befund hinsichtlich der Organe des Thoraxraumes, ebenso normale Verhältnisse finden sich bei der Untersuchung der oberen Abdominalorgane. Die unteren Partien jedoch sind druckempfindlich, besonders in der linken Inguinalgegend.

Der gynäkologische Befund ergibt Vorhandensein eines beträchtlichen Fluors, einen retrovertierten, etwas vergrößerten, nach rückwärts fixierten Uterus; der Versuch, denselben nach vorne aufzurichten, löst heftige Schmerzäußerungen seitens der Patientin aus. Links finden sich die Adnexe als kleinapfelgroßer Tumor. Rechts diffuse, sehr druckempfindliche Resistenz. Dabei besteht mäßige Temperatursteigerung und subjektiv starke, durch Spannungsgefühl und krampfartige Kontraktionen vermehrte Schmerzen. Patientin erhält eine systematisch durchgeführte Behandlung mit Rheumasol in Kompressenform, bei vollkommener Bettruhe. Die mit reichlich Rheumasol getränkten Gazekompressen werden in dicker Lage mit Watte gut bedeckt über die ganze Unterbauchgegend gelegt und mit Billrothbatist gegen zu rasche Verdunstung geschützt fixiert. Die Kompressen bleiben jedesmal 24 Stunden liegen. Anfänglich zeigt sich als alleinige Veränderung im Krankheitsbilde ein Absinken der Temperatur aufs Normale. Die Schmerzen im Kreuz und in der linken Inguinalgegend haben nach Ablauf der ersten 14 Tage nachgelassen. Die gynäkologische Untersuchung ergibt zu dieser Zeit keine wesentliche Veränderung in den linken Adnexen, aber fast vollständige Schmerzlosigkeit im rechten Parametrium und die Möglichkeit, den nach rückwärts gesunkenen Uterus ohne besondere Schmerzäußerungen seitens der Patientin aufzurichten. Die bisherige Behandlung wird daher fortgesetzt. Patientin erhält jeden 2. Tag einen Rheumasolkompressenverband durch 24 Stunden. In den verbandfreien Tagen wird die tiefbraun gefärbte, pergamentartige, teils schuppende, teils sich schälende Haut des Abdomens mit Vaselin abgerieben und gut mit Amylum bedeckt. Jucken oder Ekzem wurde nicht beobachtet. Nach weiteren 14 Tagen ist Patientin vollkommen schmerzfrei, kann sich aufsetzen, versucht bereits das Bett zu verlassen, ohne besondere Beschwerden zu verspüren. Die zu dieser Zeit (Ende April) vorgenommene gynäkologische Untersuchung ergibt: Uterus in Retroposition, aber beweglich. Links auf Druck schmerzlose zirka nußgroße Adnexschwellung, die rechts bestandene diffuse Resistenz ist nicht mehr tastbar. In den folgenden 14 Tagen erhält Patientin wöchentlich je zwei Rheumasolkompressenverbände, somit im ganzen seit Anfang der Behandlung 25 innerhalb 6 Wochen. Bei andauerndem Wohlbefinden wird Patientin Mitte Mai als gebessert entlassen.

Fall XIV. Hämorrhagische Endometritis, chronische Metritis. Beiderseitige Oophoritis.

Marie Cz., 30 Jahre alt (J.-Nr. 8344), gibt an, seit 10 Jahren Unregelmäßigkeit der Menstruation zu bemerken. Vor 6 Jahren und vor 2 Jahren hat Abortus stattgefunden. In der letzten Zeit 14tägige, 6—8 Tage anhaltende Blutungen. Seit mehreren Jahren besteht Fluor und zeitweilig Brennen beim Urinieren. Vor 4 Wochen stärkere Blutung aus dem Genitale, seither anhaltend. Patientin fühlt Schmerzen in beiden Unterbauchseiten und Kreuzschmerzen. Patientin erscheint bei der Untersuchung als leicht anämisch, mit normalem Herz- und Lungenbefund. Die Unterbauchgegend auf Druck schmerzhaft. Der gynäkologische Befund ergibt: Blutiger Ausfluß aus der Scheide. Der Uterus anteflektiert, retroponiert und fixiert, schwer vorziehbar und etwas vergrößert, dabei stark druckempfindlich. Beide Ovarien beträchtlich, das rechte auf Kleinapfelgröße vergrößert und in hohem Grade druckempfindlich. Stuhl angehalten. In den Abendstunden Temperatursteigerungen auf 38°. Patientin wird durch 4 Wochen systematisch einer Rheumasolbehandlung unterzogen, und zwar erhält sie täglich durch 14 Tage einen durch 24 Stunden liegen bleibenden Rheumasolkompressenverband, später durch 14 Tage jeden zweiten Tag einen Rheumasolkompressenverband. Dabei absolute Bettruhe. Die Temperatursteigerung ist nach Ablauf der ersten Woche geschwunden, desgleichen die Druckempfindlichkeit der Ovarialgegend von außen, ferner ist der ursprünglich blutige Ausfluß mehr schleimig-eitrig geworden. Nach Ablauf der 4 Wochen ergibt der gynäkologische Befund eine bedeutende Verkleinerung des rechten Ovariums auf Walnußgröße, das linke fast zur normalen Größe verkleinert, nicht mehr druckempfindlich. Die Parametrien gut austastbar, auf Druck nicht schmerzhaft. Uterus in Anteflexion und retrovertiert; bei Versuchen, denselben aus der ursprünglichen Lage zu bringen, noch empfindlich und schmerzhaft. Der Fluor schleimig, mit mäßiger eitriger Beimengung, keine Kreuzschmerzen. Nachdem Patientin bei einer weiteren 8tägigen Beobachtungsdauer ohne Rheumasolbehandlung andauernd schmerzfrei ist, überdies innerhalb dieser Zeit durch 5 Tage Menstruation ohne besondere Beschwerden hat, wird sie am 11. Mai wesentlich gebessert entlassen.

Auf Grund vorstehender Beobachtungen ist der Schluß gestattet, daß das Rheumasol Hell sich als Antirheumatikum und Resorbens vorzüglich bewährt und ist dessen ausgedehntester Verwendung in der Praxis wärmstens das Wort zu sprechen.

Referate.

WITZEL (Bonn): Wie entsteht die Thrombose der Vena iliaca externa sin. nach der Appendixektomie?

In 3 Fällen von Thrombose der Vena iliaca sin., die im Anschluß an nicht komplizierte Appendizitisoperationen auftraten, konnten dem Verf. die üblichen Erklärungsversuche (Metastasierung, Fortleitung aus dem Gebiete der Pfortader in das Gebiet der Hohlvene, primäre Herzschwäche etc.) nicht genügen; er forschte genau nach und fand, daß als gemeinsames schädigendes Moment in allen 3 Fällen die gleichzeitige Unterbindung der Stämme der Arteria und Venae epigastricae dextrae während der Operation vorhanden war („Zentralbl. f. Chir.", 1905, Nr. 28). In vielen Fällen bleibt nun die Thrombose der V. epigastricae auf die rechte Seite beschränkt und verläuft unbemerkt; in anderen Fällen übergreift sie auf die Vasa epigastrica sinistra und führt dann zur Thrombose der Vena femoralis mit allen Folgeerscheinungen. Um daher die Thrombosierung der Venen zu

verhindern, muß man trachten, den Schnitt so zu führen, daß die Gefäße nicht verletzt werden; es würde sich empfehlen, den Längsschnitt etwas lateral vom äußeren Rektusrande, ohne Eröffnung der Scheide dieses Muskels verlaufen zu lassen. Wenn aber einmal eine Verletzung eines Venenstammes erfolgt, so soll die Vene isoliert (mit Schonung der Arterie) unterbunden werden. Auch darf das Gefäßbündel durch tiefe Nähte nicht mitgefaßt werden, da dies einer vollständigen Ligatur gleichkommt. ERDHEIM.

NARATH (Utrecht): **Über die subkutane Verlagerung des Omentum.**

Sehr leicht kann die Omentopexie in der Weise ausgeführt werden, wie sie seit 2 Jahren von NARATH bei Leberzirrhose geübt wird („Zentralbl. f. Chir.", 1905, Nr. 32). Die Operation wird unter SCHLEICHscher Anästhesie ausgeführt, weil die meistens herabgekommenen Patienten die Narkose nicht gut vertragen. Das Abdomen wird in der Medianlinie dicht über dem Nabel eröffnet; die Aszitesflüssigkeit wird gründlich aus den abhängigen Partien mittelst Katheters entleert; ein zirka 10—15 *cm* langer Zipfel des Netzes wird durch die Peritonealöffnung so vorgezogen, daß das Colon transversum noch in seiner natürlichen Lage bleibt; die Öffnung im Peritoneum wird so weit wieder geschlossen, daß das Netz nicht komprimiert ist und hierauf das Netz am Peritoneum fixiert. Der Netzzipfel wird in eine zu diesem Zwecke links von der Mittellinie gebildete subkutane Tasche hineingelegt, ohne daß bei nicht zu breiter Tasche eine Befestigung des Netzes notwendig wäre; Hautnaht. Wenn die Öffnung im Peritoneum verkleinert wird, kann es zu üblen Zufällen (wie subkutane Verlagerung des Darmes) nicht kommen. ERDHEIM.

FÜSTER (Graz): **Erfahrungen über Spinalanalgesie.**

Die Erfahrungen, die an der Grazer chirurgischen Klinik an 235 Fällen gesammelt wurden, sprechen zugunsten der Spinalanalgesie. Es hat sich gezeigt, daß bei Patienten, die durch langdauernde Krankheitsprozesse, Tuberkulose, chronische Eiterungen, Arteriosklerose, Marasmus, herabgekommen sind, niemals so schwere Störungen des Allgemeinbefindens oder so schädliche Nachwirkungen auftreten, wie sie sonst nach der Inhalationsnarkose vorzukommen pflegen. Bei Patienten mit Lungentuberkulose, bei welchen erfahrungsgemäß im Anschlusse an eine Inhalationsnarkose die Erscheinungen sich häufig verschlimmern, ist die Spinalanalgesie ganz besonders indiziert. Patienten in höherem Alter (der älteste war 83 Jahre alt) haben die Spinalanalgesie sehr gut vertragen („Beitr. z. klin. Chir.", Bd. 46, H. 1). Als Kontraindikation ist nur das Alter unter 10 Jahren und das Bestehen septischer Prozesse zu betrachten. Die Folgeerscheinungen (Erbrechen, Kopfschmerzen, Temperaturerhöhung) waren nur in einer geringen Anzahl der Fälle vorhanden und zudem, mit Ausnahme eines klinisch noch nicht ganz aufgeklärten Falles, nicht bedrohlicher Natur. Hingegen hat in 4·7% der Fälle die Methode überhaupt versagt, und zwar konnte entweder die Punktion überhaupt nicht ausgeführt werden oder es trat trotz der regelrecht ausgeführten Injektion keine Analgesie ein. Verf. spricht die Hoffnung aus, daß es den weiteren Versuchen gelingen werde, die noch vorhandenen Nachteile der Methode ganz auszuschalten. ERDHEIM.

H. WALTHER (Gießen): **Über das Haematoma vulvae et vaginae.**

Diese verhältnismäßig seltene Komplikation tritt in 2 Formen auf: Entweder in Form eines infrafaszial gelegenen Blutergusses, welcher das lockere Bindegewebe der großen Schamlippe mehr oder weniger rasch ausfüllt und von da nach dem Damm und pararektalen Zellgewebe sich ausbreitet, oder in Form des suprafaszial gelegenen Blutergusses, welcher sich nach oben fast unbegrenzt im Beckenbindegewebe, ja sogar retroperitoneal sehr weit ausdehnen kann. WALTHER teilt („Zentralbl. f. Gynäk.", 1905, Nr. 29) ausführlich einen Fall mit, der ein während der Geburt entstandenes, doppelt-faustgroßes, suprafasziales Haematoma vaginae betraf, das sich rasch nach oben ausbreitete und erst nach Spaltung, digitaler Ausräumung der Blutgerinnsel und fester Tamponade zum Stehen zu bringen war. Bei der infrafaszialen Form finden wir: Schmerzhafte Anschwellung der großen Schamlippe mit Verfärbung, intensiven Schmerz, Gefühl von Drängen und Pressen, Unruhe und Anämie; bei der suprafaszialen Form: Fehlen der äußern Anschwellung, aber Drängen nach unten, besonders gegen das Rektum hin sehr deutlich, gleichzeitig Erscheinungen von Anämie, Verlegung des Lumens der Scheide. Die Prognose ist abhängig von der Größe des Blutergusses, von dem Verhalten der Wandung desselben und den etwaigen Folgeerscheinungen. Es kann der Tod eintreten unmittelbar an Verblutung mit und ohne Berstung der Wand, dann an Verjauchung der Geschwulst mit nachfolgender Septikämie, schließlich können Fistelbildungen zurückbleiben, deren Heilung lange Zeit in Anspruch nimmt. Prophylaktisch ist zu starkes Mitpressen zu verbieten, insbesondere bei schon vorhandenem Ödem. Therapeutisch ist bei kleineren, nicht weiter wachsenden Hämatomen exspektatives Verfahren zu empfehlen, wobei insbesondere jede Schädigung der Wand vermieden werden muß; bei wachsenden Hämatomen und anämischen Erscheinungen aktiv-chirurgisches Vorgehen mit Ligatur oder Umstechung spritzender Gefäße, resp. fester Tamponade des Blutsackes. Nach der Inzision darf die Operierte nicht verlassen werden, ehe man sicher ist, daß keine Nachblutung mehr eintritt. FISCHER.

LOSSEN und **MORAWITZ** (Straßburg i. E.): **Chemische und histologische Untersuchungen an bestrahlten Leukämikern.**

In einem Falle von myeloider Leukämie, in dem die Anzahl der Leukozyten durch Röntgenbestrahlung normal geworden war, ging auch die Harnsäureausscheidung von hohen auf normale Werte zurück. Der Quotient N : U stieg von 13 auf 30 („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 83, H. 3 u. 4). Dieses Verhalten macht eine verminderte Neubildung von Leukozyten wahrscheinlich. Selbst bei extremer Leukopenie kann beim Leukämiker, der bestrahlt worden ist, die Harnsäureausscheidung hoch bleiben. Unter dem Einfluß der Bestrahlung kann sich ein annähernd normales Verhalten der Leukozyten im zirkulierenden Blute herstellen; es kann aber auch das Bild der sogenannten aplastischen Leukämie resultieren. Es ist möglich, daß die Röntgenbestrahlung in gewissen Fällen Anlaß zum Eintritt einer anatomisch erkennbaren Hypoplasie der blutbereitenden Organe abgibt. B.

DOERFLER (Weißenburg a. d. S.): **Beitrag zur Behandlung der Pleuritis exsudativa im Verlaufe der Lungentuberkulose.**

Die Wegnahme eines serösen Exsudates bei Lungentuberkulose derselben Seite ist oft von Veränderungen der erkrankten Lungenpartie gefolgt, die wir nur als Heilungsvorgänge deuten können (Festschrift für G. MERKEL, „Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 84). Da jede Pleuritis exsudativa auf Tuberkulose verdächtig erscheint und die Thorakozentese auf die begleitende Tuberkulose oft heilsam wirkt, soll bei begründetem Verdacht auf gleichzeitig bestehende Lungentuberkulose jedes Exsudat nach zirka achttägigem Bestehen durch Thorakozentese beseitigt werden. Auf experimentellem Wege wäre zu prüfen, ob nicht manche Fälle von Lungentuberkulose durch künstliche Schaffung eines Hydrothorax und rechtzeitige Wegnahme desselben der Heilung näher gebracht werden könnten. B.

I. F. SIEMATZKI (St. Petersburg): **Beitrag zur Frage der raschen Steinbildung in der Harnblase.**

Der Fall betrifft einen Patienten, der an chronischer gonorrhoischer Entzündung der Pars prostatica urethrae und Harnretention litt. Im Oktober vorigen Jahres wurde dem Patienten vom Arzte in die Harnröhre ein Katheter eingeführt, aber nur ein Teil des Katheters wieder nach außen befördert: es war ein alter und brüchiger Katheter. Die Harnentleerung wurde hierauf schmerzhaft. Nach 2 Monaten begannen mit dem Harn kleine Steinchen (Harngrieß) abzugehen. Am 30. September 1904 haben die Krankheits-

erscheinungen ihr Maximum erreicht, so daß der Patient in das Krankenhaus aufgenommen werden mußte. Die zystoskopische Untersuchung ergab („Russki Wratsch", 1905, Nr. 20) das Vorhandensein eines Steines; in der Harnblase selbst konnte man aber nichts sehen, da es nicht gelang, ein Gesichtsfeld herzustellen. Am 9. Oktober Sectio alta. Die Harnblase war mit Steinen überfüllt; die Zahl derselben betrug 7. Die Wunde heilte per primam. Als die Steine mit der Säge zerlegt wurden, fand man im Zentrum derselben Katheterstückchen. Das Interessanteste an dem Falle ist der Umstand, daß die gewaltige Steinbildung in dem relativ kurzen Zeitraume von 11 Monaten vor sich gegangen ist. L—y.

MAURICE FAURE (Paris): **Die antiluetische Therapie der Tabes.**

Während in der letzten Zeit LEREDDE und andere von einer rechtzeitigen, i. e. frühzeitig eingeleiteten Quecksilberkur bei ausreichender Dosierung des Mittels stets Erfolge gesehen haben wollen, einige Autoren dagegen die antiluetische Therapie der Tabes völlig verwerfen, nimmt FAURE eine vermittelnde Stellung ein („Gazette des hôpitaux", 1904, Nr. 137). In jedem Fall soll ein Versuch einer Quecksilberbehandlung gemacht werden. Junge Tabiker vertragen Merkur besser als ältere Individuen. Auch ist es eine Tatsache, daß schwächliche Individuen sich wenig für die Merkurbehandlung eignen. Die besten Resultate gibt die Kombination einer antiluetischen Therapie mit Ruhe, bzw. Mechanotherapie und Bädern. Die Dauer der Behandlung muß sich auf Jahre erstrecken. Ihre konsequente Durchführung würde den alten Typus der klassischen Tabes auf das Aussterbeetat setzen. J. ST.

F. SCHERER (Prag): **Über Eklampsie im Kindesalter.**

Verf. befaßt sich mit der Ätiologie und der ätiologischen Therapie der Eklampsie im Kindesalter. Man unterscheidet die idiopathische Eklampsie, jene reflektorischen Ursprungs und die symptomatische Eklampsie („Revue v neurol., psych., fys. a diaet. therap.", 1905, Nr. 1). Verf. besteht auch auf der Eklampsie toxischen Ursprungs (Autointoxikation gastrointestinalen Ursprungs), die sehr häufig ist. Zuletzt bespricht Verf. alle möglichen therapeutischen Indikationen, soviel sie die Kindesernährung und die Antisepsis des Magen- und Darmkanales angehen. STOCK.

KAPLAN (London): **Subkutane Adrenalininjektionen bei der Behandlung des Asthma.**

Die erste Injektion muß schwach sein. KAPLAN empfiehlt anfangs nur 5—6 Tropfen zu nehmen und die Injektion einige Minuten später zu wiederholen („Medical News", 13. Mai 1905). 5—10 Minuten nach der Injektion steigt die Pulsspannung, die Dyspnoe wird geringer, die Rasselgeräusche sind spärlicher und leiser, der Kranke fühlt sich wesentlich erleichtert. Freilich kann der Anfall am selben Tage oder in der folgenden Nacht wiederkehren. Das Auftreten von Glykosurie nach der Injektion wurde nie beobachtet. Bei drei Diabetikern, die bis zu 45 Tropfen pro die erhielten, sah man sogar eine Besserung der Glykosurie. J. ST.

J. LANGER (Prag): **Zur Frage der Bildung spezifischer Antikörper im Organismus von Bandwurmarten.**

Eine spezifische Antikörperbildung — wie selbe bisher allerdings auch erst in einem einzigen Falle von Bothriocephalus latus beobachtet werden konnte — findet im Organismus von Menschen, die andere Cestoden (Taenia solium und Taenia mediocanellata) beherbergen, sowie beim Hunde (T. cucumerina) nicht statt („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 35). Durch hochwertiges Bandwurmimmunserum ließ sich ein Übergang von Parasiteneiweiß ins Blut des Wirtes (Mensch, Hund) nicht nachweisen. Hochwertiges Täenienimmunserum präzipitiert nicht nur Eiweißlösungen des homologen Parasiten, sondern auch von anderen nahestehenden Pasasiten stammende; dadurch wird die Möglichkeit geboten, derartige Immunsera in gewissen Fällen zu diagnostischen Zwecken zu verwenden. Die Nahrungsaufnahme der Cestoden scheint sich auf diffusible Eiweißkörper zu beschränken, die der Nahrung des Wirtes entstammen. Eine Verwertbarkeit derartiger Immunsera für eine antihelminthische Therapie ließ sich bisher nicht feststellen. B.

Kleine Mitteilungen.

— Zur operationslosen **Behandlung der Angiome** verwendet M. NEUMANN („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 20) eine Chlorzinkemulsion:

Rp. Zinc. chlorat. pur. sicci . . . . . 5·0—10·0
Collod. elast. dupl. ad . . . . 100·0

die, tüchtig umgeschüttelt, mit einem Haarpinsel aufgetragen wird. Die Umgebung ist dabei durch einen gefensterten Heftpflasterstreifen zu schützen; man soll aber das zur Aufnahme des Angioms bestimmte Fenster 2—3 *mm* kleiner schneiden als man die Wirkung wünscht, weil an seinem Rande die Klebemasse des Pflasters durch den im Kollodium enthaltenen Äther aufgelöst wird. Ist die aufgetragene Emulsion nach einigen Minuten soweit erstarrt, daß sie bei Lageveränderung nicht mehr fließt, so macht man einen Verband, indem man wieder gefensterte Gaze um das Angiom herumlegt und erst dann die gepinselte Stelle mit Gaze bedeckt, die durch Heftpflasterstreifen festgehalten wird. Wenn man am nächsten oder dem darauffolgenden Tage den Verband abnimmt, so sieht man an Stelle des Angioms eine scharf umschriebene nekrotisierte Partie. Nach Entfernung des gefensterten Heftpflasterstreifens, Reinigung und Desinfektion legt man einen frischen Verband an und überläßt die Ausstoßung des abgestorbenen Angioms, die gewöhnlich nach 7 Tagen vollendet ist, der Natur. Findet man dann noch durch intensivere Rötung und stärkere Wucherung sich kennzeichnende Reste angiomatösen Gewebes, so fixiert man auf diesen, nachdem man die gesunden Stellen geschützt hat, folgende Paste:

Rp. Acid. arsenicos.,
Sulf. depur. ana . . . . 4·0
Ungt. cerei ad . . . . 100·0

Nach 48—72 Stunden sind die Angiomreste meist nekrotisiert; man muß mit dem scharfen Löffel leicht erbsentief eindringen können, ohne das eine Blutung erfolgt, sonst war die Wirkung nicht ausreichend und die Behandlung ist zu wiederholen. Nach Anwendung der Arsenpaste holt man das mortifizierte Angiom entweder mit dem scharfen Löffel heraus oder man wartet unter aseptischen Verbänden seine spontane Abstoßung ab.

— Die **Arsen-Ferratose** enthält in wohlschmeckender Lösung als wirksamen Bestandteil Arsen-Ferratin. Das Arsen-Ferratin stellt den für die vielseitige Anwendung wichtigen Versuch dar, Arsen- und Eisenwirkungen zu kombinieren. Eine Tagesdosis der Arsen-Ferratose gleich 3 Eßlöffel oder 50 *g* enthält 2·5 Ferratin und 0·0015 Arsen organisch miteinander verbunden (BARDACH, „Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 8). Verf.s Beobachtungen erstreckten sich auf 20 Kranke, welche im verschiedensten Lebensalter standen und deren Erkrankung eine Eisen-Arseniktherapie wünschenswert erscheinen ließ. Neben der tonisierenden Eigenschaft war auch in den Fällen, wo lokale therapeutische Maßnahmen nötig waren, eine günstige Beeinflussung durch dieses Mittel zu ersehen.

— Über die primären und die Dauererfolge der künstlichen **Frühgeburt bei engem Becken** berichtet SCHEFFCZYK („Arch. f. Gyn.", Bd. 75, H. 3) folgendes: Die künstliche Frühgeburt ist nicht nur berechtigt, sie ist sogar für Mutter und Kind ein segensreiches Verfahren, da sie 78% lebendgeborne Kinder erzielte. Sie beeinträchtigt die Lebensfähigkeit der Kinder nicht, da die Mortalität derselben im ersten Lebensjahr unter normalen Verhältnissen (bei ehelichen Kindern) geringer ist, als die Durchschnittsmortalität im ersten Lebensjahre überhaupt, nämlich 17%. Es hat sich auch durch Nachuntersuchung der künstlich frühgebornen Kinder nicht ergeben, daß ihre Entwicklungsfähigkeit geschädigt worden wäre. Der für die Kinder günstigste Geburtsverlauf ist der Spontanverlauf in Schädellage; die Hysteuryse, wie sie KRÖMER empfahl, ist von diesem Standpunkt nicht brauchbar. Man kann eine über einen Katheter

gebundene, in Sublimatalkohol sterilisierte Hammelblase einführen, die mit Glyzerin aufgefüllt wird. Die Mortalität beträgt 0·6%. Angesichts dieser Tatsachen und der gleichlautenden Erfahrungen anderer Geburtshelfer ist es mindestens zu weit gegangen, wenn es BAISCH neuerdings wieder unternimmt, der künstlichen Frühgeburt die Berechtigung abzusprechen. Die Ersatzoperationen werden immer eine Domäne der Klinik bleiben und niemals im Privathause die künstliche Frühgeburt verdrängen können.

— Unter den künstlichen **Ersatzpräparaten der Frauenmilch** nimmt nach den Erfahrungen von SPITZER („Ärztl. Rundsch.", 1905, Nr. 20) die THEINHARDTsche lösliche Kindernahrung den hervorragendsten Platz ein. Sie ist aus den Eiweißstoffen der Kuhmilch hergestellt und enthält hiervon 165 *g* im Kilo Trockensubstanz. Diese Eiweißstoffe sind durch ein dem Pflanzenreiche entnommenes unschädliches dialytisches Ferment in eine leicht verdauliche Form gebracht. Quantitativ ergeben diese 165 *g* der Trockensubstanz in der fertigen Kindermehlsuppe 3·12% der gesamten Stickstoffe. Der Frauenmilch gegenüber mit ihren 2·29% Eiweiß bietet diese Kindersuppe einen geringen Eiweißüberschuß, der dem Säugling nicht schadet. Ein besonderer Vorzug der THEINHARDTschen Kindernahrung besteht darin, daß die grobflockige Gerinnung des Kuhkaseins durch Zusatz von diastasiertem Weizenmehl verhindert wird. Die Kohlehydrate des Präparates sind durchwegs in eine lösliche Form übergeführt. An Salzen bietet das Präparat 34 *g* im Kilo Trockensubstanz, darin allein 22 *g* Kalziumphosphat resp. 14 *g* Phosphorsäure, eine zum Aufbau des Knochengerüstes und zur Vermeidung von Rachitis und Skrofulose hinreichende Menge. In der fertigen Suppe betragen die Salze 0·64% gegenüber 0·45% der Frauenmilch.

— Über den **Einfluß von Alkalien auf den Säuregrad des Harnes** bei Anämien berichtet V. MORACZEWSKA („Zeitschr. f. klin. Med.", Bd. 57) auf Grund von experimentellen Untersuchungen folgendes: Das zitronensaure Natron bewirkt ebenso wie das doppeltkohlensaure Natron eine Alkalisation des Harnes. Bei den mit Lebervergrößerung komplizierten Fällen ist die Alkaliwirkung verzögert; erst nach 5—7 Tagen wird der Harn alkalisch, die Nachwirkung dauert ebenso lange. Nach dem Aussetzen der Alkalidarreichung findet eine starke Säuerung des Harnes mit entsprechender Mehrausscheidung von NH_3 und Oxalsäure statt. Anämien ohne Lebervergrößerung zeigen normale Verhältnisse der N-haltigen Bestandteile. Der Säuregrad des Harnes nach FREUND-LIEBLEIN steht in keinem Verhältnis zu dem durch die Farbenreaktionen angezeigten; das Alkalisieren des Harnes bis zur Reaktion auf Phenolphtalein genügt nicht, um alle sauren Phosphate in neutrale umzuwandeln.

— Wertvolle **Antipyretika** sind nach TAUSZK („Deutsche Praxis", 1905, Nr. 7) die Pyramidonsalze. Das salizylsaure Pyramidon ist den beiden kampfersauren Pyramidonsalzen überlegen. Das Mittel entfaltet seine antipyretische Wirkung bei einer Dosis von 0·25 bis 0·5 *g*, die kampfersauren Salze bei 0·5—1 *g* pro dosi dreimal täglich gegeben. Es kann in Fällen von Pleuritis exsudativa benutzt werden. Alle drei Pyramidonsalze besitzen außerdem schmerzstillende Eigenschaften und verursachen kaum irgendwelche Nebenerscheinungen. Das saure kampfersaure Pyramidon übt seine die Temperatur herabsetzende Wirkung aus, ohne daß Schweißausbrüche erfolgen. Es ist in Hinsicht auf seine antihidrotische Wirkung unter den bekannten antipyretischen Mitteln als eines der hervorragendsten zu betrachten. Besonders in Fällen von Lungentuberkulose, welche von starken Schweißabsonderungen begleitet sind, wird es mit Erfolg angewendet. Es ist imstande, die Wasserbehandlung beim Typhus zu ersetzen. Namentlich zur Zeit größerer Epidemien, in welchen eine regelrechte Wasserbehandlung nicht durchzuführen ist, wird es sich als sehr wertvoll erweisen. Die Wirkung des Mittels ist nicht nur in der Herabsetzung der Temperatur, sondern gerade in dem Einflusse auf das Nervensystem gelegen, wobei das Herz nicht schädlich beeinflußt wird.

— Bei der **Behandlung des Glaukoms** ist nach P. SILEX („Zeitschr. f. ärztl. Fortb.", 1905, Nr. 6) zunächst darauf zu achten, daß jede Anwendung von Atropin auf das entschiedenste kontraindiziert ist und einen Kunstfehler bedeutet. Das beste und somit in erster Linie in Betracht kommende Heilmittel ist die Iridektomie nach dem Vorgange von A. V. GRAEFE, für deren Ausführung SILEX aber die allgemeine Narkose der Anwendung lokaler Anästhesie vorzieht, da diese bei entzündlichen Zuständen öfter im Stich läßt. Andernfalls kann zuerst eine medikamentöse Behandlung Platz greifen und nach Ablauf der stürmischen Erscheinungen die Operation ausgeführt werden. Das souveräne Mittel ist Eserin (1%ige Lösung von Eserin. salicyl. 5—6mal tägl. eingeträufelt). (Eserin 0·05, Aqu. dest. 5·0, Acid. bor. 0·2 zur besseren Haltbarkeit.) Das Eserin kann mit Pilocarpin. mur. und Kokain kombiniert, Pilokarpin (in 2%iger Lösung), wenn Eserin nicht vertragen wird (Schmerzen infolge von Sphinkterenkrampf), auch für sich allein gegeben werden. Eserin. salicyl. 0·1, Pilocarp. 0·2, Kokain 0·3, Adrenalin (Sol. 1 : 1000) 1·5, Aqu. dest. 10·0, ebenfalls 5—6mal täglich. Die Anwendung letzterer Lösung ist oft von sehr gutem Erfolg. Im allgemeinen ist Verf. kein allzu begeisterter Anhänger der rein medikamentösen Glaukomtherapie, da hierdurch sehr häufig die Aussicht, durch Operation noch günstige Dauerresultate und leidliches Sehvermögen zu erhalten, vereitelt wird; oft liegt die Schuld hierfür allerdings auch an der Operationsscheu der Kranken. Daß durch die Operation nicht alle Fälle geheilt werden können, ist wahr; dies zu erreichen liegt aber außerhalb des menschlichen Könnens. Treten nach der Operation erneut Glaukomfälle ein, so kommt neben Eserin Anwendung von Jodkali und Massage des Bulbus durch die geschlossenen Lider in Betracht.

— Aus der Poliklinik für Harn- und Blasenleiden (Professor Dr. POSNER und Dr. J. COHN) in Berlin berichtet VÖGEL über **Prophylaxe und Abortivbehandlung der Gonorrhöe** („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 33). Er bekennt sich als Anhänger des Protargol, das an der Klinik POSNERs, wie überhaupt bei der Behandlung des Trippers so auch bei der Abortivbehandlung, bevorzugt wird. In diesen Fällen injiziere man, nachdem der Patient uriniert hat, mit großer Vorsicht zirka 10 cm^3 einer 4%igen Protargollösung in die Harnröhre und lasse das Medikament 1—2 Minuten lang einwirken; um einem Übergreifen des Prozesses auf die Pars post. nach Möglichkeit vorzubeugen, erhält der Kranke 1·5—2 *g* Sandelöl, auch wird ihm absolute Ruhe, am besten Bettruhe, anempfohlen. Zweckmäßig ist es, wenn der Arzt am gleichen Tage noch 1—2 Spülungen der vorderen Harnröhre mit einer indifferenten Lösung — Borsäure 3% oder Kal. permang. 1·0 : 4000·0 — vornehmen kann, jedoch dürfen jedesmal nur wenige Kubikzentimeter — zirka 10 — injiziert werden, um mechanische Reizung sowohl als auch Verschleppung der Keime in die hintere Harnröhre nach Möglichkeit zu vermeiden. Je nach den Reizerscheinungen wiederhole man die Prozedur noch einmal am 2. oder 3. Tage.

— Die **Behandlung der Kieferhöhlenempyeme** schildert GERBER („Arch. f. Laryng. u. Rhin.", Bd. 17, Nr. 1) in folgenden Leitsätzen: Das erste Prinzip ist, die erkrankte Kieferhöhle möglichst von dort aus zu behandeln, wo ihre natürliche Kommunikation mit der Nasenhöhle ist, und jedenfalls die Anlegung neuer dauernder Verbindungen mit der Mund-Rachenhöhle zu vermeiden. Frische und leichte Fälle werden anfangs nur vom mittleren Nasengange mit spitzer Kanüle gespült. Bei länger dauernden Eiterungen, zu dickem Sekrete, starkem Fötor u. a. wird die Öffnung im mittleren Nasengange zunächst erweitert, eventuell noch nach dem unteren Nasengange zu. Chronische und schwere Fälle werden einer breiten Öffnung von der Fossa canina aus unterzogen. Diese Öffnung wird nach Inspektion und Ausräumung der Höhle und Anlegung einer breiten Gegenöffnung im mittleren Nasengange wieder sorgfältig geschlossen und die Nachbehandlung vom mittleren Nasengange aus geleitet. Ausgenommen hiervon und einer oralen Behandlung aufgespart bleiben nur *a)* diejenigen Fälle, bei denen eine hochgradige Nasenstenose die nasale Behandlung absolut unmöglich macht, und *b)* diejenigen Patienten, die weder in ärztlicher Behandlung bleiben, noch die Selbstbehandlung vom mittleren Nasengang aus erlernen können.

— Ein Verfahren der **Nasentamponade** bei hartnäckigem Nasenbluten beschreibt BORDE („Sem. méd.", 1905, Nr. 36). Es wird um die eine Hälfte einer Schere oder auch um einen gut polierten Federhalter ein Stück hydrophiler Watte festgerollt, wobei Länge und Breite des Wattestückes etwa 5 *cm* betragen. So erhält man einen etwa 5—6 *cm* langen kegelförmigen Tampon, welchen

man von dem Hälter herunternimmt und mit einer blutstillenden oder antiseptischen Lösung tränkt. Der Überschuß der Flüssigkeit wird aus dem Tampon durch Fingerdruck entfernt und derselbe in die Nasenhöhle eingeführt. Läßt man nun das freie Ende des Tampons wieder in Wasser eintauchen, so imbibiert sich derselbe nach den Gesetzen der Kapillarität, schwillt daher an und übt einen gleichmäßigen Druck auf die gesamte Nasenschleimhaut aus, vorausgesetzt, daß die Länge des Tampons mindestens 6 *cm* beträgt. Meist kann man den Tampon nach 1—2 Tagen entfernen, worauf die Blutung definitiv gestillt ist. Falls dies nicht zutrift, wird ein neuer Tampon eingelegt.

Literarische Anzeigen.

Grundzüge der Hygiene. Unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reiches und Österreichs. Von **Doktor W. Prausnitz**, ordentl. Professor der Hygiene in Graz. 7. vermehrte Auflage. München 1905, J. F. Lehmann.

Das bereits in den weitesten ärztlichen Kreisen bestbekannte, kurzgefaßte Lehr- und Handbuch der Hygiene von Prof. PRAUSNITZ liegt nun in seiner 7. Auflage vor. Auf keinem Gebiete medizinischen Wissens ergibt sich bei der Bearbeitung so dringend die Notwendigkeit der Beschränkung in der Materie, wie gerade auf dem so ungemein schwer abgrenzbaren der Hygiene. Mit einer gerade hier wohltuenden Präzision hat PRAUSNITZ die heute feststehenden Grundsätze der praktischen Hygiene auch in dieser Neuauflage systematisch dargestellt. Die Kapitel „Infektionskrankheiten" und „Gewerbehygiene" wurden, wie leicht begreiflich, gegenüber der 6. Auflage nicht unerheblich erweitert. Dasselbe gilt für die Lehre von den Mikroorganismen. PRAUSNITZ besitzt eine meisterhafte Art, den Stoff, mag er noch so schwierig und kompliziert sein, einfach und leicht faßlich darzustellen. Das Kapitel über EHRLICHS Seitenkettentheorie hat der Referent nirgends glücklicher verarbeitet und dargestellt gefunden als im vorliegenden Werke. Die sich auf die technisch baulichen Fragen beziehenden Kapitel sind wegen ihrer Vollkommenheit trotz ihrer Kürze besonders hervorhebenswert. Eine verhältnismäßig große Anzahl sehr guter Abbildungen kommt der Anschauung des Lesers besonders hier sehr zu statten. Die Reichhaltigkeit des Buches an Abbildungen gegenüber selbst größeren und kostspieligeren Werken dieser Art mag dem Leser als ein Beweis der besonderen Sorgfalt gelten, die nicht nur von seiten des Autors, sondern auch von seiten der Verlagsbuchhandlung für das Werk aufgewendet wird, und so kann dasselbe auch in seiner neuen Form allen Studierenden und Ärzten nur bestens empfohlen werden.

ULLMANN.

Die häusliche Pflege bei ansteckenden Krankheiten, insbesondere bei ansteckenden Kinderkrankheiten. Drei Vorträge von **Dr. K. Doll**, Karlsruhe. Heft 5 der Veröffentlichungen des „Deutchen Vereines für Volkshygiene", herausgegeben von Dr. K. BEERWALD, Berlin. München und Berlin 1905, R. Oldenbourg.

Die im Preise äußerst billig gehaltene Schrift hat den Zweck, in breiten Bevölkerungsschichten über die Krankenpflege bei akuten Infektionskrankheiten belehrend zu wirken und richtiges Verständnis zu verbreiten. Die kurze und klare Darstellungsweise, die richtige Auswahl des Wissenswerten und die Berücksichtigung alles wissenschaftlich Feststehenden machen das Heftchen recht geeignet, seinen Zweck zu erreichen. Nach Besprechung der allgemeinen Grundsätze der Krankenpflege werden der Typhus und die Tuberkulose und die für die rationelle Pflege bei diesen Infektionen erforderlichen Maßnahmen und Einrichtungen ausführlich besprochen. Unter denselben Gesichtspunkten wendet sich der Verfasser dann zu den exquisiten akuten Kinderinfektionen. Es wäre zu wünschen, daß die Broschüre recht weite Verbreitung fände. NEURATH.

Der Wert des Röntgenverfahrens in der Chirurgie. Von **Prof. Dr. Karl Beck**, New-York. Berlin 1905, Leonhard Simion Nf.

Verf. trachtet auf Grund seiner Erfahrung den Nachweis zu führen, welch wichtige Bedeutung der Röntgenuntersuchung sowohl in diagnostischer wie auch in therapeutischer Beziehung zukommt. Der größte Fortschritt wurde in der Diagnose der Knochen- und Gelenkerkrankungen und -Verletzungen erzielt, aber auch bei vielen Krankheiten des Thorax ist jetzt mit Hilfe der Röntgenstrahlen eine sicherere Diagnose als früher möglich. Zum Schlusse bespricht Verf. die Behandlung der Neubildungen mittelst der Röntgenstrahlen. E.

Feuilleton.

Die Enquete über den Reformentwurf der Regierung betreffend die Arbeiterversicherung.

Das große soziale Reformwerk war geschehen, das Gesetz vom 30. März 1888 hatte die Ära der Arbeiterfürsorge-Gesetzgebung nach dem Vorbilde Deutschlands in Österreich inauguriert. Alle Stände und Berufskategorien hatten bei der Schaffung des Gesetzes „mitgeholfen", nicht vielleicht, indem sie einen Teil der Lasten auf sich geladen hätten, sondern indem sie es, je nach der Größe ihres politischen Einflusses, verstanden, ihre Standesinteressen zu wahren und auf Kosten anderer Stände Sozialpolitik zu spielen. Der ärztliche Stand hatte nicht mitgesprochen: Er war nicht gefragt worden und hatte sich auch nicht gemeldet. Man war es von jeher gewohnt gewesen, daß sich die Ärzte in den Dienst einer jeden humanen Idee stellen, so daß man es für überflüssig hielt, sie zu fragen; und sie selbst standen so sehr im Banne ihrer humanen Mission, daß sie sich nicht rührten, da ein Gesetz beraten wurde, welches die Wurzeln ihrer Existenz berührte, indem es fast die ganzen Kosten dieser großen sozialpolitischen Aktion auf ihre Schultern überwälzte. Manche bestreiten die freiwillige Unterwerfung dieses Standes unter die humane Idee: Er habe sich nicht gewehrt, da ihm die Voraussicht für die einschneidende Wirkung der obligatorischen Krankenversicherung gefehlt, da ihm jede Organisation behufs systematischer und rationeller Interessenvertretung gemangelt habe. So oder so! Die Einsicht kam bald und ohne jede Organisation, ohne jede Agitation, unter dem Drucke der immer ungünstiger werdenden ärztlichen Erwerbsverhältnisse brach sich der Ausdruck des Bedauerns darüber Bahn, daß die Ärzte bei der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung nicht gefragt wurden, daß sowohl ihre materiellen als auch ihre moralischen Interessen rücksichtslos hingeopfert wurden. Lauter und lauter erschallte der Ruf nach einer Remedur, immer dringender wurden die Rekriminationen über systematische Zurücksetzung des Standes, der in keiner politischen, keiner administrativen Körperschaft, in keiner berufenen Interessengruppe die Vertretung und den Einfluß besaß, der ihm nach seiner Zahl, wissenschaftlichen und sozialen Bedeutung, nach seinen Leistungen für das allgemeine Wohl zukam. Es kam zu Protesten, Petitionen, Resolutionen, bis, da alles ungehört verhallte, anfangs zaghaft und bedingt, allmählich in immer deutlicheren Umrissen das Gespenst ärztlicher Repressivmaßregeln, die Möglichkeit eines Ärztestreiks, auftauchte. Man begann einzulenken, und zum ersten Male war es den Ärzten im Jahre 1897 in der vom Ministerium des Innern veranstalteten Enquete über die Reform des Krankenversicherungsgesetzes ermöglicht, ihren Interessenstandpunkt offiziell zu vertreten. Es waren Kassenärzte, die damals als Experten von der Regierung einvernommen wurden; sie konnten beim besten Willen nicht die Interessen der Gesamtheit der Ärzte vertreten und führten mehr minder einseitig den Kampf um die Verbesserung der materiellen und moralischen Situation der Kassenärzte. G e r a d e d i e l e t z t e n J a h r e k l ä r t e n a b e r d i e S i t u a t i o n d a h i n, d a ß d i e K r a n k e n v e r s i c h e r u n g s g e s e t z g e b u n g i n a l l e r e r s t e r L i n i e d i e M a s s e d e r p r a k t i s c h e n Ä r z t e s c h ä d i g t, indem sie den Boden der freien Praxis untergräbt; und alle ärztlichen Einigungsversuche konnten die Tatsache nicht aus der Welt schaffen, daß der Wunsch der Kassenleitungen, durch Konzessionen an die Kassenärzte, durch einseitige Befriedigung dieses Teiles der

Ärzteschaft einen Keil unter die Ärzte zu treiben, von einem Teile der Kassenärzte unterstützt wird. Darum wurde die Enquete vom Jahre 1897 in Ärztekreisen niemals vollwertig eingeschätzt, und wieder tauchte die Forderung nach einer ärztlichen Enquete auf, bis der Sturm, welchen der großzügige Reformentwurf der Regierung über die Arbeiterversicherung in den betroffenen Kreisen entfesselte, die Erfüllung dieses allgemein gestellten Postulates brachte.

Laut Zuschrift des Vorstandes des k. k. arbeitsstatistischen Amtes vom 24. Oktober 1905 an die geschäftsführende Zentralstelle des Verbandes der österreichischen Ärztekammern wurden diese eingeladen, 3—4 (über ausdrücklichen Wunsch der Kammern wurde diese Zahl auf fünf erhöht) Delegierte in eine Enquete zu entsenden, welche „der vom ständigen Arbeitsbeirate zwecks Begutachtung des Programms für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung eingesetzte Ausschuß" am 6., 7. und 8. November im Sitzungssaale des arbeitsstatistischen Amtes im Handelsministerium zu Wien veranstaltete.

Trotz der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit beschloß der Geschäftsausschuß der österreichischen Ärztekammern die Beschickung der Expertise, indem der oberösterreichischen, böhmischen und ostgalizischen Kammer, die Nominierung je eines Delegierten übertragen wurde, während es durch Verzicht der südlichen Provinzen, resp. ihrer Kammern, der Wiener Kammer ermöglicht wurde, zwei Repräsentanten zur Vertretung beider in der Ärzteschaft herrschenden Strömungen, der praktischen wie auch der Kassenärzte zu entsenden. In letzter Stunde sagte die ostgalizische Kammer ab, und an ihrer Stelle saß — o Ironie des Schicksals — der Vertreter des Wiener Ärztevereins am Konferenztische.

Ich möchte für heute nicht ins Meritorische der Sache eingehen; eine Erörterung und Besprechung der Verhandlungsgegenstände behalte ich mir vor, bis die stenographischen Protokolle der Enquete vorliegen werden. Nur über die empfangenen Eindrücke, das Milieu, in welchem sich diese Einvernahme „ärztlicher Auskunftspersonen" — das ist unser offizieller Titel gewesen — abspielte, über die mutmaßliche Bedeutung dieses sozialpolitischen Intermezzos, möchte ich sprechen.

Allen Respekt vor der Umsicht und Vorsicht des Komitees, welches diese Expertise veranstaltete! Man konnte doch nicht wissen, welchen Eindruck auf die große Öffentlichkeit einmütig aufgestellte und mit Nachdruck vertretene Forderungen der Ärzteschaft machen würden, und darum war vorgesorgt worden, daß der Wille der Ärzteschaft nicht zum einheitlichen Ausdruck kommen könne. Es war für Opposition aus dem eigenen Lager gesorgt worden. Und da auf „diese Ärzte" ja doch kein rechter Verlaß ist, mußte eine ausgiebige Vertretung der Opposition vorhergesehen werden: 5 von den Ärztekammern gewählten Vertretern standen 6 ärztliche Experten gegenüber, die, nach der feinen Unterscheidung des Herrn Vorsitzenden, Sektionschefs MATAJA, „von speziellen Institutionen nominierte Delegierte" waren. Die Vorsicht war aber auch am Platze, denn der überwiegende Teil der „von speziellen Institutionen nominierten Vertreter" hat das in ihre Unkollegialität gesetzte Vertrauen schmählich getäuscht und hat sich mit warmem Elan auf die Seite ihrer für die geistige, moralische und materielle Existenz kämpfenden Kollegen gestellt. Mit dem ganzen Gewichte seiner Persönlichkeit, mit der überwiegenden Beweiskraft neuer, aus dem reichen Schatze seiner Erfahrung und seines tiefen Wissens geschöpfter Argumente vertrat der Prager Hygieniker Prof. HUEPPE die Forderungen des ärztlichen Standes, für deren Erfüllung aus Gründen der Staatsräson, der allgemeinen Wohlfahrt und Gesundheitspflege er warm plädierte. Mächtig war der Eindruck, den die Ausführungen dieses von der Regierung ernannten Experten hervorriefen, dessen glänzender Ruf als Gelehrter und unabhängige soziale Stellung ihn hoch erheben über den Verdacht einseitiger Parteinahme für ärztliche Standesinteressen. Wie scharf hob sich von der Haltung dieses Regierungsdelegierten das Auftreten des ärztlichen Vertreters einer Krankenkasse ab, der sich die Aufgabe vindizierte, in Gegenwart der dazu berufenen Kassenvorstände die Kassen gegen die Angriffe der Ärzte in Schutz zu nehmen und mit vorbereitetem statistischen Material die Kardinalforderung der Ärzte, die freie Ärztewahl, zu bekämpfen. Nicht die sachlichen Ausführungen waren es, die den stürmischen Protest der Kammerdelegierten erregten, der Schlußpassus seiner Rede, er glaube nun genug Material gegen die freie Ärztewahl vorgebracht zu haben, allerdings gäbe es auch Material für dieselbe — mußte selbst bei seinen anwesenden Kassenvorständen Kopfschütteln erregen! Vergeblich suchte der Vorsitzende die explosiv hervorbrechende Entrüstung der ärztlichen Vertreter niederzuhalten, vergebens schrien die Kassenvorstände über Terrorismus; sie wußten nicht, daß am Tage vor der Eröffnung der Enquete sämtliche ärztlichen Vertreter, sowohl die gewählten als auch die ernannten, sich im Sitzungssaale der Wiener Ärztekammer zum Zwecke eines einheitlichen Vorgehens versammelt hatten und daß daselbst die Vereinbarung getroffen worden war, jene Kassenärzte, welche sich in gewissen Fragen, speziell freie Ärztewahl, der Anschauung der Majorität der Kollegen nicht anschließen können oder wollen, hätten sich einer öffentlichen Stellungnahme in diesen Fragen zu enthalten und es zu vermeiden, sich mit ihren Kollegen in Gegensatz zu stellen. Es war eine offizielle Erklärung, die einer der Anwesenden nach ausdrücklicher Befragung und in Gegenwart jenes Arztes, der uns mit „seinem Material" entgegentrat, in der Vorbesprechung abgab, sie war bindend für alle damals Anwesenden, und wohlverdient das harte Gericht, das an Ort und Stelle über diesen Kollegen gehalten wurde. „Wer immer uns das gesagt hätte", rief der Schreiber dieser Zeilen, „wir hätten ihn ruhig angehört und sachlich polemisiert! Aber daß einer aus unseren Reihen uns in den Rücken fällt, das Material gegen uns bringt, das Material für uns, wie er selbst sagt, weise verschweigt, können wir nicht ruhig hinnehmen!" Die weiteren Worte gingen unter in der Bewegung, welche diese Szene hervorrief, aber es waren kräftige Worte, wie sie die heiligen Hallen der Handelsministeriums wohl nicht oft gehört haben.

„Ich habe nicht gewußt, daß eine derartige Erregung den ganzen Ärztestand durchzittert", sagte Prof. M., Mitglied des ständigen Arbeitsbeirates, nach der ersten Sitzung beim Verlassen des Saales. „Traurig, daß es so ist!" hallte ihm als Antwort entgegen. Im ständigen Arbeitsbeirat, in dem sämtliche arbeitenden Stände vertreten sind, hat kein Vertreter ärztlicher Interessen Sitz und Stimme. Welcher objektive Mensch kann es den von den Kammern entsendeten Delegierten verdenken, daß sie zu Beginn der Enquete der Befürchtung Ausdruck gaben, daß sie im Rahmen dieser Expertise eine Vertretung ärztlicher Standesinteressen und eine Klärung strittiger Fragen nicht erhoffen können, da bei der Verarbeitung des aus der Enquete sich ergebenden Materiales in den Sitzungen des Arbeitsbeirates und des von demselben eingesetzten Ausschusses die Ärzte nicht, wohl aber ihre Gegner anwesend sein werden!

Als Gegner oder, besser gesagt, Verfechter eines gegnerischen Standpunktes, standen den Ärzten die hervorragendsten Vertreter und Kenner kassenärztlicher Interessen gegenüber. Wenig berührt zeigten sich die anwesenden Arbeitgeber, Männer der Wissenschaft und Politik; vollständig in der Rolle passiver Zuhörer erschienen die hohen Beamten aus den interessierten Departements der Ministerien. Trotz des weitausholenden Programms der drei Sitzungstage spitzte sich die Situation zu einem Duell zwischen Ärzten und Kassen zu. Wer Sieger blieb? Keiner von beiden Teilen! Und doch gab es ein Opfer auf dem Platze: Die Krankenversicherung als Wohlfahrtsgesetzgebung.

Es war ein modernes, weil sozialpolitisches Drama, das sich da abspielte. Modern auch deshalb, weil der Schluß, die Lösung, fehlt. Ein düsteres Problem mit sozialem Hintergrunde: Verzweifelt wehren sich die Ärzte gegen die Vernichtung des Standes, gegen den materiellen, moralischen und geistigen Ruin durch die soziale Gesetzgebung. Das spannende Motiv ergibt auch dramatische Momente von packender Wirkung. Die Wortführer der Ärzte beklagen den Niedergang des Berufes. Es fällt das Wort von der Proletarisierung des Standes. Die Vorstände der Kassen protestieren heftig. „Wen haben wir proletarisiert?" tönt es von ihren Bänken. „Mich haben Sie proletarisiert!" schallt es schrill zurück, und aller Augen richten sich auf den jungen Arzt, der, weit vorgebeugt, mit zuckenden Muskeln dasteht. Das schmale Gesicht, das graue Haar an den Schläfen und der herbe Zug um die Mundwinkel — es ward stille in dem Saale

und matt, sehr matt klang das: Na! Na! von den Bänken der Gegner.

Der Höhepunkt war überschritten, es konnte keine kriegerische Stimmung mehr so recht aufkommen, der grimme politische Exkurs eines Ärztedelegierten verpuffte in der Stimmung. Punkt für Punkt des Frageprogramms wurde erledigt.

Den Rekriminationen der Ärzte über ungenügende, unwürdige Bewertung ihrer Leistungen begegneten die Kassenvorstände mit dem Hinweise auf die schlechte materielle Fundierung der Kassen. Es wurde manch kluges Wort gesprochen, manch vernünftige Anregung gegeben, die vielleicht einmal die Gegner zu gemeinsamer Arbeit zusammenführen wird. Über die Möglichkeit der Sanierung der Kassen entspann sich eine lebhafte Debatte. Schade darum, daß sie nicht erschöpfend war, denn über diese Straße führt der Weg zu der Erfüllung der ärztlichen Postulate: vollwertige Honorierung der ärztlichen Arbeitsleistung und freie Ärztewahl.

So dürftig das Resultat der Enquete in positiver Richtung war, in negativer Beziehung liegt ein Ergebnis vor, das jeden Zweifel, jede einseitige Deutung ausschließt. Unangreifbare statistische Daten, präzise Erklärungen der Kassenärzte aus Wien, Nordböhmen, den Bergrevieren von Mährisch-Ostrau konstatieren in seltener Übereinstimmung, daß die kranken Arbeiter infolge der kolossalen Überbürdung der Kassenärzte nicht nur keine korrekte, sondern in vielen Fällen überhaupt keine ärztliche Behandlung genießen, daß die vom Gesetze vorgeschriebene, den Arbeitern in den Statuten ihrer Kassen verheißene ärztliche Hilfe in der Praxis eine Fiktion ist.

Da nun die Ursache dieser monströsen Tatsache die ungenügenden materiellen Ressourcen der Kassen sind, die nicht imstande sind, die Mittel zur Anstellung und anständigen Honorierung einer für ausreichende ärztliche Behandlung der Mitglieder genügenden Anzahl von Ärzten aufzubringen, so erscheint die Krankenversicherung außerstande, ihren Hauptzweck zu erfüllen, einer ihrer hauptsächlichsten Leistungen nachzukommen.

Wir konstatieren das vollständige Fiasko der Krankenversicherungsgesetzgebung. Dr. J. LAMBERGER (Wien).

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

VIII.

Abteilung für Chirurgie.

v. EISELSBERG (Wien): **Über schiefen Biß infolge von Arthritis des Unterkieferköpfchens.**

Zwei Kranke boten das folgende auffällige Symptom: Der Mund konnte gut geöffnet werden, beim Schließen verschob sich der Unterkiefer nach rechts vorne. Diese Luxationsstellung war bedingt durch Größenzunahme des linken Unterkieferköpfchens; durch Resektion desselben und Extraktion eines Zahnes, der, seinen Antagonisten verfehlend, sich stark aus der Alveole herausgeschoben hatte, wurde der normale Biß wieder hergestellt. Das Leiden war spontan entstanden.

v. KLINGELHÖFER (St. Petersburg): **5 Fälle von Verstümmelung des Gebisses, der Nase und des Gesichts und die prothetische Behandlung.**

Die Fälle, deren Gipsabgüsse Vortragender zeigte und erläuterte, stammten aus dem russisch-japanischen Krieg. Sie betrafen Schußverletzungen mit Abreißung größerer Stücke von den Alveolarfortsätzen, Eröffnung der Kieferhöhle, Unterkieferfrakturen, und zeigten, daß im Felde die operative und plastisch-technische Seite der Zahnheilkunde schöne Aufgaben findet.

Küttner berichtet über Verletzungen des Unterkiefers, die er in drei Feldzügen sah und die zum Teil (Nahschüsse, Artilleriegeschosse, Granatsplitter) sehr schwer waren. So hing in einem Fall der zertrümmerte Kiefer mit einem Weichteillappen am Halse herunter, wurde nach prophylaktischer Tracheotomie genäht und heilte; KÜTTNER weist namentlich auf die Gefahr der Verblutung und Nachblutungen aus der A. max. int. hin und rät, nicht zu lange mit dem Unterbinden der Karotis zu warten.

SCHLOFFER (Innsbruck): **Zur Frage der Operationen an der Hypophyse.**

Vortr. findet, daß man bei manchem günstig gelagerten Fall von Hypophysistumor (Adenom) an eine operative Entfernung — unter Zurücklassung von etwas Drüsensubstanz — denken muß, und demonstriert an Präparaten die möglichen Wege. Die Freilegung vom Gaumen aus erscheint weniger praktisch als der Weg von vorne: die osteoplastische Aufklappung des Gesichts. Einen breiteren Zugang könnte eine Resektion der inneren Orbitalwand bei den schon erblindeten Fällen schaffen. Günstig ist der Umstand, daß die Sella turcica, wenn sie einen Tumor trägt, stark nach unten ausgebuchtet zu sein pflegt. Über die Topographie orientiert das Röntgenbild.

v. Eiselsberg erwähnt, daß Kätzchen, denen er die Hypophysis exstirpierte, meist gleich starben. Bei den nicht gleich gestorbenen habe sich allerdings ein Drüsenrest vorgefunden, doch möchte er daraus nicht mit Sicherheit schließen, daß dieser Drüsenrest das Leben der Tiere verlängert habe.

PAYR (Graz): **Weitere Erfahrungen über Angiombehandlung mittelst Magnesiumpfeilen.**

Vortr. hat mit seiner Methode 12 zum Teil ausgedehnte Angiome mit Erfolg behandelt. Die Wirkungsweise ist teils mechanisch zu erklären, wichtiger aber ist der chemische Vorgang der Wasserzersetzung durch Magnesium. Geeignet für die Behandlung sind die durch ihre Komprimierbarkeit klinisch gekennzeichneten, im subkutanen Zellgewebe sitzenden kavernösen Angiome, bei welchen viele Hohlräume durch einen Pfeil eröffnet werden. Ungeeignet dagegen sind die kutanen Angiome, Angioma simplex sowie gewisse eigentümliche progrediente Formen, wie sie in Muskeln, auch in den Lippen beobachtet werden. Das Verfahren ist einfach. Lokalanästhesie genügt. Die in Wasser ausgekochten Pfeile werden in Tenotomeinstichöffnungen eingeführt. Nachträgliche blutige Suffusionen sind nicht zu befürchten. Oft ist Geduld, auch Wiederholung des Verfahrens nötig, jedoch kam Vortr. in 4—4½ Monaten immer zum Ziel.

Hofmeister erwähnt, daß die gasbildende Eigenschaft des Magnesiums ihn davon abbrachte, Magnesiumplatten zur Deckung von Schädeldefekten zu verwenden.

HIRSCH (Wien): **Über epidurale Injektionen.**

In der v. MOSETIGschen Klinik wurden epidurale Stovaininjektionen bei 30 Pat. mit Enuresis angewandt und hierdurch 81% dauernd geheilt, 17% gebessert. Die meist schon nach der ersten Injektion bemerkbare Heilwirkung ist nicht als Suggestion aufzufassen, sondern scheint mit einer objektiv nachweisbaren Blasenhyperämie zusammenzuhängen. Die harmlosen ungefährlichen Injektionen empfehlen sich auch bei schmerzhaften Affektionen (Ischias, tabische Krisen), ferner als geeigneter Resorptionsweg für medikamentöse Flüssigkeiten.

Preindlsberger sah mehrere Erfolge bei Enuresis, dagegen nur vorübergehende Wirkung bei schmerzhaften Affektionen.

v. Eiselsberg mahnt zur Skepsis und fragt auch an, wie man es denn untrüglich erkennen könne, daß die Nadel sich im Epiduralsack befinde.

Hirsch erwidert, daß man es genau fühle, wann man die Membran durchsteche, ebenso wann die Nadel an die Vorderwand des Sakralkanals anstoße. Bei sehr dicken, fettreichen Weichteilen sei die Orientierung allerdings nicht immer leicht.

A. BUM (Wien): **Über Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen und -erkrankungen.**

Tierversuche, welche Vortr. im PALTAUFschen Institut anstellte, sprechen im Sinne der von CRUVEILHIER, STRASSER, HANAU, SULZER vertretenen Inaktivitätstheorie und gegen die Auffassung einer reflektorischen Muskelatrophie. In der bisherigen ersten Versuchsreihe, in welcher Hunden an einem Hinterbeine auf chemischem Weg eine Kniegelenkentzündung erzeugt und beide Hinterbeine mittelst eines ad hoc konstruierten Apparates vollständig und dauernd immobilisiert wurden, ergab die histologische Untersuchung von Muskelstücken, die an korrespondierenden Stellen von Zeit zu Zeit exzidiert wurden, beiderseits die Zeichen beginnender Degeneration: Gleichmäßige oder fast gleichmäßige Kernvermehrung, häufig Verschmälerung der Muskelfasern und in einzelnen Präparaten minder deutliche Querstreifung bald auf der kranken, bald auf der gesunden Seite. Die Gelenkerkrankung scheint ohne Einfluß auf die Muskelatrophie geblieben zu sein. Dies wurde durch Kontrollversuche erhärtet, in welchen nur die gesunde Extremität immobilisiert wurde; es atrophierten die Muskeln dieser Extremität weit rascher und intensiver, als die des nicht fixierten kranken Gliedes. Zeitweilige Pausen der Immobilisierung bedingten



zeitweise Erholung der Muskulatur beiderseits. Ohne aus diesen vorläufigen Ergebnissen weitgehende Schlüsse zu ziehen, glaubt Vortr. auf Grund derselben den Satz aussprechen zu dürfen, daß unabhängig von der gesetzten Gelenkerkrankung Wucherungen der Muskelfasern, nicht selten Verschmälerungen der Fasern jener immobilisierten Muskeln erfolgen, welchen die physiologische Bewegung des Gelenkes obliegt.

Standesfragen.

Sonntagsruhe der Ärzte.

Exempla trahunt. Die Ärzte von Frankfurt a. M. haben sich die Sonntagsruhe gesichert, selbstverständlich nicht die volle Ruhe gleich den Angehörigen glücklicherer Stände, sondern die fakultative Sonntagnachmittagsruhe. Nicht ohne Neid blickt die Ärzteschaft anderer großer Städte auf diesen Erfolg der Frankfurter Kollegen und stellt die leise Frage: Warum können wir nicht dasselbe tun?

Auf den ersten Blick erscheint die Sache recht aussichtslos. Hier hat der Arbeitgeber, in diesem Falle das Publikum, das letzte Wort, und dieses Publikum ist in verschiedenen Orten recht verschieden. Bei uns ist es anspruchsvoll und verwöhnt. Es will den Arzt zu jeder Stunde des Tages, gleichgültig ob Wochen- oder Sonntag, haben; ja, es gibt Menschen, die ihren Arzt gerade dann sprechen wollen, wenn sie hierzu volle Muße besitzen, und dazu ist der Sonntagnachmittag sehr geeignet. Inzwischen hat die gesetzliche Sonntagsruhe allgemeine Verbreitung gefunden; sie umfaßt naturgemäß nicht nur die Arbeitnehmer, sondern auch jene Arbeitgeber, die ohne ihre Angestellten ihren Beruf nicht voll versehen können, also Fabrikanten, Kaufleute, Advokaten, Architekten etc. Ist es da den Ärzten zu verübeln, wenn sie auch ein kleines Endchen von der allgemeinen Sonntagsruhe für sich in Anspruch nehmen, sie, deren Beruf unwidersprochen schwerer, ermüdender und verantwortungsvoller ist, als jener anderer „freier“ Stände.

Doch wie das Publikum zwingen, diesem bescheidenen Wunsche seiner Ärzte zu willfahren? Man braucht es nicht zu zwingen, man muß es nur dazu erziehen, ein wenig Rücksicht zu nehmen und den Arzt an Sonntagnachmittagen nur dann zu rufen, wenn periculum in mora besteht oder doch zu bestehen scheint. Das geehrte Publikum hat es sich in den letzten Jahren abgewöhnt, den Arzt aus dem Bette zu klingeln, wenn die Sache nicht sehr dringend ist, und es gibt zu denken, daß diese Rücksichtnahme auf den Arzt in ihrem Beginne zeitlich mit der Publikation eines Ärztetarifs zusammenfällt, der die Nachtvisiten hoch bewertet.

Wir leben in einer materiellen Zeit. Die wirtschaftlichen Fragen stehen im Vordergrunde der Diskussion, und auch die Frage der fakultativen partiellen Sonntagsruhe der Ärzte dürfte mit Zuhilfenahme eines kleinen materiellen Druckes ihrer Lösung zuzuführen sein. Der vielbeschäftigte Arzt will eine gewisse Rücksichtnahme des Publikums auf seine Nacht- und Sonntagsnachmittagsruhe. Das Publikum ist nicht unbillig genug, diesen Wunsch seines ärztlichen Beraters a limine abzuweisen, will aber seinerseits auf die Möglichkeit, im Dringlichkeitsfalle den Arzt seines Vertrauens auch an Sonntagnachmittagen wie zur Nachtzeit zu erreichen, nicht verzichten. Es honoriere daher die Sonntag-Nachmittagsvisite gleich einer Nachtvisite, und beiden Teilen wird geholfen sein. Das Publikum wird seinen Arzt haben und dieser wird, wenn in den Stunden seiner Sonntagsruhe die Telephon- oder die Flurglocke ertönt, wissen, man bedürfe seiner dringend; nicht eine Laune rufe ihn aus seinem Familienkreise, von seinem Vergnügen weg, sondern die Dringlichkeit des Berufes, den er nie vernachlässigt.

Der ärztliche Verein des Wiener Stadtbezirkes hat in seiner dieswöchentlichen Versammlung die Gründe, die für und wider die Anbahnung einer fakultativen teilweisen Sonntagsruhe des praktischen Arztes sprechen, eingehend diskutiert, ohne bisher zu einem praktischen Resultat zu gelangen. Nur in einem Punkte stimmten alle überein, in der Meinung, es sei ein Ziel, aufs innigste zu wünschen, daß auch den Jüngern Äskulaps die Möglichkeit einer Sonntagserholung geboten werde — denn, um Schillers bekannten Vers zu variiren: „Der Arzt ist auch ein Mensch, sozusagen.“ B.

Notizen.

Wien, 18. November 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Doz. A. KLEIN ein anatomisches Präparat, Doppelaneurysma der Aorta, den rechten Bronchus vollständig komprimierend, in die Trachea perforiert. Pat., ein 31jähriger Mann, hatte mannigfache Kompressionserscheinungen, jedoch niemals Hämoptoe. Prof. GROSSMANN wies auf einen analogen Fall aus der v. SCHRÖTTERschen Klinik hin. — Hierauf zeigte Doz. K. ULLMANN drei Pat. nach erfolgreicher Stauungsbehandlung bei Nebenhoden- resp. Samenstrangtuberkulose; die Fisteln haben sich zum Teil geschlossen, das Infiltrat ist zurückgegangen. Dr. KAPSAMMER fragte nach dem speziellen Verfahren ULLMANNs, was Vortr. beantwortete, und Doz. BUM empfahl, bei jeglicher Stauung nur eine Konstriktion der Venen eintreten zu lassen und eine Arterienkompression zu vermeiden; so lasse sich dann die Stauung auch auf 24 Stunden und darüber ausdehnen. — Dr. BAUER demonstrierte ein Spekulum zur Stauungsbehandlung am weiblichen Genitale. — Dr. HEIM führte einen Pat. vor, der sich eine Stichverletzung der rechten Oberbauchseite zugefügt und hiebei den Magen verletzt hat; Heilung nach Laparotomie und Naht. Ferner demonstrierte HEIM ein anatomisches Präparat: einseitige Zystenniere bei einem Knaben. — Prof. RIEHL stellte eine Frau mit Karzinom auf lupöser Grundlage vor; es handelt sich um regionäre Metastasen eines vor 4 Jahren exstirpierten Knotens. — Dr. E. RANZI berichtete an der Hand eines Hirnpräparates über einen Fall von Porenzephalie, der an der Klinik v. EISELSBERGs wegen epileptischer Störungen operiert worden war, da sich am rechten Scheitelbein eine Delle nachweisen ließ. Der Tod trat infolge Hirnödems ein. — Schließlich erstattete Dr. E. FREUND eine vorläufige Mitteilung zur Frage der Rückverwandlung der Verdauungsprodukte. Vortr. hat am isolierten und künstlich durchbluteten Darme den Nachweis erbringen können, daß in der Darmwand ein Wiederaufbau der eingeführten Eiweißstoffe zu höher zusammengesetzten Eiweißarten erfolgt. So werden Peptonlösungen in koagulables Eiweiß rückverwandelt. Durch diese Versuche wird zumal die Frage der Ernährung unter pathologischen Verhältnissen (Darmzersetzung) in hohem Maße geklärt.

(Wiener Ärztekammer.) In der am 9. d. M. stattgehabten Plenarversammlung der Wiener Ärztekammer verkündete laut dem uns am 17. d. M. zugegangenen Auszuge aus dem Sitzungsprotokolle Präsident Dr. EWALD ein Erkenntnis des Ehrenrates, welcher auf Grund einer vom praktischen Arzte Herrn Dr. HUGO LÖWENSTAMM gegen Herrn Prof. Dr. ALOIS MONTI wegen Übertretung der über den Verkehr der Ärzte untereinander in der Standesordnung enthaltenen Bestimmungen Letztgenannten mit einer Geldbuße von 200 *K* belegt und beschlossen hat, dieses Erkenntnis im Sinne des § 12 G. O. in einer Kammerversammlung zu verkünden. — Nach Verlesung des Einlaufes referierte Dr. EWALD über die Beschlüsse des X. Ärztekammertages, welche bis auf eine kleine Abänderung formeller Natur ratifiziert wurden. — Dr. STRICKER referierte über den Stand der Ambulatorienfrage, deren Lösung er als nahe bevorstehend bezeichnete. — Bei den Ersatzwahlen in den Landessanitätsrat wurden Vizepräsident Dr. DIRMOSER als Delegierter und Vorstandsmitglied Dr. HEINRICH GRÜN als Stellvertreter gewählt. — In den Vorstand der Ärztekammer wurde für das freigewordene Mandat Dr. K. RIMBÖCK vorgeschlagen und gewählt. — Zum Kassarevisor wurde an Stelle des verstorbenen Dr. SCHNABL Dr. LUDWIG STRICKER bestimmt. — Hierauf beantragte Dr. JOSEF THENEN mit Rücksicht auf die Landtagsrede des Abgeordneten Dr. SCHREICHER eine Resolution, in welcher die Bemerkung, daß mit dem Aufhören der Impfbeiträge Gutachten erstattet würden, daß das Impfen zwecklos sei, als eine grundlose Verdächtigung zurückgewiesen wird.

(Personalien.) Der praktische Arzt und Kurvorsteher in Meran Dr. SEBASTIAN HUBER hat den Titel eines kaiserlichen Rates, der Direktor des Pasteur-Institutes zu Lille Dr. F. CALMETTE den Preis im Werte von 15.000 Francs der Pariser Académie des Sciences morales et politiques erhalten. — Geh. Rat Prof. Dr. LADENBURG in Breslau ist von der „Royal Society“ in London durch

Verleihung des Davy-Preises für seine Untersuchungen auf dem Gebiete der organischen Chemie ausgezeichnet worden.

(Änderung des Gemeindeärztegesetzes.) Die so sehnsuchtsvoll erwartete Abänderung des Gemeindeärztegesetzes, die bereits in greifbarer Nähe erschien, ist für die Ärzte Niederösterreichs vorläufig wiederum nur Schimäre. Der Landesausschuß hat sich nämlich in einer Zuschrift an die Ärztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien nicht in der Lage erklärt, unter den gegebenen Umständen dem Landtage eine diesbezügliche Vorlage zu unterbreiten. Wohl aber sollen .... behufs Erhebung der Auslagen für die Pensionen durch die Landesversicherungsanstalt Berechnungen angestellt und die einschlägigen Dienstesinstruktionen ausgearbeitet werden. — Welch kostbare Neujahrsgabe für die Ärzteschaft!

(Sozialärztliches.) Ein Bund österreichischer Ärzte zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen ist im Entstehen begriffen. Die so wichtige Aktion geht von der Sektion Aussig des Zentralvereines der deutschböhmischen Ärzte aus und will diese Ärzteschaft zunächst gauweise organisieren, um die einzelnen Gauverbände dann sobald als möglich zu einem Landesverbande zusammenzufassen. Ein fünfgliederiges Komitee hat auch schon einen Entwurf der Satzungen ausgearbeitet und den Kollegen zur Durchsicht unterbreitet. Ein an die Ärzteschaft Deutschböhmens gerichteter Aufruf weist darauf hin, daß in Deutschland mehr als 17.000 Ärzte zu einem mächtigen Bunde organisiert sind, der die Kämpfe mit den Krankenkassen erfolgreich durchgeführt und den Ärzten Deutschlands bislang in wenigen Jahren nicht weniger als 8 Millionen Mark jährlichen Mehreinkommens zugesichert hat. Wahrlich eine Leistung, die alle Erwartungen übertrifft. — Wir wünschen den Kollegen in Böhmen einen vollen Erfolg ihrer Aktion, die für alle anderen österreichischen Ärzte vorbildlich wirken möge.

(Ärztliche Organisationen.) Außer den praktizierenden Ärzten von Niederösterreich mit Ausnahme von Wien und den Distrikts- und Gemeindeärzten Schlesiens haben sich nunmehr auch die Distrikts- und Gemeindeärzte Steiermarks zu einem freien Landesverbande organisiert.

(Statistik.) Vom 5. bis inklusive 11. November 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7710 Personen behandelt. Hiervon wurden 1494 entlassen, 144 sind gestorben (8·7% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 108, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 123, Scharlach 85, Masern 134, Keuchhusten 79, Rotlauf 44, Wochenbettfieber 3, Röteln 5, Mumps 1, Influenza —, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 608 Personen gestorben (+ 92 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Hohenberg (Niederösterreich) der praktische Arzt Dr. ADALBERT POLLACH, 60 Jahre alt; in Melk der Primararzt des dortigen allgemeinen Krankenhauses Dr. WILHELM JÄHNL; in Nürnberg der bayerische Generalarzt Dr. JULIUS FORST, ein wissenschaftlich hervorragender Sanitätsoffizier und Hygieniker, im Alter von 71 Jahren; gleichfalls in Nürnberg der auf sozialärztlichem Gebiete organisatorisch tätige Praktiker Dr. WILHELM FUCHS, im 72. Lebensjahre.

Augenarzt Dr. Richard Kaulich, em. Assistent der I. Universitäts-Augenklinik, wohnt jetzt I., Schottenring 2 und ordiniert daselbst von 2—4.

Erratum. In Nr. 45, pag. 2198, Z. 8 v. u. lies statt „MESSNER" richtig NIESSNER.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

- **Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.** 34. Kongreß. Berlin 1905, A. Hirschwald.
- **G. v. Bunge,** Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 2. Aufl. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel. — M. 28·—.
- **E. de Silvestri,** Come si evita e si cura la tuberculosi. Turin 1906, Carlo Clausen.
- **E. Frey,** Abriß der Arzneibehandlung. 2. Aufl. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel. — M. 2·40.
- **C. v. Monakow,** Gehirnpathologie. 1. u. 2. Hälfte. Wien 1905, Alfred Hölder. — K 42·—.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 20. November 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prof. Dr. M. KASSOWITZ: Der Kampf gegen den Alkohol und die Ärzte.

Chirurgischer Demonstrationsabend.

Mittwoch, den 22. November 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der II. chirurgischen Klinik. Zu demselben haben die praktischen Ärzte freien Zutritt. Einladungen werden nicht versandt.

Österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege.

Vollversammlung. Mittwoch, den 22. November 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale des k. k. hygienischen Universitätsinstitutes, IX., Schwarzspanierstraße 17.

Privatdozent Dr. KARL ULLMANN: Zur Frage der sexuellen Aufklärung der Schuljugend.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 23. November 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik v. NEUSSER.

I. Demonstrationen. — II. Dr. WIESEL: Über Gefäßerkrankung im Verlaufe von akuten Infektionskrankheiten.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 26. November 1905. Nr. 48.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Redigiert von
Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der Abteilung des Prof. E. Lang im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien.

Zur Therapie der entzündlichen Leistendrüsen.

Von **Dr. Richard Volk.**

I.

Die Lymphdrüsen, jenes Bollwerk, das der Organismus dem eindringenden Feinde entgegenzustellen vermag, verhalten sich bei Erkrankungen in ihrem Stromgebiete recht verschieden. Im günstigsten Falle, dann wenn Leukozyten, bakterizide und antitoxische Substanzen allein dem infektiösen Virus standzuhalten vermögen, werden sie überhaupt nicht tangiert. Dringt das Virus jedoch bis in die Drüse vor, so wird es in ihr, ohne daß sie selbst größeren Schaden leidet, abgetötet, oder aber die Drüse erkrankt in stärkerem oder minderem Grade. Ja, der Schützer des Organismus kann sogar selbst dem Verderben verfallen und gefährlich werden, indem das genommene Bollwerk zwar den Feind aufgehalten hat, ihm jetzt aber den Stützpunkt zu neuen Angriffen bietet, wie dies z. B. bei der Tuberkulose und wahrscheinlich auch bei der syphilitisch erkrankten Drüse der Fall ist.

Von den venerischen Infektionen führt die Blennorrhöe selten, das venerische Geschwür häufiger zur Drüsenerkrankung. Am häufigsten und schwersten erkranken die Drüsen dann, wenn sie schon von früher her verändert sind, sei es durch konstitutionelle Anomalien (skrofulösen, lymphatischen Habitus), sei es durch bereits durchgemachte oder zu gleicher Zeit aufgetretene anderweitige Infektionen; es kommt dann zur Form der strumösen Lymphadenitis. In den meisten Fällen vermag nun die Prophylaxe im Sinne einer rationellen Behandlung des Geschwüres das Ersprießlichste zu leisten, während verkehrte Maßnahmen Drüsenentzündungen direkt provozieren können.

Ich kann mich bezüglich der Therapie des venerischen Geschwüres und von Ulzerationen am Genitale überhaupt wohl ganz kurz fassen, da dieselbe ja in den Lehrbüchern und letzthin in einem Artikel von E. Hoffmann erschöpfend behandelt ist. Warnen muß man aber stets vor Behandlungsmethoden, welche das Geschwür mit einem dicken, undurchlässigen, festhaftenden Schorf bedecken oder Keime gar in die Tiefe verschleppen, wie dies z. B. durch intensive Verschorfung mit dem Lapisstifte erfolgen kann. Auch die Kauterisation mit dem Paquelin oder elektrischen Thermokauter erfolge nur ganz oberflächlich, es genügt dies, da der Ducreysche Bazillus im allgemeinen wenig resistent gegen Schädlichkeiten ist. Sehr gut bewährten sich uns eventuell mehrmalige Ätzungen mit Acid. carbol. liquefact. Geht man vorsichtig von der Oberfläche gegen die Tiefe, so können dieselben auch ohne ein Lokalanästhetikum fast ganz schmerzlos für den Patienten vorgenommen werden.

Als souveränes Antiseptikum für das venerische Geschwür muß wohl das Jodoform gelten, an dessen Stelle, allerdings in gemessenem Abstande, an unserer Abteilung das Xeroform verwendet wird. Ich zweifle nicht, daß man auch mit manchen anderen Ersatzmitteln des Jodoforms gute Resultate erzielt, wenn sie nur in entsprechender Form angewendet werden. Diese besteht vor allem darin, daß es nicht zu einer Ansammlung des Pulvers auf dem Geschwüre komme, sondern daß vor jeder neuen Applikation die Stelle entsprechend gereinigt werde. Betupft man das Geschwür mit 10%igem Jodoformäther, so beschlägt es sich nach dem Ver-

dunsten des Äthers mit einem sehr feinen, gleichmäßigen Jodoformschleier, unter dem es rasch zur Reinigung kommt. Nach unseren Erfahrungen erhält man ganz ausgezeichnete Resultate, wenn man die Geschwüre statt trocken mit einem feuchten Jodoform- oder Xeroformverband bedeckt. Als Flüssigkeit verwenden wir $^1/_4$—$^1/_2$%ige Kupferlösung oder auch verdünntes Bleiwasser, wodurch wir Reinigung der Geschwüre und gesunde Granulationen in den meisten Fällen rasch herbeiführen können; der feuchte Verband kann innerhalb des Präputialsackes auch wegbleiben, da der Verband daselbst ohnehin feucht erhalten wird. Reinigung erzielt man auch durch Betupfen mit 30% H_2O_2, Aufstreuen von Pyrogallolpulver, HOLLÄNDERsche Heißluftverschorfung oder Einwirkung konstanter Wärme mittelst Hydrothermoregulators u. a.; ich möchte, wie gesagt, mich bei der Geschwürsbehandlung nicht weiter aufhalten und hier nur noch bemerken, daß wir wie auch NECKER von Isoform öfter Reizung beim venerischen Geschwür gesehen haben.

Nur noch einige Worte über jene Form des venerischen Geschwürs, welche man als sinuöse bezeichnen könnte, d. h. die Ränder sind dann nicht steil abfallend, sondern weit unterminiert, so daß es allzu leicht zu Sekretstauung und -zersetzung mit Ansiedlung verschiedener Bakterien kommt. Diesen Charakter nimmt das Geschwür gerne dann an, wenn es sich in der Gegend der Lymphwurzeln, speziell hinter dem Sulkus ansiedelt. Man zögere in solchen Fällen nicht zu lange mit einem kleinen chirurgischen Eingriffe: Abtragung der unterminierten Ränder, breite Eröffnung des fistulösen Geschwüres erleichtern und beschleunigen die Heilung, schützen andrerseits vor Infektion der Drüsen. Finden sich die Geschwüre in einem kongenital oder entzündlich phimotischen Präputialsacke, so erweist man dem Patienten sicherlich nur einen Dienst, wenn man beizeiten die Erweiterung bzw. Ablatio vornimmt. Bei günstiger Lage der Ulzeration kann man das Geschwür auch resezieren, die Wundränder mit dem Paquelin leicht anhauchen und vernähen, was die prima intentio nicht verhindert.

Selbstverständlich wenden wir auch jeder anderen Affektion am Genitale unsere vollste Aufmerksamkeit zu, sei es nun eine Balanoposthitis, ein Herpes progenitalis, venerische Papillome oder ein kleiner entzündeter Follikel.

Unter solchen Umständen wird es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gelingen, eine Entzündung der Lymphdrüsen zu verhindern, selbst wenn sich der Patient, wie dies bei dem Material der Ambulanzen meist der Fall ist, nicht die nötige Schonung auferlegen kann.

Ist es aber trotzdem zur Entzündung der Drüsen gekommen und wird der Arzt beizeiten zu Rate gezogen, so wird er zunächst eine abortive Behandlung versuchen. Ich möchte erwähnen, daß ich im folgenden jene Maßnahmen schildere, die bis vor kurzem an unserer Abteilung gebräuchlich waren, um später auf eine Behandlungsweise einzugehen, die in jedem Stadium mit gewissen Modifikationen angewendet werden kann und unsere therapeutischen Eingriffe wesentlich modifiziert hat. Die abortive Behandlung besteht darin, daß man den Patienten Bettruhe beobachten läßt, wobei er gleichzeitig Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Bleiwasser, Alkohol macht oder auch ein- bis zweimal innerhalb 24 Stunden zu wechselnde Verbände mit diesen Flüssigkeiten bekommt, was wir besonders beim Alkohol bevorzugen. Unterstützt kann diese Behandlungsweise noch durch Einpinselungen mit Jodvasogen oder Jothion werden. In einer verhältnismäßig geringen Zahl von Fällen gelingt es dadurch, den Prozeß zu kupieren. Sind die Schmerzen groß, so läßt sich der wohltätige Einfluß der Wärme in Form eines Thermophors oder des ULLMANNschen Hydrothermoregulators nicht verkennen; diese bringt entweder das entzündliche Infiltrat zur Resorption oder beschleunigt die Suppuration.

Es sei mir gestattet, mit wenigen Worten auf die Entwicklung der venerischen Bubonen einzugehen, da von der Entwicklung und dem Aussehen des Bubo bis zu einem gewissen Grade Prognose und Therapie abhängen. Am günstigsten gestalten sich die Verhältnisse dann, wenn eine oder wenige Drüsen ganz akut vereitern und einen heißen Abszeß bilden: wir machen in solchen Fällen die Punktion mit nachheriger Einspritzung einer 1%igen Argentum nitricum-Lösung. Der Verlauf dieses kleinen Eingriffes, der trotz seiner Einfachheit möglichst exakt ausgeführt werden muß, um vollkommen zu gelingen, ist folgender: Nach Rasieren und gründlicher Reinigung des Terrains wird bei strengster Asepsis unter Kelen mit dem Spitzmesser eine ganz kleine Punktionsöffnung gemacht, der Eiter durch Druck von der Peripherie gegen die Öffnung zu entleert und nun eine Pravazspritze 1%iger Argentum nitricum-Lösung eingespritzt, unter leichter Massage mit der Abszeßwand allseits in Berührung gebracht und herausgelassen. Hierauf wird abermals eine kleine Menge Argentum nitricum-Lösung eingebracht und darin belassen. Auf die Punktionsöffnung kommt ein kleines Stückchen Jodoformgaze (keine Drainage) und ein feuchter Kompressionsverband, der 4—5 Tage liegen bleibt. Ist die Operation tadellos gelungen und war die Drüse dafür geeignet, so ist nach Abnahme des ersten Verbandes in selteneren Fällen der Patient geheilt; oder aber es entleert sich noch ein wenig leicht blutig tingiertes Serum, das nach abermaliger Injektion von etwas Silberlösung binnen ganz wenigen Tagen versiegt. Man könnte den Vorgang, der in dieser Weise oft gelingt, nach LANG „die Heilung eines Abszesses per primam" nennen: die Abszeßwände legen sich aneinander und verheilen eben wie aseptische Wundflächen.

Der Verlauf ist jedoch nicht immer so glatt. Beim ersten Verbandwechsel entleert sich noch immer Eiter, der vielleicht ein wenig blutig tingiert, dick und klebrig, fadenziehend ist, offenbar von beigemengtem Serum. Es wird der Inhalt exprimiert, eventuell wieder Argentumlösung injiziert und feucht verbunden, selbstverständlich unter den Regeln der Asepsis, denn nur dann kann man auf Erfolge rechnen. Findet man die kleine Öffnung beim Verbandwechsel verklebt, so wird sie mit steriler Sonde geöffnet; nur höchst selten machen wir Guttaperchastreifendrainage auch bei einer Punktionsöffnung. Nach und nach nimmt das Sekret seröse Beschaffenheit an und die Fistel schließt sich im Verlauf von 12—24 Tagen. Diese Methode hat sich uns nicht nur bei venerischen Bubonen, sondern auch bei anderen akuten Abszessen an der Haut, bei BARTHOLINschen, periurethralen Abszessen bewährt, so daß wir sie in geeigneten Fällen gerne üben.

Ähnlich ist auch der Vorgang bei der Doppelpunktion, wenn sie zum Ziele führt. Es wird bei größeren Drüsenabszessen außerhalb des mittleren Drittels der Längsachse an zwei gegenüberliegenden Stellen eine Punktion gemacht, der Eiter abgelassen, mit Argentumlösung die Abszeßhöhle durchgespült und durch die beiden Öffnungen ein Guttaperchadrain durchgeführt, hierauf feucht verbunden.

Führt die Punktion nicht zum Ziele, d. h. wenn die Sekretion nicht versiegt, wird man zur Operation schreiten. In solchen Fällen selbst bei großen Drüsenabszessen, die scheinbar nur noch wenig Drüsenreste enthalten, kommt es zur Inzision und Exkochleation im Ätherrausch, hierauf Auswaschen der Wunde mit einer antiseptischen Lösung und Jodoformverband.

Alle diese Fälle sind verhältnismäßig einfach. Viel unangenehmer sind jene auf der Abteilung am häufigsten vorkommenden Drüsenerkrankungen, bei welchen die einzelnen Drüsen nacheinander erkranken und vereitern, durch periadenitische Vorgänge miteinander verwachsen, Fistelbildungen nach außen und in die Tiefe entstehen, ferner auch jene in unserer Abteilung nicht seltenen Fälle von strumöser Lymphadenitis, wo es außer zu degenerativen auch zu hyperplastischen Vorgängen der Drüsen kommt, die dann zu mächtigen Paketen anschwellen. Selbstverständlich wird auch in solchen

Fällen zunächst noch versucht, die Drüsen zur Rückbildung zu bringen, leider meist vergebens. Es tritt an uns die Frage heran, besonders wenn heftige Schmerzen vorhanden sind oder Fieber eintritt, was tun?

Es sind verschiedene Methoden angegeben. Die einen meinen: Inzision und Exkochleation; dadurch bekommt man allerdings die bereits abszedierten und die ganz morschen oberflächlichen Drüsen heraus, für den Moment ist dem Patienten geholfen; in den zurückgebliebenen Resten schreitet aber der Prozeß weiter, wenn auch einzelne Drüsen sich vielleicht zurückbilden, und so ist man gezwungen, die Operation nach einiger Zeit zu wiederholen, wobei ja schließlich der Patient auch in der Zwischenzeit unter dem Einflusse vereiternder Drüsen steht. Inzwischen kann es auch noch zu ziemlich weitläufigen und tiefen Fisteln kommen, die bis unter die Fascia superficialis reichen und eine eventuell doch notwendige spätere Operation bedeutend erschweren.

Ähnliches ist auch von jener Behandlungsmethode zu sagen, bei welcher jeder einzelne Abszeß punktiert und entsprechend behandelt wird. Der Prozeß wird dadurch gewiß nicht abgekürzt. Trotzdem zweifle ich nicht, daß auch dadurch in manchen Fällen Heilung erzielt wird.

Für uns war bei strumösen und multiplen Drüsenschwellungen stets der rein chirurgische als entsprechendste Standpunkt maßgebend, wie ihn auch M. v. Zeissl, Audry, Klotz u. a. einnehmen. Kann man noch hoffen, die Drüsen ohne Eröffnung des Abszesses herauszunehmen, so wird um die Kuppe ein ovalärer Schnitt gemacht, die Haut nach beiden Seiten abgelöst, das Drüsenpaket stumpf herauspräpariert, wobei die zu Gesichte kommenden Gefäße sukzessive gefaßt werden. Nach Inspektion und exakter Blutstillung Naht, wobei man bei starker Spannung eventuell mehrere weit ausgreifende Stütznähte macht, kurzes Drain am unteren Wundwinkel, Verband. Ist die Eröffnung des Abszesses nicht zu umgehen, so wird auf denselben eingeschnitten, die Drüsen werden ausgelöst, das Wundbett gründlich gereinigt und antiseptisch verbunden. Ausnahmsweise wird in solchen Fällen eine Naht der ganzen oder wenigstens eines Teiles der Wunde versucht. Drohen die Nähte beim ersten Verbandwechsel durchzuschneiden, so entfernt man sie lieber früher und hat damit sicher nicht geschadet; dagegen kann man doch ab und zu die Freude erleben, daß die Nähte zum Teil oder ganz halten.

Die Drüsenexstirpation gelingt in vielen Fällen gewiß sehr leicht, dennoch möchte ich davor warnen, die Operation zu unterschätzen, ja unter Umständen kann diese sogar recht schwer werden. Ich möchte nur der einen Komplikation Erwähnung tun, daß größere Gefäße durch periadenitische Verwachsungen in den Drüsentumor einbezogen sind. Trotz vorsichtigsten Präparierens reißt dann mitunter die Gefäßwand ein, wenn man nicht vorher das Gefäß unterbunden und mit der Drüse exstirpiert hat, und man steht vor einer profusen Blutung. Ist der Riß nicht zu groß, so kann man immerhin versuchen, eine seitliche Ligatur anzulegen; hält dieselbe jedoch nicht oder ist die Wand so morsch, daß sie immer wieder einreißt, dann halte man sich mit weiteren Versuchen nicht auf, sondern fasse das Gefäß mit einem gut schließenden Péan und lasse denselben unter antiseptischem Verband 2- bis 3mal 24 Stunden liegen; derselbe wird dann unter allen Kautelen, um den jungen Thrombus ja nicht zu verletzen, abgenommen. Unter vielen Hunderten von Adenitisoperationen in den letzten 3 Jahren ist uns dieser unangenehme Zufall nur viermal begegnet, zweimal gelang uns die seitliche Ligatur, zweimal ließen wir die Klemmen liegen; in allen 4 Fällen erfolgte die Heilung ganz glatt ohne weitere Folgen. Wenn ich daher das Prozentverhältnis dieser Art schwerer Fälle mit 1% ansetze, so ist es eher zu hoch gegriffen.

Wir sind natürlich weit entfernt zu glauben oder auch nur zu wünschen, daß sämtliche Drüsen entfernt werden, wir exstirpieren nur die deutlich erkrankten Drüsen, ja lassen sogar bereits vergrößerte und offenbar infizierte, jedoch voraussichtlich noch erholungsfähige Drüsen zurück, mit dem Risiko, eventuell einmal eine kleine Nachoperation in Lokalanästhesie machen zu müssen, was bei einiger Erfahrung allerdings kaum jemals vorkommt. Gerade mein Chef ist es, der junge Operateure vor unnötigem Radikalismus warnt. Da auf unserer Abteilung der chirurgischen Behandlung in unserem Spezialfache ein weiter Spielraum gegeben ist, strömt das diesbezügliche Material auch bei uns zusammen. Die Resultate bei Anwendung dieser Methode sind ganz vorzügliche, wenn auch die Heilungsdauer größerer Adenitiswunden 4—6 Wochen währt. Man kann diese noch abkürzen, wenn man sekundär näht oder thierscht; von uns wurde dies allerdings nur in einzelnen Fällen geübt.

Der Einwand, daß man durch Exstirpation der Drüsen den Organismus eines wichtigen Abwehrmittels gegen spätere Infektionen beraubt, ist schon deshalb nicht in vollem Umfange gerechtfertigt, da wir ja nur das exstirpieren, was vermutlich ohnehin dem Untergang geweiht ist. Aber gesetzt den Fall, wir taten wirklich einmal des Guten etwas zu viel, so ist, glaube ich, bei der reichen Kommunikation der Lymphgefäße untereinander nicht zu besorgen, daß sich dem eindringenden Feind nicht noch ein Lymphdrüsenwall entgegenstellen würde.

Viele hält auch die Furcht vor einer konsekutiven Elephantiasis scroti et penis ab. Wenn ich auch die Möglichkeit dieses Vorkommnisses nicht in Abrede stellen kann, so muß dieses doch ein recht seltenes sein, da ich bei vielen Hunderten von uns operierten Lymphadenitiden es noch nicht einmal eintreten sah. Es mag dies ein Zufall sein; immerhin glaube ich, daß in solchen Fällen ganz besondere, uns noch unbekannte Momente mitspielen dürften. Zu dieser Ansicht bringt mich besonders ein Fall, der mir lebhaft in Erinnerung ist. Es kam auf unserer Abteilung ein Mann mit einer Elephantiasis scroti et penis zur Aufnahme, der vor wenigen Wochen — notabene nicht bei uns — wegen beiderseitiger Lymphadenitis operiert worden war. Die Narben waren nicht besonders lang, mäßig weich, mit der Unterlage nicht verwachsen; außerdem konnte man deutlich an beiden Endpunkten der Narben vergrößerte Drüsen tasten; man mußte, glaube ich, die Elephantiasis, die ja sicher infolge der Operation aufgetreten war, nicht so sehr dem Drüsenmangel als vielmehr ganz eigentümlichen Stromverhältnissen in den Lymphgefäßen zuschreiben.

Noch einer jetzt allerdings seltenen Adenitisart muß ich Erwähnung tun, das sind die ulzerösen, vielleicht mitunter venerisch-ulzerösen und serpiginösen Bubonen. Bei beiden kommen die Regeln der antiseptischen Wundbehandlung mit besonderer Berücksichtigung des spezifischen Krankheitserregers zur Geltung. Nebenbei achte man auch auf die Erhaltung eines guten Allgemeinzustandes, beim serpiginösen Bubo darauf, ob nicht Zeichen konstitutioneller Syphilis zu finden sind. Vollständig verschieden von dem letzteren ist die allerdings nicht allzu häufige Form der gummösen, gummösulzerösen Lymphadenitis, die auf eine antiluetische Kur, speziell Jodkali, prompt zurückgeht und nur da und dort, wo es zu Unterminierungen gekommen ist, geringer chirurgischer Nachhilfe bedarf.

* * *

So standen an unserer Abteilung die Dinge, bis wir vor einigen Monaten durch die Publikationen von August Bier und besonders durch die Erfolge, die Rudolf Klapp mit der lokalen Stauung erzielt hat, dazu geführt wurden, diese Behandlungsmethode auch für unser Fach nutzbar zu machen. Ich habe sie bei allen Arten von Bubonen mit Ausnahme der ulzerösen und serpiginösen versucht und, wie ich gleich vorwegnehmen will, mit ausgezeichnetem Erfolge. Die Empfehlung dieser Methode ist die Veranlassung dieser Publikation. Es sei mir auch gestattet, anhangsweise über

2*



die Verwendbarkeit derselben bei anderen venerischen und Hauterkrankungen Mitteilung zu machen.

Das große Verdienst Biers ist es, eine alte, scheinbar schon längst überlebte Methode aufgegriffen und durch konsequente Anwendung und zielbewußte Verbesserung ihr scheinbar einen ersten Platz in der Behandlung gewisser chirurgischer Erkrankungen verschafft zu haben, die früher vielfach nur durch verstümmelnde Operationen geheilt werden konnten. Nebenbei hat er auf die eminent schmerzstillende Wirkung der Stauungshyperämie hingewiesen, Vorzüge, die ich auch auf unserem Gebiete vollauf bestätigen kann.

Die Behandlungsmethode nach Bier — ich spreche hier nur von der lokalen Stauung — besteht bekanntlich in einer Hyperämie des gestauten Gebietes infolge Kompression der abführenden Venen mit ödematöser Durchtränkung desselben. Es ist heute wohl noch nicht sicher, worauf die Heilkraft beruht, sei es auf der Zirkulationsverlangsamung, wodurch Gewebe und eventuelle Mikroorganismen mit dem Blute in längeren und innigeren Kontakt kommen, oder aber die reichliche Ausschwemmung durch das transsudierte Serum, wobei etwa auch mehr Leukozyten in Aktion treten; vielleicht sind es alle diese Momente und auch noch andere uns unbekannte, die dabei eine Rolle spielen. Jedenfalls darf das Gewebe, worauf Bier mit Recht ein großes Gewicht legt, durch die Stauung nicht unterernährt, d. h. die Stauung nicht zu weit getrieben werden.

Klapp hat in seiner Publikation eine Menge sehr praktischer Glasinstrumente angegeben, die an jeder Körperstelle angebracht werden können. Für unsere Zwecke reichten wir fast in allen Fällen mit einem Glastrichter mit breitem Rande aus; an diesen wurde ein kurzer Gummischlauch befestigt, mit einer Klemme armiert. Vermittelst einer Glasspritze wurde die gewünschte Luftverdünnung hergestellt und nun der Schlauch abgeklemmt. Für ganz schwierige Fälle, also z. B. solche, wo sich der Drüsentumor von der Regio inguinalis bis an die innere Schenkelfläche hinzog, ließ ich mir einen Trichter aus Blei mit ovalem Querschnitt konstruieren, den ich dann nach Belieben biegen, ja unter Umständen mit einer starken Scheere sogar entsprechend zuschneiden konnte. Einen Übelstand haben natürlich solche Bleitrichter, nämlich den, daß uns der Anblick der gestauten Haut verloren geht, was nicht zu unterschätzen ist. Da man aber jedenfalls mit einer ganz geringen Zahl von Modellen sein Auslangen findet, kann man ja nach dem Bleitrichter sich solche aus Glas blasen lassen.

Die Technik der Stauung ist gewiß eine sehr einfache, bedarf aber trotzdem großer Sorgfalt und Erfahrung, so daß sie nicht ohneweiters dem Pflegepersonal überlassen werden darf. Von gewissen beachtenswerten Kleinigkeiten werde ich im weiteren Verlaufe berichten, vorher sei im allgemeinen über die Art und Weise der Handhabung der Stauungsapparate gesprochen. Man wähle einen Trichter, dessen Zirkumferenz mindestens um etwa Fingerbreite nach allen Seiten größer ist als das zu stauende Gebiet und setze ihn unter leichtem Druck auf die Haut. Nur selten habe ich einen Vorteil vom Einfetten des Trichterrandes gesehen; dagegen ist es gut, die Umgebung zu rasieren, da hierdurch einerseits die Stauung erleichtert wird, andrerseits dem Patienten Schmerzen erspart bleiben, welche durch Anziehen von Haaren hervorgerufen werden.

Die Trichter müssen natürlich stets chirurgisch rein sein. Unsere ersten Bemühungen, dies durch Auskochen zu erreichen, scheiterten daran, daß das dickwandige Glas allzu häufig sprang. Wir nehmen die Reinigung jetzt mit Alkohol und Äther vor und lassen die Trichter in einer 2—3%igen Karbollösung liegen.

Ist nun alles soweit vorbereitet, so wird durch Ansaugen mittelst einer größeren Glasspritze die Luft verdünnt und dann der Schlauch mittelst einer Klemme abgeklemmt. Die nächste Frage ist natürlich die, wie stark soll man stauen? Es läßt sich das nicht im allgemeinen beantworten, da man in jedem Falle individualisieren muß; dies ist auch der Grund, weshalb ich eine beabsichtigte manometrische Messung der Luftverdünnung unterließ, da sie uns ja voraussichtlich keine allgemein gültige Regel ableiten lassen dürfte. Vor allem hüte man sich zu stark zu stauen, ein Fehler, der zu den häufigsten und schwersten dieser therapeutischen Methode gehört. Die Stauung darf unter keinen Umständen dem Patienten intensivere Schmerzen bereiten; dies wäre ein Maßstab für den Grad. Die Haut soll eine lebhaft rote Farbe annehmen, die in späteren Stadien und bei subakuten Entzündungen von vornherein eine leicht bläuliche Beimischung erhält. Der Kranke hat dabei das Gefühl des Zuges, der Spannung. Natürlich läßt sich bei den oft äußerst schmerzhaften Adenitiden eine leichte Schmerzempfindung während des Anziehens nicht vermeiden, doch verschwindet diese alsbald und der Kranke fühlt sich zumeist während und nach der Stauung wohler als vorher. Man vermeide auch ein plötzliches, ruckweises Anziehen des Spritzenstempels, was stets schmerzhaft empfunden wird, während ein allmähliches Einschleichen dies vermeidet.

Die Folgen einer zu starken Luftverdünnung machen sich bald geltend. Zunächst können Hämatome teils in der Haut oder auch im Drüsengewebe entstehen. Besonders leicht entstehen solche Blutungen in Hautpartien, die dem Knochen direkt anliegen, z. B. an der Stirne, wie dies ja auch unseren sonstigen Erfahrungen entspricht; der kleinste Insult ist an der Stirne oft von einer Blutbeule gefolgt. Andrerseits kann aber auch bei zu starker Stauung die erhoffte Wirkung ausbleiben.

Auch bezüglich der Dauer der Stauung läßt sich eine konstante Bestimmung nicht machen; je größer die Erfahrung ist, desto mehr wird man individualisieren können. Durchschnittlich wurden die Drüsen $^1/_2$ Stunde bis 2mal $^1/_2$ Stunde innerhalb 24 Stunden gestaut und sehr gute Resultate erzielt. Diese Zeit kann im Beginn und bei akuten Entzündungen mit Unterbrechungen auch bis auf je 1 Stunde verlängert werden, während sie im weiteren Verlaufe wohl auch verkürzbar ist. Die Methode Biers, auch noch halbe Stunden in Stauungszeiten zu je 10 Minuten und dazwischenfallende kurze Erholungspausen einzuteilen, wurde in mehreren Fällen geübt, ohne jedoch bisher wesentlich bessere Resultate zu geben.

Über die Torsion des Samenstranges.

Von **Dr. Josef Bogdanik**, Primararzt der chirurgischen Abteilung am St. Lazarus-Spitale in Krakau.

II.

Krankengeschichten.

1. Delasiauve. Knabe, 15 Jahre alt, hat seit Jahren einen rechtseitigen Leistenbruch und links eine beim leichten Pressen vortretende Geschwulst; Ende November 1831 wurde die Geschwulst größer, hart und schmerzhaft und es wurde ein eingeklemmter Schenkelbruch diagnostiziert. Bei der Operation fand man den gedrehten Samenstrang und den Hoden von der Größe eines Hühnereies, hart und rot verfärbt im Leistenkanale. Ligatur des Samenstranges, Entfernung des Hodens. Heilung („Revue médicale française et étrangère", 1840, T. 1, pag. 363).

2. Angelo Scarenzio. Landmann, 41 Jahre alt, wurde am 30. November 1857 ins Spital in Mailand aufgenommen. Er hat seit einigen Jahren einen linkseitigen Leistenbruch. Angeblich nach einer größeren Anstrengung und Mahlzeit bekam er heftige Schmerzen in der linken Leistengegend, Erbrechen und Stuhlverhaltung. Es wurde daher ein eingeklemmter Bruch diagnostiziert. Bei der Operation entleerte sich eine zitronengelbe Flüssigkeit und es kam der Hoden zum Vorschein in der Größe einer halben Orange, der Samenstrang zweimal um die Achse gedreht. Ligatur des Samenstranges. Entfernung des Hodens. Es war keine Kommunikation mit der Bauch-

höhle. Am 24. Dezember 1857 verließ der Kranke genesen das Spital („Annali universali di medicina“, Vol. 4, pag. 595, Milano 1859).

3. LANGLET. Schneider, 21 Jahre alt. Er bemerkte, daß sein rechter Hoden öfters aufwärts stieg, aber leicht heruntergezogen werden konnte. Im Jahre 1867 bemerkte er eine schmerzhafte Geschwulst im Skrotum und suchte Spitalshilfe, wo die Diagnose zwischen Hodenentzündung, eingeklemmtem Leistenbruch, Hodeneinklemmung und Lymphdrüsenentzündung schwankte. Nach fünftägigem Bestehen der Krankheitssymptome wurde der Kranke operiert. Einschnitt über dem Hodensacke. Nach Eröffnung der Tunica vaginalis entleerte sich etwas Flüssigkeit und es zeigte sich eine Geschwulst, welche anfangs als eine Darmschlinge angesehen wurde. Später zeigte es sich, daß es der kongestionierte Hoden und Nebenhoden mit gedrehtem Samenstrange war. Mit der Bauchhöhle war keine Kommunikation. Der Samenstrang wurde zurückgedreht, der Hoden in normaler Stellung belassen. Drei Tage später mußte jedoch der nekrotisierende Hoden entfernt werden („Bulletins de la Société anatomique“, 1871, pag. 281).

4. LANGTON. Am 19. April 1881 wurde ins St. Bartholomew's Hospital in London ein 33 Jahre alter Mann aufgenommen, welcher ohne Grund eine orangegroße Geschwulst des linken Hodens bemerkte. Die Geschwulst entleerte auf eine Punktion eine blutig seröse Flüssigkeit, erreichte aber nach 4 Tagen die ursprüngliche Größe. Es wurde ein Einschnitt vorgenommen und flüssiges Blut mit Gerinnsel entfernt. Der Hoden war in der Tunica vaginalis frei beweglich und hing am gedrehten und geschwollenen Samenstrange, welcher jedoch nicht zurückgedreht werden konnte. Der in situ belassene Hoden wurde nach einigen Tagen gangränös abgestoßen. Heilung (St. Bartholomew's hospital reports, 1881, T. 17, pag. 188).

5. NICOLADONI. Forstpraktikant, 16 Jahre alt, besitzt einen rechtseitigen Leistenhoden. Vom 12. Jahre an hatte er öfters schmerzhafte Anschwellungen in der rechten Leiste, was stets nur einige Stunden dauerte. Am 28. Dezember 1883 hatte er einen ähnlichen Anfall mit Erbrechen, aber ohne Stuhlverhaltung. Am 31. Dezember wurde im Leistenkanale eine nußgroße, sehr schmerzhafte, unbewegliche Schwellung gefunden, der rechte Hodensack leer. Es wurde Periorchitis diagnostiziert und die Entfernung des ektopischen Hodens empfohlen. Am 11. Januar 1884 wurde der Kranke operiert. Man fand den geschwollenen, um den kurzen Stiel (Samenstrang) um 180° von links nach rechts gedrehten Hoden. Der Sack kommunizierte mit der Bauchhöhle. Ligatur des Samenstranges, Entfernung des Hodens, Heilung. Der entfernte Hoden hatte die Form einer abgeplatteten Birne. Blutinfiltration, die Venen thrombosiert und vollkommen, die Arterien nur zum Teile obliteriert. Spermatozoen wurden nicht gefunden („Archiv f. klin. Chirurgie“, 1885, T. 31, pag. 182).

6. NICOLADONI. Taglöhner, 62 Jahre alt, erkrankte an einer schmerzhaften Schwellung im rechten Hodensacke mit Erbrechen. Es wurde Periorchitis suppurativa vermutet und am 22. Juni 1883 operiert. Nach Eröffnung der Tunica vaginalis entleerten sich ungefähr 200 *g* blutiger Flüssigkeit und es fiel ein rötliches Organ vor, welches ursprünglich für eine eingeklemmte Dünndarmschlinge gehalten wurde. Bei näherer Untersuchung stellte es sich heraus, daß es der ganz frei auf dem um fast eine ganze Wendung gedrehten Samenstrange hängende, gangränös scheinende Hoden war. Infolgedessen wurde er entfernt. Der Samenstrang bestand aus zwei gesonderten Strängen, dem Samenleiter und den thrombosierten Gefäßen. Im Nebenhoden waren zwei bluthaltige Räume. Spermatozoen wurden nicht gefunden. Der Verfasser betrachtet den Fall als alte Ektopie mit verspätetem Deszensus („Archiv f. klin. Chirurgie“, 1885, Bd. 31, pag. 186).

7. FRITZ CAHEN. 21jähriger Schlosser, hat einen rechtseitigen Leistenhoden, welcher ihm öfters Schmerzen verursachte. Nach einem Sprunge über einen Graben entwickelte sich nachts eine äußerst schmerzhafte Schwellung der rechten Leistengegend. Dieselbe wurde am 8. März 1889 als eingeklemmter Bruch auf die HELFERICHsche Klinik in Greifswald gebracht. Man fand einen linken normalen Hoden, rechts den Hodensack frei. In der rechten Leistengegend war eine taubeneigroße, sehr druckempfindliche elastische Geschwulst, nach Angabe des Kranken der Hoden. Drei Tage wurde Antiphlogose angewendet, darauf operiert. Nach Eröffnung der Tunica vaginalis zeigte sich trübe, blutige Flüssigkeit und darin der schwarzrot verfärbte, geschwollene, einem brandigen Darme ähnliche Hoden mit spiralig aufgewundenem Samenstrange. Hoden und Samenstrang hängen frei in dem umgebenden Sacke, wie eine auf dem Stiel aufsitzende Pflaume. Die spiralige Drehung des Samenstranges von links nach rechts beträgt 360°. Ligatur des Samenstranges, Abtrennung des Hodens, aseptische Heilung. An dem gewonnenen Präparate läßt sich der Samenstrang in zwei spiralig aufgewundene Stränge trennen, einen breiteren, der dem Vas deferens und den großen Gefäßen entspricht, und einen schmäleren, der aus Venen besteht. Das Mikroskop ergibt hämorrhagischen Infarkt des Hodens („Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie“, Bd. 30, pag. 101).

8. WHIPPLE und W. GIFFORD NASH. Knabe, 16 Jahre alt, bemerkt seit dem 7. Jahre eine Geschwulst im linken Leistenkanale, welche ab und zu in den Bauch hineinschlüpft. Am 10. Januar 1891 bemerkte er eine schmerzhafte Geschwulst in der linken Leiste und fing an zu brechen, weshalb er mit der Diagnose eingeklemmter Leistenbruch ins Spital zu Plymouth gebracht wurde. Bei der Operation entleerte sich blutige Flüssigkeit und es zeigte sich der geschwollene, mit Blut unterlaufene Nebenhoden am zweimal gedrehten Samenstrange. Dem Hoden anhaftend, fand sich ein Netzstrang. Ligatur, Entfernung des Hodens mit dem Nebenhoden. Das Netzende wurde in die Bauchhöhle geschoben. Heilung („British medical Journal“, 1891, T. 1, pag. 1226).

9. MEYER. Ein 18jähriger Jüngling wurde am 17. Oktober 1890 auf CZERNYs Klinik in Heidelberg gebracht. Seit 2 Tagen hat er Schmerzen im rechten Hoden unter Kollapserscheinungen, Puls klein, beschleunigt, Erbrechen. In der darauf folgenden Nacht vergrößerten sich die Schmerzen, am nächsten Tage wurde die Diagnose auf geplatzte Varikozele gestellt, daher die Operation vorgenommen. Die Tunica vaginalis mit Blut angefüllt, darin der geschwollene Hoden mit dem Nebenhoden, welcher $1^1/_2$mal um die Längsachse von rechts nach links gedreht war. Die Drehung wurde gelöst, der Hoden belassen. Die Tunika genäht. Am 10. Februar 1891 fand man den rechten Hoden etwas härter an der Peniswurzel fixiert. Der linke Hoden hat an Größe zugenommen. Verfasser ist der Ansicht, daß der linke Hoden kompensatorisch hypertrophiert und daß der rechte mit der Zeit atrophieren wird („Deutsche med. Wochenschr.“, 1901, Nr. 25, pag. 800).

10. GERVAIS. Ein 4jähriger Knabe klagte über Schmerzen nach einem Falle links im Bauche und wurde am 21. Juni 1890 auf die MIKULICZsche Klinik in Breslau gebracht. Skrotum ödematös mehr von der linken Seite. Der rechte Hoden normal, der linke etwas geschwollen, schmerzhaft. Es wurde Torsion des Samenstranges diagnostiziert und der Kranke operiert. Die Operation zeigte einen haselnußgroßen, geschwellten, dunkelblauroten Hoden, ausgedehnte Venenstränge am Körper und Kopf des Nebenhodens. Drehung des Schwanzes des Nebenhodens und Anfangsteils des Samenstranges um 360°. Rückdrehung leicht, darauf wurde die Verfärbung rückgängig. Schluß der Wunde bis auf eine kleine Stelle. Am Ende der dritten Woche wurde ein Teil des gangränösen Hodens abgestoßen (Inaugural-Dissertation, Breslau 1891).

11. THOMAS BRYANT. 15jähriger Knabe, hatte einen linkseitigen Leistenhoden. In der Nacht verspürte er plötzlich gegen den Nabel ausstrahlende Schmerzen, welche ebenso wie die Geschwulst im Leistenkanale zunahmen. Es wurde ein eingeklemmter Bruch vermutet. Auf einen Schnitt fand man eine kohlenschwarze, glänzende Geschwulst, welche das Aussehen einer eingeklemmten Darmschlinge hatte. Es war der mit Blut überfüllte Hoden, der Samenstrang $1^1/_2$mal gedreht. Die Detorsion ging leicht vonstatten. Der Hoden wurde belassen, atrophierte jedoch später („British med. Journal“, 27. Februar 1892).

12. KEEN. Ein 23jähriger Mann hatte seit der Kindheit einen linkseitigen Leistenbruch und Leistenhoden. Es traten Einklemmungserscheinungen auf, 3 Tage später wurde er operiert. Man fand den Samenstrang $1^1/_2$mal gedreht und ein Hämatom hinter dem Hoden. Ligatur, Entfernung des Hodens (Medico-chirurgical transactions, London 1892, Vol. 75, pag. 253).

13. HERBERT PAGE. Ein 17jähriger Knabe wurde am 4. Juni 1891 mit einem rechtseitigen Leistenbruch ins Spital gebracht, welcher tags vorher starke Schmerzen, Anschwellung und Erbrechen

verursachte. Am 4. Tage nach dem Auftreten der Erscheinungen wurde der Kranke operiert. Der Hoden schwarz, der Nebenhoden sehr geschwollen, schokoladefarbig, der Samenstrang unterhalb des äußeren Leistenringes zweimal um die Achse von rechts nach links gedreht. Kastration, Heilung („The Lancet", 1892, T. 2, pag. 257).

14. E. ANDRES operierte einen 13 Jahre alten Knaben, angeblich wegen eingeklemmtem Leistenbruch. Es bestand eine pralle Geschwulst in der linken Leistengegend, der linke Hoden fehlte im Hodensacke. 10. Februar 1892: Es war eine 8—10 *cm* lange, einer Fischblase ähnliche Geschwulst, welche außer einer klaren Flüssigkeit eine bläulichschwarze Geschwulst enthielt. Sie war einem eingeklemmten Darme ähnlich. Nach Spaltung des Leistenringes zeigte es sich, daß es der gangräneszierende gedrehte Nebenhoden war, welcher sich in einer 1½maligen Umdrehung spontan zurückdrehte. Der Hoden sowie ein Teil der Tunica vaginalis wurde exstirpiert. Ungestörte Heilung („St. Petersburger medizinische Wochenschr.", 1892, Nr. 47).

15. DAVIES COLLEY. 14jähriger Knabe besitzt einen rechtseitigen Leistenhoden. Ohne Grund bekam er plötzlich Schmerzen, Erbrechen und Anschwellung des Hodens. Es wurde wegen angeblich eingeklemmtem Bruche die Taxis versucht, nach 4 Tagen operiert. Es entleerte sich eine blutige Flüssigkeit und es zeigte sich der gedrehte, schwarze, glänzende Samenstrang in Form eines angesaugten Blutegels. Er wurde in drei Touren zurückgedreht, mit der Bauchhöhle war keine Verbindung. Der belassene Hoden wurde langsam gangränös abgestoßen. Die Heilung dauerte 65 Tage („British med. Journal", 1892, T. 1, pag. 811).

16. R. W. JOHNSON. Tapezierer, 30 Jahre alt, hat einen linkseitigen Leistenbruch und hatte beim Trompeten das Gefühl, als ob etwas hervorgetreten wäre, dabei Erbrechen, Schmerzen. Zwei Tage später fand man bei der Untersuchung eine schmerzhafte, nicht reponierbare Geschwulst im Hodensacke. Ein Teil der Geschwulst ließ sich in Narkose reponieren, dann wurde er operiert. Man fand im Hodensacke weder Darm noch Omentum, nur den gangränösen Hoden und Gaze, der Samenstrang 1½mal nach außen von innen gedreht. Entfernung des Hodens. Heilung („Annals of surgery", 1893, T. 17, pag. 282).

17. BARKER. Ein 15jähriger Knabe, dessen rechter Hoden stets klein geblieben und nicht herabgestiegen war, hatte seit dem 7. Lebensjahre einen rechtseitigen Leistenbruch. Am 2. März 1893 konnte der Bruchsackinhalt unmittelbar nach einem Stuhlgange nicht reponiert werden. Erbrechen. Am 5. März legte sich der Kranke und wurde am 9. März ins Spital geschickt. Starke örtliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit, Zunge trocken, Puls 96, Temp. 39·0°. Der rechte Hoden 2 Zoll unter dem rechten Leistenringe ums Mehrfache geschwollen, darüber eine ovale, dem Leistenkanale entsprechende Geschwulst. Leib nicht empfindlich, Winde gehen ab, kein Stuhlgang seit dem 2. März. Diagnose. Netzhernie. Bei der Operation entwich aus dem vermeintlichen Bruchsacke etwas blutiges Serum und Blutgerinnsel. Außerdem enthielt er einen abgeplatteten, dunkel livid verfärbten Hoden, welcher um drei halbe Windungen um den Samenstrang nach außen gedreht war. Keine Hernie. Die Strangulation wurde aufgehoben, der Hoden abgetragen. Heilung („The Lancet", 8. April 1893, Vol. 1, pag. 792).

18. W. GIFFORD NASH. Nach dem Sprunge über eine Bank verspürte ein 19jähriger Schüler am 17. März 1893 einen heftigen Schmerz im rechten Hoden, weshalb er das Bett hüten mußte. Erbrechen. Man fand den Knaben blaß, der etwas geschwollene Hoden und Nebenhoden war sehr druckempfindlich. Der Hoden war hinter dem Nebenhoden zu palpieren, außerdem fühlte man eine nußgroße, sehr schmerzhafte Geschwulst am Ansatze des Samenstranges, höher oben war der Samenstrang normal, der äußere Leistenring nicht erweitert. Keine Entzündung der Harnröhre. Auf Grund dieser Erscheinungen wurde eine Torsion des Samenstranges vermutet und die unblutige Detorsion fünf Viertelstunden nach dem Unfalle vorgenommen. Der Hoden wurde von außen nach innen gedreht und der Nebenhoden zur linken Seite des Kranken gewendet. Diese Handgriffe vermehrten die Schmerzen und der Hoden konnte in dieser Lage nicht erhalten werden. Die Rotation in umgekehrter Richtung war von Erfolg begleitet, der Nebenhoden nahm seine normale Lage nach hinten ein und der Kranke erklärte, daß der Schmerz nachließ. In einer halben Stunde ging die Schwellung des Hodens und Nebenhodens zurück, so daß nur eine kleine Verhärtung in der Mitte zurückblieb, am nächsten Tage war der Kranke vollkommen hergestellt. Am 19. Januar 1905 berichtet NASH im „British med. Journ.", daß der rechte Hoden des Kranken viel kleiner ist als der linke („British med. Journal.", 8. April 1893, Vol. 1, pag. 742).

19. E. OWEN. Ein 12jähriger Schulknabe, welcher einen linkseitigen Leistenhoden hatte, wurde beim Krocketspiel von einer schmerzhaften Anschwellung in der linken Leiste befallen. Erbrechen. Bei der Operation fand man die Tunica vaginalis mit blutig-seröser Flüssigkeit ausgefüllt und darin den gangränösen Hoden, ohne Mesorchium. Der Samenstrang war 1½mal nach oben gedreht. Der Hoden wurde entfernt („The Lancet", 1893, Vol. 2, pag. 1247).

20. LAUENSTEIN. Ein 25jähriger Arbeiter, war am 11. November 1890 damit beschäftigt, schwere Bauhölzer zu heben, als er plötzlich einen heftigen Schmerz im Leibe rechts unten verspürte. Er hatte einmal erbrochen, in der darauffolgenden Nacht noch dreimal. Winde und Stuhl gingen ab. Am 13. November ins Spital Bethseda gebracht, konstatierte man, daß er stets nur einen Hoden, und zwar linkerseits hatte. Über und entlang dem rechten Lig. Poup. fand sich eine elastische Geschwulst von Hühnereigröße. Im Hodensacke fehlte der rechte Hoden, während der linke normal war. Die Temperatur betrug 38·0° C. Man dachte also an eine Torsion des Leistenhodens, vollkommen ausschließen konnte man jedoch nicht eine Netzeinklemmung oder einen vom Wurmfortsatze ausgehenden Abszeß. Man beschränkte sich zunächst auf die Verabreichung von Opiumsuppositorien, Eisblase auf den Unterleib und flüssige Diät. Erst am 16. November, als die Erscheinungen nicht nachließen, wurde die Operation vorgenommen. Nach Durchtrennung von Haut, subkutanem Fett und Obliquus abdominis externus eröffnete man zunächst über dem medialen Teile des POUPARTschen Bandes einen Hohlraum, aus dem etwas dunkelgefärbtes Serum abfloß und in dem der blauschwarz verfärbte, glänzende Hoden lag. Als dann der Schnitt auch über dem lateralen Teile der Geschwulst vertieft wurde, spritzte ein größeres Quantum klaren Serums hervor. Die Höhle erstreckte sich von der Gegend des rechten Tuberculum pubis bis etwa 2 Finger breit über das Niveau der Spina ant. sup. dextra nach aufwärts, lag innerhalb der Schichten der Bauchwand und zeigte eine seröse Auskleidung. Durch einen von oben herabragenden Fortsatz wurde sie in zwei Abteilungen geteilt. In der medialen zuerst eröffneten Kammer lag der Hoden mit dem Nebenhoden nach oben gerichtet, während der eigentliche Hoden mehr nach dem Lig. Poup. gerichtet war. Nach rechts hin hing der Hoden auf dem Samenstrange, welcher eine linksspiralige, der Korkzieherwindung entgegengesetzte Torsion von 180°, die sich leicht zurückdrehen ließ, zeigte. Da der zurückgedrehte Hoden seine blauschwarze Farbe nicht änderte, wurde er exstirpiert. Von einem inneren oder äußeren Leistenring war keine Spur, eine Kommunikation mit der Bauchhöhle war nicht vorhanden. Heilung, nachdem sich noch ein nekrotischer Teil des Samenstranges abgestoßen hatte (VOLKMANNs Sammlung klinischer Vorträge, Februar 1894, Nr. 92).

21. LAUWERS. Ein 16jähriger Knabe war plötzlich am 12. Januar 1894 unter heftigen Schmerzen an einer Geschwulst der linken Leistengegend erkrankt, welche in den nächsten Tagen zunahm. Am 18. Januar war sie von Faustgröße, die Haut gerötet, heiß ödematös und bestand aus zwei Teilen. Der obere Teil von der Gestalt und Größe eines Hühnereies war sehr schmerzhaft und fluktuierend. Man hielt es für einen am Hoden aufsitzenden Abszeß. Bei der Operation fand man, daß der untere Teil der Geschwulst der dunkelblau verfärbte Hoden war, den oberen Teil bildete der Nebenhoden mit dem angrenzenden Stücke des mächtig ektasierten Samenstranges. Der Hoden und Nebenhoden lagen ganz frei ohne Verbindung mit der Tunica vaginalis, der Samenstrang war um 360° von links nach rechts gedreht. Der Hoden mit dem Nebenhoden wurde abgetragen. Heilung (Annales de la société belge de chirurgie, 15. Juni 1894, Nr. 3, pag. 132).

22. DEFONTAINE operierte einen 8 Monate alten Kranken, welcher in der linken Hälfte des Hodensackes seit dem 21. August 1893 eine taubeneigroße schmerzhafte Geschwulst hatte. Erbrechen.



Man glaubte an einen Netzbruch. Am 22. August wurde bei der Operation der normal gelagerte, zweimal um die Achse gedrehte Hoden gefunden. Detorsion leicht, Heilung ohne Kastration. Nach $5^1/_2$ Monaten konstatierte man eine deutliche Atrophie des Hodens („Archiv provinc. de chirurgie", 1894, T. 3, pag. 141).

23. LEXER. Ein 60jähriger Mann, welcher sich genau erinnerte, noch mit 12 Jahren nur rechts einen Hoden gehabt zu haben, aber

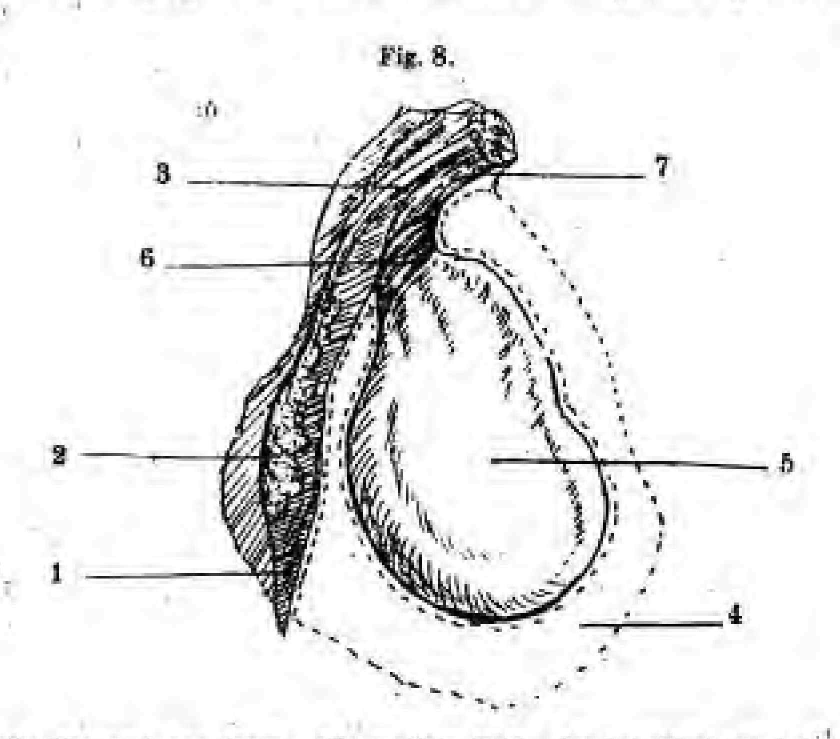
Fig. 7.



Torsion des linken Hodens von außen nach innen. (LEXER, „Arch. f. klin. Chir.", Bd. 48, Heft 1, pag. 203.)

nicht angeben kann, wann der linke herabgetreten ist, hatte seit längerer Zeit eine Geschwulst der linken Hodensackhälfte, die zuweilen nach stärkerer Anstrengung sich vergrößerte und danach wieder zurückging. Nach einer neuerlichen Vergrößerung blieb die

Fig. 8.



Dasselbe Präparat von innen. Die mediale Hälfte der Scheidenhaut 1 ist abgeschnitten, um die Epididymis 2 und Vas deferens 3 zu zeigen. Die punktierte Linie stellt die Tunica vaginalis propria und das Cavum vaginale 4 dar, Testis 5, gedrehter Stiel 6, Samenstrang 7. (LEXER, „Arch f. klin. Chir.", Bd. 48, Heft 1, pag. 210.)

Geschwulst, die den Eindruck einer Hämatokele machte, stationär und verursachte heftige Schmerzen, weshalb er auf die chirurgische Klinik in Berlin am 15. Dezember 1893 aufgenommen wurde. Bei der Operation fand sich der blauschwarz verfärbte, abgeplattete Hoden vollständig frei, ohne Fixation durch das Mesorchium an dem um 270° von außen nach innen gedrehten Samenstrange hängend. Kastration. Heilung innerhalb 10 Tagen unter einem aseptischen Verbande. Die Untersuchung ergab das Bild des hämorrhagischen Infarktes und der Nekrose des Hodens von der Gestalt einer Birne, etwas von vorn nach hinten abgeplattet. Das Mesorchium fehlte ganz, indem das normale Blatt der Tunica vaginalis propria das ganze Gebilde und einen Teil des Samenstranges überkleidete. In dem gedrehten Stiele war das Vas deferens nicht nachweisbar. Dieses zog vielmehr nach hinten zum Nebenhoden, welcher durch eine Ausstülpung des Peritonealüberzuges vom Hoden vollständig abgetrennt war. Infolge dieser Trennung konnte nur der Hoden allein von den Folgen der Torsion betroffen werden, während der Nebenhoden nicht nekrotisch wurde. Die Verbindung des Hodens mit dem Nebenhoden wurde durch verlängerte Vasa aberrantia hergestellt („Archiv f. klin. Chirurgie", 1894, Bd. 48, H. 1, pag. 201) (siehe Fig. 7 und 8).

Therapeutische Varia.

Von **Regimentsarzt Dr. Franz Halbhuber** beim Generalstabe in Wien.

I. Zitronensaft als Brech- und Heilmittel bei Kollaps nach Gebrauch von Extractum filicis maris aethereum.

Herr N. N., 50 Jahre alt, Beamter, kräftig gebaut, erhielt gegen Bandwurm 12 *g* Extractum filicis maris aethereum in Form einer Mixtur, in drei Portionen halbstündlich verabreicht, weil Patient Kapseln nicht schlingen konnte.

Um 8 Uhr früh die erste Portion, Eispillen, etwas schwarzen Kaffee, zum Schluß ein Infusum sennae, um 10 Uhr vormittags ging der Bandwurm bereits ab, aber um 11 Uhr vormittags stellte sich ein schwerer, lebensgefährlicher Kollaps ein, Blässe der Haut, kalter Schweiß, Übelsein und Brechneigung, Beklemmung auf der Brust, kleiner, kaum fühlbarer Puls, beschleunigt und aussetzend. Kognak, HOFFMANNsche Tropfen, schwarzer Kaffee vermochten den Kollaps nicht zu mildern.

Reiben der Handflächen und Fußsohlen verursachte dem Patienten etwas Erleichterung.

Auch Kampferinjektion besserte den Kollaps nicht, der Kranke verfiel von einer Ohnmacht in die andere.

Um $^1/_2$2 Uhr nachmittags fand ich den Patienten im schweren Kollapszustande, mit Brechneigung, aufgetriebener, gegen Druck schmerzhafter Magengegend.

Nach einer kurzen Orientierung kam ich zur Überzeugung, daß nur der große Magen mit seinem giftig wirkenden Inhalte den Kollaps unterhalten konnte.

Die Entleerung des Magens bildete daher die dringendste Indikation.

Einen Magenschlauch bei dem schweren Kollapszustande einzuführen, war kaum möglich und so nahm ich daher zum Zitronensaft meine Zuflucht, hoffend, daß der Zitronensaft eine günstige Wirkung gegen die giftige Wirkung des noch größtenteils im Magen vorhandenen Extractum filicis entfalten könnte, da ja gewöhnlich bei der Verabreichung von Extractum filicis in Kapseln Zitronensaft verabreicht wird.

Kaum hatte der Patient den Saft einer Zitronenscheibe geschluckt, so äußerte er schon, daß ihm dies wohltue, und beim Safte der zweiten Zitronenscheibe trat erfreulicherweise sofort Erbrechen ein.

Der Patient entleerte rasch 4 *l* einer dunkeln, schwarzgrünlichen Flüssigkeit aus dem Magen, es trat rasch Besserung ein, die Atmung wurde frei, die Schmerzen ließen nach, der Kollaps war beendet. Nach $1^1/_2$ Stunden trat nochmals ein leichter Kollapszustand auf, der Saft von zwei Zitronenscheiben rief wiederum Erbrechen hervor, es wurde noch etwa 1 *l* einer dunkel gefärbten, schwarzgrünlichen Flüssigkeit entleert.

Damit fand der Kollaps seine dauernde Beendigung.

Patient verließ den nächsten Morgen schon das Bett.

II. MANDLsche Solution (Jod-Jodkalium-Glyzerinlösung) gegen subjektive Ohrgeräusche.

Klingen in den Ohren, als lästiges Begleitsymptom von katarrhalischen Affektionen im Pharynx, sei es im Verlaufe einer Influenza



oder einer Angina, wird durch Pinseln des Rachens, besonders der Tubengegend, mit MANDLscher Solution behoben.

Das Klingen in den Ohren sowie auch die oft vorhandene Schmerzhaftigkeit der Einmündungsstelle der Tuba Eustachii läßt sehr bald nach vollzogenem Pinseln nach und hört in weiterer kürzerer Zeit, eventuell nach einer zweiten Pinselung, auf.

Tritt am nächsten Tag das Klingen in den Ohren wiederum auf, so ist das Pinseln mit MANDLscher Solution zu wiederholen.

Diese Beobachtung beruht auf einer Selbstbeobachtung und wurde die günstige Wirkung der Pinselungen gegen Klingen in den Ohren bei mehreren Patienten erprobt.

In der Jod-Jodkalium-Glyzerinmischung scheint auch dasjenige Mittel gegeben zu sein, das Klingen in den Ohren auch in anderen als den oben erwähnten Fällen günstig beeinflußt.

III. Physikalisch-mechanische Behandlung von Hämorrhoidalknoten.

Kaltes Wasser, wie es eine Wasserleitung oder ein guter Brunnen gibt, angewendet in Form von 2—3 Minuten langem Waschen der Analgegend, wiederholt in $^1/_4$—$^1/_2$stündigen Pausen, im ganzen täglich 5—6 Waschungen, bewirkt rasches Aufhören des Pruritus ani und Zurückgehen der Hämorrhoidalknoten.

Die Waschungen können auch verteilt früh und abends gemacht werden.

Nach erfolgter Waschung wird ein walnußgroßer, mit kühlem Wasser befeuchteter, gut ausgedrückter Wattebausch gegen die Analöffnung angedrückt, tagsüber und nachts in der Gesäßfalte getragen.

Erwärmt sich der Bauschen, so wird er zweckmäßig erneuert.

Nach jedem Stuhlgange sind eine oder auch zwei Waschungen notwendig.

Eine derartige 3—5tägige Behandlung hat in zahlreichen Fällen von Hämorrhoidalknoten sich günstig bewährt, ja vollständige Heilung erzielt, und darunter befinden sich auch 3 Fälle, die von ärztlicher Seite zur Operation bestimmt waren.

Bei dieser Behandlung ist neben dem energisch wirkenden Reiz des kalten Wassers als physikalisches Moment die Massage durch das Waschen und der kontinuierlich wirkende Druck des befeuchteten Wattebauschens als mechanisches Moment beachtenswert.

Mit dieser physikalisch-mechanischen Behandlung läßt sich auch eine medikamentöse Behandlung vereinigen, indem man essigsaure Tonerde zur Befeuchtung der Bauschen verwendet oder Anusolsuppositorien, Zymoidin- oder Airolsalbe mit trockenen, walnußgroßen Wattebauschen gebraucht, wobei die resorbierende Suppositorien- und Salbenbehandlung durch die mechanische Wirkung des Wattebauschens unterstützt wird.

IV. Lokalbehandlung des Herpes labialis mit 6%igem Jod-Vasogen (Orig. Pearson).

Bevor ein Herpes labialis zum Ausbruch kommt, zeigt sich auf den Lippen ein eigenartiges Brennen und Jucken.

In diesem Stadium vermag eine leichte Massage, ein leichtes Einreiben von 6%igem Jod-Vasogen, den Herpes zu unterdrücken.

Doch kommt der Herpes gewöhnlich erst später in ärztliche Behandlung, wenn bereits Blasenbildung entstanden ist.

In diesem Stadium genügt eine 3—4malige Verreibung einer ganz geringen Menge von 6%igem Jod-Vasogen auf der geröteten und erhabenen Stelle mit der Fingerspitze, um die Bildung einer stärkeren eitrigen Exsudation und die folgende, spröde und stärkere Krustenbildung zu verhindern.

Es erfolgt unter einer weichen, elastischen Kruste die Abheilung des Herpes in etwa 8 Tagen, während sonst die Heilung 14 Tage bis 3 Wochen beansprucht.

Es wird durch das Jod-Vasogen das Eitrigwerden der Herpesblase verhütet und dadurch der Heilungsprozeß beschleunigt. Findet im Verlaufe der Heilung des Herpes ein Abreißen der Kruste statt, so wird die Blutung und nachfolgende seröse Exsudation zweckmäßig mit 6%igem Jod-Vasogen gestillt und vermindert und dadurch wieder die Bildung einer weichen elastischen Kruste erzielt.

Gegen die sonst übliche Salben- und Streupulverbehandlung des Herpes hat die erwähnte Methode einen entschiedenen Vorteil. Am ersten Behandlungstage ist bei schon vorhandener Blasenbildung eine drei- bis viermalige Einreibung mit Jod-Vasogen notwendig, an den folgenden Tagen nur ein einmaliges Einreiben.

Referate.

C. B. KEETLEY (London): Die temporäre Fixation des Hodens am Oberschenkel.

Verf. macht einen Hautschnitt über dem äußeren Leistenring, einen zweiten am Grunde des Hodensackes, einen dritten in gleicher Höhe mit dem zweiten am inneren Rande des Oberschenkels. Hoden und Samenstrang werden dann sorgfältig vom Leistenkanal abpräpariert und das Gubernakulum wird in möglichst großer Entfernung vom Hoden abgeschnitten. Eine durch die Skrotalöffnung eingeführte Zange faßt das Gubernakulum, zieht es nach abwärts und fixiert es schließlich außerhalb des Hodensackes. Dann wird es in den Hautschnitt des Oberschenkels eingenäht und an der Fascia lata befestigt („Lancet", 1905, Nr. 28). Skrotalwunde und Schenkelwunde werden miteinander vernäht. Die stets vorhandene Hernie wird nach BASSINI oder KOCHER geschlossen. Es gelingt stets, den Hoden (selbst wenn er in der Bauchhöhle lag) nach abwärts zu bringen und ohne große Zerrung am Schenkel zu befestigen. Der Kranke hält den Schenkel zuerst gebeugt, streckt ihn aber allmählich und verlängert so langsam und schmerzlos den Samenstrang. Nach 5 Monaten wird der Hoden vom Schenkel lospräpariert und in das Skrotum gebracht. Manche Kranke sind aber mit dem Erfolge der ersten Operation so zufrieden, daß sie auf die zweite verzichten und zeitlebens ihren Hoden am Schenkel fixiert lassen. Der Hoden bleibt gewöhnlich hoch oben im Skrotum liegen. Manche Hoden, aber lange nicht alle, wachsen, nachdem sie aus dem Leistenkanal in das Skrotum gebracht wurden. Die Indikation zur Operation wird erleichtert durch die fast stets gleichzeitig bestehende Hernie. Verf. hatte in 25 Fällen immer guten Erfolg. G.

MAX RUBNER (Berlin): Die Bedeutung von Gemüse und Obst in der Ernährung.

Eine reichlichere Verwendung von Gemüsen und Obst in der Volksernährung würde einerseits die Monotonie der Armenkost, andrerseits den schädlichen Animalienkultus der besser situierten Schichten beheben. Gemüse und Salate spielen nicht nur eine Rolle als Genußmittel, sondern besitzen auch trotz ungünstiger chemischer Zusammensetzung und schlechter Ausnützbarkeit Nahrungswerte, welche in größerem Umfange nutzbar gemacht werden könnten; beiden gemeinsam ist der hohe Gehalt an Nährsalzen, besonders an Kalk. Das Obst sollte als eine vorzügliche Beikost zur Mahlzeit und zur Bereitung erfrischender und durststillender Getränke, namentlich auch in der Kinderernährung, eine hervorragende Verwendung finden. Die Konservierung von Gemüsen, Früchten und Fruchtsäften sollte durch strenge Beaufsichtigung gegen Fälschungen und Zusatz gesundheitsschädlicher Surrogate und Konservierungsmittel geschützt werden. In bezug auf den Nährwert stehen Gemüse und Früchte an ungünstiger Stelle, z. B. frische Äpfel etwa gleich dem Rindfleisch. Verf. begrüßt daher die neueren Bestrebungen zur Hebung der Obst- und Gemüsekultur, welche eine Verbilligung dieser Lebensmittel und dadurch eine Verbesserung der allgemeinen Ernährung ermöglichen werden („Hygien. Rundschau", 1905, Nr. 16/17). A.

DOBERAUER (Prag): Die Behandlung der Patellarfrakturen an WÖLFLERs Klinik.

Nachdem an der Klinik WÖLFLER eine größere Anzahl von Patellarfrakturen nach verschiedenen Methoden behandelt worden war, unternahm Verf. die Nachuntersuchung der Fälle, um aus dem funktionellen Resultate die Entscheidung über die günstigste Behandlungsmethode zu treffen. Bei diesen Nachuntersuchungen hat sich nun herausgestellt, daß die mittelst offener Naht behandelten

Frakturen fast durchgehends tadellose funktionelle Resultate zeigten und daß gleichzeitig die Röntgenuntersuchung eine tadellose knöcherne Vereinigung der Fragmente bestätigte. Andrerseits konnte Verf. konstatieren, daß auch ein großer Prozentsatz der konservativ (Annäherung der Fragmente mit Heftpflasterstreifen, Massage) behandelten Fälle ebenfalls eine sehr gute Funktion der verletzten Extremität aufzuweisen hatte, obwohl die Diastase noch immer zu finden war. Dadurch ist der Beweis erbracht, daß die knöcherne Vereinigung nicht den einzigen Grund der guten Funktion bildet („Beitr. z. klin. Chir.“, Bd, 46, H. 2). Wenn die seitlichen Aponeurosen- und Kapselteile (der sogenannte Reservestreckapparat) erhalten bleiben, kann die Bewegung mittelst derselben fast tadellos ausgeführt werden. Dementsprechend ist also die Indikation zur offenen Naht der Patella nicht unbedingt zu stellen; obwohl man bei dem heutigen Stande der Asepsis die Gefahr der Wundinfektion fast ausschließen kann, drohen dem Patienten noch Gefahren durch die Narkose und durch das lange Krankenlager; daher werden alte Leute, Patienten mit Emphysem, Arteriosklerose von der operativen Behandlung ausgeschlossen. Auch bei direkten, sogenannten Stoßfrakturen, die wegen Erhaltenseins des seitlichen Streckapparates keine Dislokation zeigen, ist die Patellarnaht nach den Erfahrungen der Nachuntersuchung nicht dringend.

ERDHEIM.

LINSER und HELBER (Tübingen): Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut und Bemerkungen über die Einwirkung von Radium und ultraviolettem Lichte.

Die Resultate der vorliegenden Untersuchungen lassen sich in folgendem zusammenfassen („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 83, H. 5 u. 6). Die weißen Blutkörperchen werden in elektiver Weise durch die direkte Einwirkung der Röntgenstrahlen im Organismus zerstört. Dies ist am stärksten im kreisenden Blute der Fall. Von den verschiedenen Leukozytenformen sind die Lymphozyten am wenigsten widerstandsfähig gegen die Röntgenstrahlen. Durch den Zerfall der weißen Blutkörperchen im kreisenden Blute wie außerhalb des Körpers in leukozytenreichen Flüssigkeiten entsteht im Serum ein Leukotoxin. Durch Injektion eines solchen Serums wird bei anderen Tieren im kreisenden Blute ein starker Leukozytenzerfall hervorgerufen. Das nach Röntgenbestrahlungen im Serum auftretende Leukotoxin ruft eine Immunität gegen das Leukotoxin hervor; es läßt sich durch die Erwärmung auf 55—60° inaktivieren; es geht auf plazentarem Wege vom Muttertier auf den Fötus über. Nach Röntgenbestrahlungen treten Nephritiden auf, die nicht durch direkte Einwirkung der Strahlen auf die Niere bedingt sind. Auf rote Blutkörperchen, Blutplättchen, Hämoglobingehalt haben die Röntgenstrahlen nur geringen schädigenden Einfluß. Die Blutgerinnung erleidet durch den reichlichen Leukozytenzerfall keine Veränderung. Radium und ultraviolettes Licht haben keinen wesentlichen Einfluß auf das Blut.

L.

REICHEL (Chemnitz): Komplikationen nach Kropfoperationen.

Verf. ist zu folgenden Schlußfolgerungen gelangt: Bei Strumektomie sehr großer Kröpfe schützt auch das Zurücklassen eines hühnereigroßen Schilddrüsenrestes nicht mit Sicherheit gegen Tetanie und Kachexia strumipriva. Der Eintritt dieser Gefahr wird anscheinend erhöht durch bestehende Gravidität („Münchener med. Wochenschr.“, 1905, Nr. 42). Die Ausfallserscheinungen werden günstig beeinflußt durch innere Darreichung von Thyreoidin und können auch spontan vollständig verschwinden, u. zw. mit Wiederwachsen des zurückgelassenen Kropfrestes. Dieses Schwinden der Kachexie kann auch eintreten, selbst wenn das Kropfrezidiv durch maligne, krebsige Entartung des Kropfes bedingt ist. Da die Gefahren der Strumektomie bei kleinen Kröpfen gering sind, aber mit zunehmender Größe der Geschwulst wachsen, empfiehlt sich die Operation, sowie versuchsweise medikamentöse oder andere Behandlung nicht bald zum Ziele führen.

B.

CHLUMSKY (Krakau): Über die Behandlung chirurgischer Infektionen mit Phenolkampfer.

Seit sechs Jahren verwendet Verf. ein Gemenge von Kampfer und reiner Karbolsäure zur Behandlung von infizierten Wunden, Furunkeln und anderen chirurgischen Infektionen und hat die Beobachtung gemacht, daß das Gemenge gar keine ätzenden Eigenschaften besitzt. Bei Erysipel wird die kranke Stelle und die Umgebung 2—5mal täglich mit der öligen Flüssigkeit bestrichen, außerdem mit Wattebäuschen, die mit der Lösung getränkt sind, gedeckt; darüber kommt Wachspapier und ein Verband. Schon nach einigen Stunden soll sich die Rötung der Haut verlieren („Zentralbl. f. Chir.“, 1905, Nr. 33). Ähnlich behandelt Verf. Phlegmonen und Panaritien im Anfang. Wenn Eiter vorhanden ist, wird inzidiert und die Höhle mit der Flüssigkeit ausgefüllt. Die mit der Lösung behandelten Wunden reinigen sich äußerst rasch. Verf. erklärt sich die hoch bakterizide Eigenschaft der Lösung durch die Wirkung des infolge der Kampferverdunstung frei werdenden Karbols. Die Vorschrift für die Herstellung der Lösung, die eine ölige Flüssigkeit vorstellt, lautet: Rp. Acid. carbol. puriss. 30·0, Camphorae tritae 60·0, Alcohol absol. 10·0.

ERDHEIM.

TRILLET et SANTON (Paris): L'Ammoniaque dans le lait.

Der Nachweis von Ammoniak in der Milch und die Schlüsse, die aus diesem Befunde hinsichtlich der Reinheit der Milch zu ziehen sind, werden derzeit noch zu wenig beobachtet. Verff. teilen zunächst die von ihnen geübte Methode zum Nachweis des Ammoniaks mit („Annales de l'Institut Pasteur“, Bd. 19, pag. 494) und berichten sodann, daß sie in Milchproben, die von gesunden Kühen stammten und sorgfältig behandelt wurden, niemals Ammoniak nachweisen konnten, wohl aber in verunreinigten Milchproben, so wenn dieselben mit Seinewasser gemengt oder Bakteren in dieselben eingesäet wurden. Aus ihren Versuchen ziehen die Verff. den Schluß, daß die Abwesenheit von Ammoniak in der Milch kein Beweis für ihre Reinheit ist, daß aber die Anwesenheit von Ammoniak, namentlich in größerer Menge, wohl nicht mit Sicherheit, jedoch mit Wahrscheinlichkeit eine Verunreinigung der Milch anzeigt. In diesem Sinne empfehlen die Verff. ihre Untersuchungsmethode zur Beurteilung der Reinheit der Milch.

Dr. S.

VIOLLET (Paris): Über intratracheale Injektionen bei Lungenaffektionen, insbesondere Tuberkulose.

BERGEON (Lyon) und BOTEY (Barcelona) scheinen zuerst intratracheale Injektionen angewendet zu haben. In der letzten Zeit haben MENDEL und ROSENTAL-WEILL günstige Berichte veröffentlicht. Ersterer empfiehlt insbesondere die tägliche Injektion von 6—9 cm^3 einer 1—5%igen öligen Eukalyptollösung. LACOMBE empfiehlt Gujakol und Menthol. Von letzterem ist nach VIOLLETs Ansicht nur geringer Effekt zu erwarten. Überhaupt ist der Wert der intratrachealen Injektionen erst dann einwandfrei, wenn genaue Vergleichsversuche an Kranken, denen unter ganz gleichen äußeren Verhältnissen Gujakol oder Eukalyptol per os, per rectum oder subkutan gegeben wurde, die Superiorität des intratrachealen Verfahrens festgestellt haben. Ebenso sollten durch Tierversuche die Lungenabsorption und Lungenexhalation studiert werden. Als die sicherste Methode der intratrachealen Injektionen erscheint dem Verf. die Anwendung des Katheters unter Kontrolle des Spiegels oder Fingers. BOUVERET und PESCHADE berichten bereits über ähnliche Effekte bei der subkutanen Anwendung des Eukalyptols, wie MENDEL bei der intratrachealen Verabreichung desselben Mittels.

J. St.

H. P. PLANER (Dresden): Die Lebertheorie.

Verf. gelangt im Verlaufe seiner Erörterungen zu Leitsätzen über die Behandlung der BRIGHTschen Nierenerkrankung in ihren Beziehungen zum Stoffwechsel und zu den Herzerkrankungen (Urban & Schwarzenberg, 1905). In jedem Falle handelt es sich um Leberstauung durch Überladung des Magens, durch tägliche Zufuhr von Leberreizmitteln, d. h. Leberkontraktionsmitteln, z. B. Alkohol, starkem

3

Kaffee, Nikotin, Pfeffer, Senf, durch Überladung des Magens mit Flüssigkeiten nicht alkoholischer Natur etc. In solchen Fällen verordnet Verf. eine die Leberstauung nicht befördernde, sondern herabsetzende Diät mit genauer Berücksichtigung der Beziehungen, welche die einzelnen Nahrungsmittel auf die Leber einerseits und auf den Körper andrerseits im allgemeinen haben, eine die Galle spezifisch abführende, unschädliche, ungiftige pflanzliche Substanz früh nüchtern, ein die Harnsäure und Gallensäuren bindendes ungiftiges Salz, dem pulverisierter Schwefel und ein ungiftiges, vollkommen unschädliches Pflanzenpulver, welches die Darmperistaltik sehr befördert bzw. erhöht, beigemischt ist, ferner heiße Kaliseifenbäder und Darmeinläufe von 18gradigem abgekochten Baldrianwasser. (Über die näheren Details vide die Originalabhandlung.) G.

M. MARMORSTEIN (Odessa): **Messungen des Blutdrucks mit dem GAERTNERschen Tonometer bei Asystolie.**

Die ebenso umfangreichen wie exakten Untersuchungen des Autors, die in der Abteilung von Dr. B. M. SCHAPOSCHNIKOW im israelitischen Hospital zu Odessa ausgeführt worden sind, ergaben folgendes („Allgem. med. Zentral-Zeitung", 1905, Nr. 34): Bei Asystolie ist der Blutdruck nicht immer herabgesetzt; es werden auch Fälle mit gesteigertem Blutdruck beobachtet, in denen dieser letztere keineswegs ausschließlich durch gesteigerten Widerstand von seiten des arteriellen Systems erklärt werden kann. Wenn man die hohe Spannung des Blutes im venösen System bei Asystolie in Betracht zieht, so kann man den gesteigerten arteriellen Blutdruck durch den Widerstand von seiten der venösen Kapillaren erklären, deren Rolle leider von der experimentellen Physiologie bei weitem nicht klargestellt ist. In Fällen, in denen Stauungserscheinungen entweder von seiten der Leber oder von Seiten der Lungen prävalieren, kann die Hyperämie der Leber, wenn auch in dem einen und in dem anderen Falle niedriger Blutdruck beobachtet wurde, leicht durch die Energie des Herzmuskels und die ungenügende Blutmenge, die der linke Ventrikel erhält, erklärt werden. In den Fällen, in denen Stauungserscheinungen von seiten der Lungen prävalieren, kommt zu diesen beiden Momenten der ungünstige Einfluß der bedeutend herabgesetzten Ventilation der Lungen und Dyspnoe hinzu, die nur eine Abschwächung, eine Erschöpfung des Respirationsapparates bewirkt. Das klinische Bild zeichnet sich bei Lokalisation der Hyperämie in den Lungen durch Schwere des Verlaufs, mit nicht selten tödlichem Ausgang aus, im Gegensatz zu den Fällen, in denen Stauungserscheinungen von seiten der Lungen prävalieren, da hier sowohl die Prognose und namentlich der Verlauf der Krankheit weit günstiger sind. L—y.

JIRASEK (Humpoletz): **Spontane Stuhlentleerung bei innerer Dünndarminkarzeration.**

Es handelt sich um eine interessante Beobachtung, besonders für die Praxis wichtig. Obwohl die Inkarzeration eine vollkommene war, wie die Operation zeigte und die klinischen Symptome bezeugten, trat doch spontane Stuhlentleerung auf und nach HEGAR folgte noch ein zweiter kopiöser Stuhl; auch vor der Erscheinung der stürmischen Krankheitssymptome war eine normale Stuhlentleerung eingetreten. Es lehrt also dieser Fall, daß weder Mangel an Stuhl, noch sein Vorhandensein absolute Symptome der Undurchgängigkeit des Darmes sind („Lékařské rozhledy", 1904, Nr. 1). STOCK.

Kleine Mitteilungen.

— Zur **Inhalation ätherischer Öle** und ähnlicher flüssiger Medikamente empfiehlt RUPRECHT („Monatsschr. f. Ohrenheilk.", Jahrgang 39, Nr. 3) folgende Vorrichtung: Um sich einen einfachen und dabei äußerst sauberen Inhalationsapparat herzustellen, füllt er eine etwa 2 *cm* weite und 10 *cm* lange Glasröhre mit abgeglühten Enden mit Holzwolle, d. h. mit den feinen Spänen, wie sie in Tischlereien beim Fräsen und Maschinenhobeln abfallen. Die Holzwolle wird mit Terpentin, Lignosulfit, Mentholöl, Perubalsam und ähnlichen Substanzen getränkt, die von ihr gierig aufgesaugt und hier über eine ausgedehnte Oberfläche verteilt werden. Zur Not genügt es, eine gewöhnliche weithalsige Medizinflasche mit der mit dem Medikament getränkten Holzwolle zu füllen und vor den Mund oder die Nase zu halten. Jedenfalls scheint der ungemein primitive Apparat sehr zweckmäßig zu sein und besonders vor manchem komplizierten und kostspieligen die Sauberkeit voraus zu haben.

— Gute **Frostmittel** sind („Zentralbl. f. d. ges. Therap.", 1905, Nr. 11):

Rp. Ichthyol,
Resorcin,
Tannin aa. . . . . 10·0
Aqu. dest. . . . . 50·0
S. Zweimal täglich anzuwenden;

oder:

Rp. Ichthyol,
Ol. Camphor. aa. . . . . 5·0
Lanolin . . . . 20·0
Mf. ungt. S. Morgens und abends mit Watte bedeckt anzuwenden.

— Über das **Baldrianderivat** Bornyval berichtet LEVY („Ther. d. Gegenw.", 1905, Nr. 10). Seine Kasuistik umfaßt 18 Fälle, und zwar zehn Fälle von allgemeinen oder besonderen hysterischen Störungen, Neurasthenie, klimakterischen Beschwerden, fünf Fälle von Neuralgien, insbesondere Cephalaea, drei Fälle von Herz- oder Gefäßneurose. In zwei Fällen davon brachte das Präparat keinen Nutzen und mußte wieder ausgesetzt werden, in allen anderen Fällen wurde das Bornyval längere oder kürzere Zeit hindurch bis zu wesentlicher Besserung oder völliger Aufhebung der Beschwerden angewandt, selbst in Fällen, welche schon anderen üblichen Mitteln gegenüber refraktär geblieben waren. Die zum erwünschten Erfolge notwendige Dosis war sehr verschieden und schwankte zwischen 1 bis 2 und 6 bis 8 Schachteln; in einigen Fällen wurde das Präparat selbst monatelang ohne Widerwillen genommen.

— Bei der **Behandlung der Gicht und der harnsauren Diathese** hat JAEGER („Ärztl. Mitteilungen", 1905, Nr. 36) das Magnesiumperhydrol Merck, ein 15%iges Magnesiumsuperoxyd, mit Erfolg benutzt. Er empfiehlt folgende Anwendungsform:

Rp. Magnesiumperhydrol (Merck) . . . . . 100·0
Sacchar. lact. ad . . . . 500·0
MDS. 3mal täglich ein gestrichener Kaffeelöffel in Milch zu einem Brei verrührt z. n.

— Über **Alypin**, ein neues lokales Anästhetikum, berichtet SEELIGSOHN („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 35). Nach Einträufelung der 4%igen Alypinlösung stellt sich im normalen Auge ein Brennen ein, welches ebenso wie bei der 4%igen Kokainlösung von einzelnen Patienten fast gar nicht, von anderen unangenehm empfunden wird. Nach ein bis zwei Minuten tritt Anästhesie ein. In einzelnen Fällen behielt die Bindehaut ihr normales Aussehen, in den meisten trat eine geringe Hyperämie ein, die nach einigen Minuten verschwand. Die Anästhesie selbst dauerte 8 bis 10, in einzelnen Fällen bis 15 Minuten. In keinem Falle trat eine Pupillenerweiterung oder eine Akkommodationsstörung ein, auch eine Einwirkung auf Druck war nicht nachzuweisen. Kein Kranker klagte über nachfolgende Empfindung von Trockenheit und Kälte der Hornhaut oder Bindehaut. In einzelnen Fällen, besonders bei sehr starker Reizung, bedurfte es zur Anästhesierung einer mehrmaligen Einträufelung. Stärkere Blutungen traten ebensowenig wie Intoxikationen nach Operationen ein.

— Untersuchungen über **Röntgenwirkung auf syphilitische Initialsklerose** haben QUADRONE und GRAMEGNA angestellt („Rif. med.", 1905, Nr. 31). Zur Bestrahlung wurden harte Röhren verwendet, Distanz der Antikathode 20 *cm*, Sitzungsdauer 10—15 Minuten, in drei Fällen wurde auch die Milz bestrahlt. Die Lymphdrüsen schwollen nach vorübergehender Abnahme stärker an, wurden schmerzhaft und weich, ohne in Eiterung überzugehen. Die Lymphgefäße des Penis zeigten empfindliche Schwellung und Schmerzhaftigkeit und es bildeten sich im Verlaufe derselben fast indolente Knoten. Die Initialsklerose selbst zeigte unter dem Einflusse der Bestrahlung zunächst Steigerung, dann Abnahme der entzündlichen Phänomene und vernarbte nach 20—25 Stunden vollständig. Die Bestrahlungen der Milz blieben

ohne Wirkung. Sekundärerscheinungen traten bei allen vier Kranken zu gewöhnlicher Zeit auf, jedoch mild; Kopfschmerzen und Schleimhauteruptionen traten nicht auf. Jedenfalls steht fest, daß die Lymphdrüsenschwellungen der Primärperiode der Syphilis auf Röntgenstrahlen mit stärkeren empfindlichen Reizerscheinungen reagieren als z. B. tuberkulöse Lymphdrüsenschwellungen.

— Über **Gonorrhöetherapie** berichtet LUDWIG RIESS („Österreichische Ärzte-Zeitung", 1905, Nr. 20). Verf. hat bei der akuten Gonorrhöe beider Geschlechter während der ersten Tage nur intern mit Arhovinkapseln behandelt (0·25 *g* pro dosi, beginnend mit 4, steigend bis 10 Kapseln pro die). Die Ausscheidungsprodukte des Arhovins verleihen dem Harn bakterizide Eigenschaften, so daß auch ohne lokale Behandlung Vernichtung der Gonokokken erreicht werden konnte. Bestanden nach einiger Zeit noch eitrige Ausflüsse, so wurde entweder eine Injektion mit 5%iger Arhovinöllösung (Arhovin 5·0, Ol. Olivar. 95·0) gemacht oder 5%ige Bacilli Arhovini in die Urethra eingeführt, in die Vagina 5%ige Globuli Arhovini. Die Einführung erfolgte 2—4mal täglich. Bei Frauen wurden Vagina und Urethra gleichzeitig behandelt. Als wichtige Neuerung führte RIESS 5%iges Arhovinöl in die Bartholinischen Drüsen bei akuter Bartholinitis ein hat damit glänzendere Erfolge erzielt, als mit irgend einem anderen Medikament. Bei Zystitis wurde in leichteren Fällen nur intern verfahren, bei schweren Spülungen 5%iges Arhovinöl hinzugefügt. RIESS ist davon überzeugt, daß sich die Gonorrhöebehandlung ohne Zuhilfenahme eines anderen Medikamentes zu einem günstigen Ausgange führen läßt, um so mehr, als weder die interne, noch auch die externe Anwendung irgendwelche unerwünschte Nebenwirkungen hervorruft.

Literarische Anzeigen.

Der Arzt. Einführung in die ärztlichen Berufs- und Standesfragen. In 16 Vorlesungen. Von **Dr. Erich Peiper**, Professor in Greifswald. Wiesbaden 1906, J. F. Bergmann.

Durch dieses Buch sollen die Studierenden, die über die Verhältnisse in der Praxis gewöhnlich gänzlich unorientiert sind, über die ethischen und wirtschaftlichen Fragen des ärztlichen Standes belehrt werden. Abgesehen von den gesetzlichen Bestimmungen über den Studiengang und die Approbation der Ärzte werden die Obliegenheiten des Amts- und praktischen Arztes in der öffentlichen Sanitätspflege erörtert, sämtliche auf die ärztliche Praxis Bezug habenden Gesetzesbestimmungen kurz besprochen und namentlich die zivil- und strafrechtlichen Fragen erörtert. Besonders eingehend beschäftigt sich der Autor mit den wirtschaftlichen und Standesfragen und gibt eine dankenswerte Übersicht über die ärztlichen Organisationen und deren Wirken und Erfolge seit ihrem Bestand. Das lesenswerte Buch beweist von neuem, daß die deutschen Universitätsprofessoren den Bestrebungen der Ärzteschaft nicht so ferne stehen wie die österreichischen und daß sie dieselben mit allen Kräften unterstützen. Bei uns sind derartige Vorlesungen an der Universität heute noch undenkbar. Das Literaturverzeichnis erleichtert jedem, der sich mit sozialärztlichen Fragen beschäftigt, die Arbeit.

ELLMANN.

Klinische und kritische Beiträge zur Lehre von den Sprachstörungen. Von **Dr. med. et phil. Gustav Wolff**, Privatdozent in Basel. Leipzig 1904, Veit & Ko.

Eine sehr lesenswerte Studie, die sich gegen die Überschätzung des anatomischen Standpunktes in der Auffassung der Aphasie wendet. Die Hauptursache der Unsicherheit, welche die Lehre von den Sprachstörungen in so vielen Punkten noch beherrscht, liegt in dem Irrtum, daß alles darauf ankomme, den klinischen Befund durch einen ihn völlig deckenden Sektionsbefund zu verifizieren; denn dieser Irrtum veranlaßte so manchen Beobachter, das klinische Bild in Abhängigkeit vom anatomischen Befund zu bringen und diesen zur Richtschnur für die Deutung der psychologischen Beobachtungen zu machen. Auf diese Weise haben sich eine Reihe von Anschauungen festgesetzt, die einer kritischen Prüfung nicht Stand halten können. Die spezielle Begründung dieser Behauptung an einer allgemein anerkannten Form der Sprachstörung, der optischen Aphasie FREUNDs, bildet den Hauptinhalt des Buches. WOLFF weist nach, daß es eine optische Aphasie, nämlich die isolierte Unfähigkeit, durch optische Wahrnehmungen der Objekte ihre Bezeichnung zu finden, nicht gibt, ebensowenig wie eine andere einzelsinnliche (taktile, akustische etc.) Aphasie; ihre Aufstellung beruht auf unrichtigen Überlegungen und ungenügender Beobachtung. Es sei auch auf die ansprechende Darstellung hingewiesen.

INFELD.

Feuilleton.

Budapester Briefe.

(Orig.-Korr. der „Wiener Med. Presse".)

V.

— November 1905.

Das Regierungsprogramm des reaktivierten Ministeriums bildet das Tagesgespräch aller, die für das politische Leben Interesse haben. Auch die Ärztewelt nimmt diesmal an den Erörterungen teil, denn das ungerechterweise gelästerte Regierungsprogramm stellt ihnen etwas in Aussicht, wofür sie seit Jahren im Interesse des Gemeinwohls und ihres Standes gekämpft haben. Das Ministerium Fejerváry stellte sich nämlich zur Aufgabe, das Sanitätswesen zu verstaatlichen, weil „wichtige sozialpolitische Rücksichten in der öffentlichen Meinung wie auch in unseren Regierungsplänen die Verstaatlichung des Sanitätsdienstes zur Reife gebracht haben". „Die Mängel der heutigen Organisation sind in die Augen springend", heißt es in dem Programm, mit dessen Hilfe geordnete politische Verhältnisse in Ungarn geschaffen werden sollen, „die Zahl der behördlichen Ärzte ist ungenügend, ihre Gehälter sind gering. In primitivem Zustande befindet sich auch das Hebammenwesen, wenn auch auf diesem Gebiete im letzten Jahrzehnte einigermaßen ein Fortschritt wahrzunehmen ist. Eine demokratische Regierungspolitik kann nicht gleichgültig an jenen empfindlichen Schäden vorübergehen, welche die große Sterblichkeit verursacht. Diesen leicht zu vermeidenden Blutverlust, den wir einerseits durch die Auswanderung, andrerseits durch die große Sterblichkeit erleiden, müssen wir endlich beseitigen. Die wirtschaftliche Wertschätzung des Menschenlebens ist ein Kennzeichen der modernen Kultur. Ein anderes Kennzeichen ist der humanitäre Gesichtspunkt, der sich an die gesunde und ungestörte Entwicklung des Menschenlebens knüpft. Diese beiden Rücksichten können nur auf die Weise zur Geltung gelangen, wenn die Versehung der Aufgaben des Gesundheitswesens aus dem Wirkungskreise der Gemeinden und Munizipien in den staatlichen Wirkungskreis übergeht. Nicht nur deshalb, weil die finanziellen Mittel des Staates eine Besserung dieser Organisation ermöglichen, sondern besonders aus dem Grunde, weil eine einheitliche Hygienepolitik nur durch eine zielbewußte zentralistische Aktion des Staates inauguriert werden kann." Die Verstaatlichung des Sanitätsdienstes ist endlich das Losungswort einer Regierung geworden. Und wenn ihr die Ärzteschaft Ungarns und die öffentliche Meinung, die die Bedeutung der Schonung und Erhaltung des Menschenmaterials kennt, Gefolgschaft leistet, wird sie es, wenn es ihr nicht gelingen sollte, diese wichtige Reform durchzuführen, der kommenden Regierung als Vermächtnis übergeben, so daß sie, wenn auch spät, doch einmal durchdringen wird. Vederemo!

Wir wiesen schon zu wiederholten Malen darauf hin, daß die Hauptstadt viele Millionen für die Krankenpflege geopfert hat. Doch im Drange der Geschäfte hat die Stadtverwaltung für die Pflege kranker Kinder keine genügende Vorsorge getroffen. Die hauptstädtischen Krankenhäuser haben überhaupt keine oder nur kleine Kinderabteilungen, so daß das ganze Krankenmaterial auf die Stephanie und Adele Bródy-Kinderspitäler angewiesen ist, die auch nur über einen kleinen Belegraum verfügen. Infolge dieser unhaltbaren Zustände sah sich der Stadtrat veranlaßt, die freigewordene Trachomabteilung des St. Stephan-Spitals für kranke Kinder einzu-

richten, damit sind aber die alten Übelstände durchaus noch nicht aus der Welt geschafft. Über kurz oder lang wird die Hauptstadt auch ein großes Kinderspital errichten müssen.

Auf Antrag des hiesigen Arztes Dr. RÁSKAI faßte der Verein für Hygiene den Beschluß, ein Komitee zu entsenden, dessen Aufgabe es sein wird, die Ursachen zu erforschen, die an der starken Verbreitung der venerischen Erkrankungen in Ungarn schuld sind und die Modalitäten festzustellen, nach welchen der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten geführt werden soll. Zu diesem Behufe hat sich die Kommission mit den Vertretern der Behörden und Korporationen, deren Mitwirkung notwendig ist, ins Einvernehmen zu setzen.

Ein Krebsschaden der Säuglingsversorgung in Budapest ist schon seit Jahren die mangelhafte Regelung des Ammenwesens, das im Rahmen des Dienstvermittlungsstatuts einer nicht vielsagenden Kontrolle unterworfen wird. Die Bezirksphysici haben die stellensuchenden Ammen zu untersuchen und über den Befund ein Attest auszustellen, das dem Dienstvermittler das Recht gibt, die Amme unterzubringen. Eine einmalige Untersuchung ist, was wohl nicht bewiesen zu werden braucht, ganz ungenügend. Daß diese Verfügung, wenn sie auch noch so strenge ausgeführt wird, den Müttern keine Gewähr bietet, daß sie für ihre Säuglinge eine gesunde und nahrkräftige Amme bekommen, beweist die erst jüngst veröffentlichte Statistik, aus der ersichtlich ist, daß die Dienstvermittler heuer nahezu 300 Ammen untergebracht haben, die an Syphilis, Tuberkulose etc. leiden. Und auch die Gebäranstalten und Kliniken, die ab und zu Ammen zu empfehlen pflegen, sind nicht in der Lage, die Ammen einer längeren Beobachtung zu unterziehen, so daß die Mütter sich dem blinden Zufall überlassen mußten, wenn sie für ihre Säuglinge Ammen anzuwerben hatten. Es muß daher dem langjährigen Arzte des Weißen Kreuz-Vereins, Dr. ARMAND SZEGŐ, als besonderes Verdienst angerechnet werden, daß er ein den modernen Anforderungen entsprechendes Ammenheim ins Leben gerufen hat, in dem die Ammen auf Kosten der ammenwerbenden Mütter einer rationellen Pflege und einer strengen Kontrolle bis zum Dienstantritte teilhaftig werden. Die Mütter, die sich an das Ammenheim wenden, haben dafür eine geringfügige Taxe zu entrichten, sind aber gewiß, daß sie ihre Kinder gesunden Ammen anvertrauen. Der kurze Bestand dieser Anstalt liefert den glänzenden Beweis, daß die derartig eingerichteten Ammenheime zur Lösung dieser Frage viel beitragen können. Es wäre wünschenswert, wenn diese Anstalt mit den staatlichen Säuglingsheimen in Verbindung gebracht werden könnte. BL.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

IX.

Abteilung für Chirurgie.

LORENZ (Wien): Indikationen zur Sehnentransplantation.

Die Sehnentransplantationen werden nach Ansicht des Vortr. jetzt zweifellos outriert und dadurch wird einer an sich guten Sache geschadet. Rationell ist jede Sehnentransplantation, welche eine vorhandene Störung im Gleichgewicht des Muskelantagonismus beseitigt oder vermindert, irrationell dagegen jede, welche die Störung des Gleichgewichts nur in entgegengesetzte Richtung verlegt. NICOLADONIS, des geistigen Vaters der Sehnentransplantation, erste Operation war verfehlt. Er verpflanzte bei einem Kalkaneovalgus die Peronei auf den Fersenhöcker. Daraus muß ein paralytischer Klumpfuß resultieren. Für den paralytischen Kalkaneovalgus höheren Grads ist es viel wichtiger, die Form zu korrigieren, eventuell durch Keilexzision aus dem Kalkaneus. Beim Genu flexum paralyticum kann bei nicht zu hohen Graden der Patient die Schwäche des Quadrizeps durch geschickte Ausnutzung der Schwerkraft ausgleichen, indem er beim Vorwärtssetzen des Fußes den Körper nach vorne neigt, also „ein kleines Kompliment" macht. Er ist so viel besser daran, als einer mit nach vorne verpflanzten Beugern, der ein rasch sich verschlimmerndes Genu recurvatum davonträgt. Der Bizeps und die beiden Semimuskeln sind daher für LORENZ ein noli me tangere. Höchstens den Semitendinosus, Grazilis, Sartorius, Tensor fasciae latae könnte man zum Ersatz des Quadrizeps heranziehen. Dieser Ersatz ist aber ungenügend. Eine vorhandene Kniegelenkskontraktur soll man redressieren, eventuell unter Zuhilfenahme der subkutanen Tenotomie und bei Kindern der suprakondylären Infraktion des Femur. Beim paralytischen Klumpfuß müssen wir, um planmäßig vorgehen zu können, genau wissen, welche Muskeln gelähmt sind. Das ist oft sehr schwer zu entscheiden; wir können den zentral gelähmten Muskel vom funktionell gelähmten elektrisch nicht unterscheiden, denn ein Muskel kann bei entsprechender Verschiebung seiner Ansatzpunkte keinen mechanischen Effekt mehr hervorbringen. Daher empfiehlt sich für diese Fälle zunächst modellierendes Redressement, eventuell Überkorrektion, dann einige Monate Fixation, dann intensive Muskelpflege, Übungen. Auch für den kongenitalen Klumpfuß ist erste Aufgabe die Formkorrektion; häufig ist dann eine Operation gar nicht mehr nötig. Beim spastischen Genu flexum kommt eine Transplantation nur dann in Frage, wenn den spastisch kontrahierten Muskeln paralytische Antagonisten gegenüberstehen. Ein Mißbrauch ist es auch zu nennen, wenn man bei entzündlichen Kontrakturen (z. B. Kniegelenksfungus) die Muskeln verlagert, schon im Gedanken daran, sie nach geschehenem Ausgleich wieder zurückzuverlagern. Bei der Hand finden die Sehnentransplantationen breiteste Indikationen.

V. EISELSBERG (Wien): Zur Kasuistik der Tumoren der Schädelknochen.

Vortr. berichtet über drei erfolgreich in mehreren Sitzungen entfernte Schädelknochentumoren, welche teils durch ihre Ausdehnung, teils durch ihre sehr harte Konsistenz außerordentliche Schwierigkeiten boten. In einem Fall wurde ein elfenbeinharter, weit ins Schädelinnere vordringender (Röntgenbild) Stirnbeintumor, welcher epileptische Anfälle ausgelöst hatte, durch Umsägen entfernt, der zurückbleibende pulsierende Defekt später durch eine Plastik gedeckt. 6 Wochen nach der zweiten Operation genügte ein Erkältungsschnupfen, um auf der durch Wegfall schützender Knochenpartien (Siebbein) exponierter gewordenen Meninx eine eitrige, tödliche Entzündung hervorzurufen. Ein anderer, in die Orbita vordringender Tumor war durch offenkundige traumatische Entstehung — Hufschlag — sowie durch Bildung einer großen Höhle in seinem Innern bemerkenswert.

KÜTTNER (Marburg): *a)* Zur Prognose und Behandlung der Ganglien.

Nachforschungen über 170 Fälle von Ganglien ergaben folgende Häufigkeitsziffer: dorsale Handgelenksgegend 70%, volare 3%, Umgebung des Kniegelenks und Fußgelenks je 9%. Jugendliches Alter und weibliches Geschlecht sind prädisponiert. Dauernde Überanstrengung und einmaliges schweres Trauma mußten als ätiologische Faktoren gelten. Keines der zahlreichen üblichen Verfahren schützt vor Rezidiv. Punktion mit oder ohne Injektion gibt 57% Rezidive, Zerdrücken oder Zerschlagen 50%, Diszission 36%, Exstirpation 30%. Vortr. verwirft die Punktion, empfiehlt Exstirpation nur für Fälle, in denen einfachere Therapie versagte und Beseitigung doch dringend angezeigt ist. Zersprengen durch Druck oder Schlag verdient häufigere Anwendung. War das Verfahren wiederholt erfolglos, so kommt subkutane Diszision mit Tenotom oder mit kleinem Querschnitt und Hautverschiebung in Frage. Manche Fälle trotzten jeder Therapie, um dann früher oder später von selbst zurückzugehen.

Lexer (Berlin) konnte von 720 Fällen 102 nachuntersuchen. Die 31 Operierten hatten kein Rezidiv. Es war Wert auf gründliche Exstirpation unter Blutleere, mit Wegnahme des Ursprungs an der Gelenkkapsel gelegt worden. 8 Ganglien gingen spontan zurück. Von 51 zerklopften Ganglien rezidivierten nur 23. Einfacher Druckverband mit Bleiknopf heilte 10 Kranke. Diszision, Punktion, Inzision mit Tamponade wendete LEXER nie an; er exstirpiert nach mindestens drei erfolglosen unblutigen Versuchen.

Bum (Wien) hält vom Standpunkte des Unfallchirurgen die Feststellung der Tatsache für wichtig, daß das plötzliche erstmalige Auftreten von Ganglien (als „Betriebsunfall") zu den größten Seltenheiten gehört. 59 von 62 Unfallbegutachteten geben zu, daß ein durch Überanstrengung hervorgerufenes Rezidiv vorlag. BUM interpelliert den Vortragenden, ob er seine „Unfall"-Fälle in diesem Sinne deutet.

Küttner erwidert, 20 seiner Patienten hätten das Leiden auf einmaliges Trauma zurückgeführt, im Einzelfall wäre noch genaue Nachprüfung nötig. Ein Arzt habe bestimmt erklärt, daß bei ihm ein Ganglion nach Fall auf die Hand sich entwickelt habe.

***b)* Demonstration seltener Achsendrehungen.**

Die Präparate betreffen einen typischen Fall von Netztorsion bei vorhandener Hernie; einen Fall von Volvulus des Zökums und



ganzen Dünndarms bei zu langem Mesozökum; einen Volvulus der Flexura sigmoidea mit Perforationsperitonitis. Außerdem demonstriert KÜTTNER sehr instruktive Präparate von: Corona mortis, Hernia obturatoria, Fettpfropf im Trigonum lumbale sup. als Vorläufer einer Lumbalhernie, typische Hernia inguinalis interstitialis (Bruchsack unter der Aponeurose bzw. den Muskelfasern des M. obliq. ext. ausgebreitet); ungewöhnlicher Recessus peritonei, Hernia cruralis supravascularis; innere Hernie, in den Netzbeutel vordringend; 2 Kinderleichen, welche den Unterschied zwischen echter Zwerchfellhernie und Zwerchfelldefekt mit Prolaps veranschaulichen.

RANZI (Wien): **Zur Frage der Tragfähigkeit der BUNGEschen Amputationsstümpfe.**

Das BUNGEsche Verfahren der Auslöffelung des Knochenmarks wurde bei 12 Fällen der v. EISELSBERGschen Klinik angewendet mit sehr gutem Erfolg selbst bei denjenigen Stümpfen, die nicht primär heilten. Für Fälle, bei denen man auf Prima reunio verzichten muß, ist das Verfahren dem BIERschen vorzuziehen. Man ließ die Kranken möglichst früh aufstehen mit provisorischer Gipsstelze.

HABERER (Wien): **Zur Therapie der Sarkome in den langen Röhrenknochen.**

Die Erfolge an der v. EISELSBERGschen Klinik (18 Fälle) waren hinsichtlich der verstümmelnden und der konservierenden Methoden ziemlich gleich, weshalb die letzteren, wie auch MIKULICZ vorgeschlagen hat, weiter ausgedehnt werden sollen auf Kosten der ersteren, zumal der Kranke mit künstlichem Bein viel mehr behindert ist als der lokal Operierte und auch der Verstümmelte nicht sicher ist vor einem Rezidiv. Besonderen Wert legt HABERER auf frühzeitige Diagnose durch das Röntgenbild.

Lexer (Berlin) vertritt den Standpunkt von BERGMANN und KÖNIG, bei periostalen und myelogenen, aber durchgebrochenen Tumoren hoch zu amputieren bzw. so zu exartikulieren, daß die dazu gehörigen Muskelgruppen mit entfernt werden. Allerdings könne bei bösartigen Tumoren auch die Resektion zu spät kommen, andrerseits bei gutartigen Myelomen, die wir aber schwer als solche erkennen können, die Auslöffelung genügen.

HOFMANN (Graz): **Die Stellung des Fußes bei fungöser Erkrankung des unteren Sprunggelenkes.**

Vortr. fand bei Stellung des Fußes in Pronation und Abduktion das Talonavikulargelenk vorwiegend erkrankt, bei Supination und Adduktion dagegen die Articul. talocalcanea. Diese Stellungen entsprechen, wie sich HOFMANN durch Injektion rasch erstarrender Massen in Gelenke überzeugte, den die Kapsel am meisten entspannenden „Mittelstellungen" dieser Gelenke. Auch die Form der Schwellung läßt Schlüsse zu, wie HOFMANN näher ausführt.

v. HOVORKA (Wien): **Über Spontanamputationen.**

Man muß zwei große Gruppen unterscheiden: angeborene und erworbene Spontanamputationen. Im Anschluß an einen von ihm beobachteten Fall beschäftigt er sich nur mit der ersteren; er unterscheidet unter kritischem Hinweis auf die Systematik KORMANNS und SCHRÖDERS eine endogene und eine exogene fötale Spontanamputation; die endogene, als Bildungshemmung, ist sehr selten; die exogene, die weitaus häufigste, ist stets aus rein mechanischen Ursachen durch eine Wachstumsstörung, und zwar infolge von pathologischen Prozessen oder Trauma (Kompression, Fraktur, Thrombose etc.) zu erklären. Am häufigsten erfolgt die Kompression durch abschnürende Amnionstränge, nach der Schätzung v. HOVORKAS auf der Höhe des 2. Fötalmonats. Spontanamputationen aus späteren Monaten rühren nicht vom Amnion, sondern von der Nabelschnur her. Mit Ainhum der Neger hat die Spontanamputation, wie es MENZEL und WIEDEMANN glaubten, offenbar nichts zu tun.

RANZI (Wien): **Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von v. MIKULICZscher Krankheit.**

Die betreffende Patientin hatte beiderseits einen Tumor, der auf die Parotis bezogen werden mußte. Übrige Speicheldrüsen, Tränendrüsen, Lymphdrüsen waren frei, Milz nicht vergrößert. Probeexzision ergab zwischen Drüsenläppchen wuchernde lymphozytenähnliche Rundzellen. Nach erfolgloser medikamentöser Therapie brachten 6 Sitzungen mit durchschnittlich 7 Minuten langer Röntgenisierung die Tumoren zum Schwinden; bei ihrer elektiven Wirkung auf lymphatisches Gewebe hatten sie offenbar das in der Parotis normalerweise enthaltene, hier aber hyperplastische lymphatische Gewebe beeinflußt.

KROISS (Innsbruck): **Zur Pathologie der Speicheldrüsen.**

Vortr. sieht in den Speichelsteinen, wie er aus einem Falle lernte, nur das Produkt chronisch entzündlicher Zustände und rät daher zu radikaler Therapie, d. h. Entfernung des Steines samt der Drüse. In einem Fall von Ranula sah er einen Zusammenhang mit dem Ausführungsgang einer Sublingualdrüse (deutlicher Epithelübergang auf die Innenwand der Zyste). Er meint, daß gelegentlich auch der Ductus submaxillaris beteiligt sein könne, und erweitert dementsprechend die HIPPELsche Theorie.

v. Eiselsberg hält es für zweckmäßig, in Fällen mit langwieriger Speicheldrüsengangeiterung im Sinne des Vortragenden radikal vorzugehen.

Hertle sah öfter auch von kleinen labialen und bukkalen Drüsen Retentionszysten bis Taubeneigröße ausgehen, fand auch Drüsenparenchym in der Wand der Zyste, jedoch nie einen Ausführungsgang. Bei Plastikoperationen ist auf diese Ausführungsgänge Bedacht zu nehmen.

Hofmeister lernte eine beiderseitige „Submaxillardrüsenschwellung" als symmetrisches Lipom kennen, das den Speicheldrüsen anflag und in dieselben hineingewuchert war.

GROSSE (München): **Demonstrationen:** *a)* **einer Vorrichtung zum Sterilisieren chirurgischer Messer;** *b)* **eines chirurgischen Universalsterilisators.**

Vortr. führt seinen chirurgischen Universalsterilisator, dem ein neues Prinzip, das der Einheitlichkeit der Sterilisation, zugrunde liegt, in Funktion vor. Das gesamte keimfrei zu machende chirurgische Material: Instrumente, Verbandstoffe, Katheter, Lösungen, Handschuhe usw., wird in einem Agens, dem Wasserdampf von 100°, sterilisiert. Der Apparat enthält hierfür 3 Einsätze, die in verschiedener Weise verwendbar sind. Die Messer werden in „Messersterilisationsrohre" eingeschlossen und bleiben so völlig intakt und scharf, was bisher durch kein Verfahren zu erreichen war.

Die Wasserdampfsterilisation ist, abgesehen von 1. der Ermöglichung vollkommener Einheitlichkeit der Sterilisation, 2. durch unbedingte Sicherheit, 3. durch einfachere Handhabung, 4. geringeren Zeitaufwand, 5. geringeren Materialverbrauch, 6. durch Schonung des in tadellosem Zustande verbleibenden Instrumentariums nach GROSSES Überzeugung allen anderen Sterilisationsmethoden weit überlegen.

DE FRANCESCHI (Rudolfswert): **Erfahrungen über Spinalanalgesie.**

Vortr. wandte die Spinalanalgesie, die er wegen der Ersparnis an Assistenz besonders schätzt, in 220 Fällen an, und zwar nicht nur bei Operationen an den Extremitäten, an Blase und Mastdarm, Genitalien, sondern auch bei Hernien, Appendizitis, Gastroenterostomie. Vorzügliche Resultate hatte er erst, als er mit der Dosis sehr hoch hinaufging, bei Kindern unter 10 Jahren auf 8—10 *cg*, von 15 Jahren an auf 10—15 *cg*! Er erlebte nie eine Intoxikation, hält es allerdings für möglich, daß das Tropakokain durch die Art der Sterilisation — Erhitzen in einer Ofennische 1 Minute lang auf 130° C — abgeschwächt wurde.

Preindlsberger möchte das Verfahren bei Kindern nicht anwenden, auch bei Erwachsenen nicht über 7 *cg* geben. Er erwähnt, daß die Chemie eifrig bestrebt sei, die toxische Komponente des Mittels zu beseitigen.

Hirsch erinnert an die Angabe von DÖNITZ, daß es sehr wichtig sei, genau in der Medianlinie zu injizieren, und hält diesen Weg für sicherer und dankbarer als die Steigerung der Dosis.

v. Eiselsberg sah, daß selbst BIER eine Injektion versagte, weshalb er in solchen Fällen, die vor Beginn der Operation noch nicht anästhetisch waren, die Injektion einfach wiederholte.

SCHULTZE (Duisburg): **Die Verwendung der Klemmtechnik in der Chirurgie nach dem Prinzipe der fremdkörperlichen Klemmnaht.**

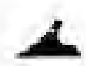
Verf. führt aus, wie sich das Prinzip der Klemmnaht auf jede andere Naht übertragen läßt und schildert ihre Vorteile: sie erhöht die Übersicht bei Operationen, ermöglicht eine exakte Adaption der Wundränder, erhöht die Asepsis, indem man große Wunden rasch schließen kann, und gestattet die Anwendung denkbar feinsten Nahtmaterials.

KUHN (Kassel): **Überdrucktubage und Chirurgie des Thorax.**

Verf. bezeichnet die perorale Tubage als vorzügliches Mittel, die für intrathorakale Operationen nötige Druckdifferenz aufrecht zu erhalten. Die gut abgedichtete Kanüle kann mit zwei getrennten, unter Druck stehenden, in ihrer Zusammensetzung regulierbaren Gasgemischen in Verbindung gesetzt werden, nämlich einem Chloroformsauerstoff- und einem Sauerstoff-Luftgemenge. Vor der Intubierung ist eine einleitende gewöhnliche Narkose nötig. Die anschließende Tubennarkose hat den Vorteil sehr geringen Chloroformverbrauchs und den der Umgehung des Reflexapparats in der Nase. Da das Chloroform sehr rasch zur Wirkung kommt, kann man die Tiefe der Narkose häufig verringern. KUHN konnte mit seinem Apparate bei Hunden dieselben Operationen ausführen wie SAUERBRUCH und empfand es als Vorteil, daß die oberen Thoraxpartien freier waren.







Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung der pädiatrischen Sektion vom 16. November 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse“.)

R. NEURATH stellt einen 14jähr. Knaben mit posthemiplegischer Epilepsie vor. Derselbe hatte im 6.—9. Lebensmonate eklamptische Krämpfe, seither datiert eine rechtsseitige Hemiparese, welche auch in geringerem Grade besteht, die Muskulatur der gelähmten Seite ist etwas atrophisch. Merkwürdig ist, daß die Hautreflexe an dieser Seite erhöht sind, während sie in der Regel herabgesetzt erscheinen. Das paretische Gebiet ist hyperästhetisch und die Sehnenreflexe sind daselbst erhöht.

HERM. SCHLESINGER demonstriert einen Knaben mit typischer Pseudatrophia musculorum, bei welchem im Gesicht myxödematöse Veränderungen auftraten, die mit höchstgradiger Teilnahmslosigkeit und Widerwillen gegen Bewegung einhergingen. Auf Verabreichung von Thyreoideatabletten (1 pro Tag) wurde der Knabe sehr lebhaft und tummelte sich lustig umher; als die Thyreoideatherapie ausgesetzt werden mußte, verlor sich die Lebhaftigkeit wieder. Die Pseudatrophie wurde durch die Therapie nicht beeinflußt.

W. Rosenberg hat einen Fall von entwickeltem Myxödem mit schweren dystrophischen Erscheinungen beobachtet; durch Thyreoideatherapie wurde ersteres günstig beeinflußt, letztere blieben dagegen unverändert.

L. JEHLE demonstriert zwei Kinder mit Dysenterie, bei welchen das KRUSEsche Serum mit Erfolg angewendet wurde. Die Stühle, deren Häufigkeit früher bis 50 am Tage betrug und welche Blut und Eiter enthielten, wurden seltener (bis 6 Stühle täglich), in ihnen waren Blut und Eiter nur mikroskopisch nachweisbar, dagegen wurden das Fieber und der lokale Befund nicht beeinflußt und im Stuhle waren wie vorher KRUSEsche Bazillen vorhanden. Kolibazillen waren nur in geringer Menge zu finden. Vortr. hat eine einfache Methode zur Entnahme von Stuhl und zur bakteriologischen Prüfung desselben ausgearbeitet.

Th. Escherich bemerkt, daß die Fälle mit SHIGA-KRUSEschen Bazillen schwerer verlaufen als die bei uns endemisch vorkommenden Erkrankungen mit FLEXNER-Bazillen. Die Herstellung eines polyvalenten Serums gegen beide Stämme würde einen großen Fortschritt in der Therapie bedeuten.

A. BRANDWEINER demonstriert ein Kind mit Lichen ruber planus, welche das typische Bild zeigt: bläulichrote oder gelbliche, plateauartig erhobene, polygonale Exkreszenzen mit wachsartigem Glanz, mit deutlicher Felderung und mit einer Delle in der Mitte. Die rote Farbe ist für diese Affektion nicht charakteristisch.

F. HORN stellt ein Kind mit Rheumatismus nodosus nach Chorea vor. Im 4. Lebensjahr hatte Pat. den ersten Choreaanfall, dann traten in 5—6 monatlichen Intervallen Rezidiven auf und es entwickelte sich Endokarditis mit starker Verbreiterung der Herzdämpfung, systolischem und diastolischem Geräusch an der Herzspitze und Akzentuation des zweiten Pulmonaltons. Vor einigen Monaten erschienen Knötchen entlang der Sehne des Palmaris longus, an den Ellenbogen, Kniegelenken und am Hinterhaupte und um die Interphalangealgelenke der Hände, welche zeitweise verschwanden; durch Salizyltherapie wurden sie nicht beeinflußt. Die Erkrankung ging ohne Fieber, aber mit vagen Gliederschmerzen einher.

J. Eisenschitz bemerkt, daß der Rheumatismus nodosus den alten Ärzten als FRORIEPsche Knötchen bekannt war, und KASSOWITZ betont das seltene Vorkommen der Krankheit.

S. HECHT demonstriert seine Methode zur Fettbestimmung in den Fäzes. Das Fett kann in denselben in freiem Zustande oder verseift vorkommen; in ersterem Falle zeigt der Kot einen Fettglanz und ist flüssig, in letzterem kann er fest und glanzlos sein. Die Methode besteht darin, daß die Fäzes mit alkoholischer Kalilösung gekocht werden, wodurch alles Fett in Seifen übergeführt wird; dann wird die entstandene Lösung filtriert, zur Trockne eingedampft und der Rückstand (die Seifenmasse) mittelst Säure, Äther und Wasser gespalten. Das frei werdende Fett wird in einer eigens konstruierten Bürette abgelesen.

F. HAMBURGER stellt einen Knaben mit diphtheritischer Lähmung des linken M. hyoglossus vor; daneben bestehen noch Akkommodationslähmung, Gaumensegellähmung und Schwere in den Beinen. Die übrigen Zungenmuskeln sind intakt, die Lähmung des M. hyoglossus zeigt sich darin, daß die betreffende Zungenhälfte nicht an den Boden der Mundhöhle angedrückt werden kann. Das Kind war mit Diphtherieserum behandelt worden.

M. Kassowitz bemerkt, daß es auch bei frühzeitiger Injektion des Serums zu Spätlähmungen komme.

J. ZAPPERT berichtet über einen Fall, in welchem sich bei einem 16jährigen Mädchen aus einem zerebral einsetzenden Krankheitsbilde eine typische Epilepsie entwickelt hat. Vor drei Jahren zeigte Pat. Symptome eines Hirntumors (Kopfschmerz, Schwindel, Abduzenslähmung und Stauungspapille), später verschiedene andere vage nervöse Erscheinungen, wie Pamstigsein der Zehen, Schwäche einer Extremität und zeitweise Bewußtseinsstörungen. Nach einiger Zeit verschwanden allmählich alle Erscheinungen, es entwickelten sich aber dafür typische epileptische Anfälle, welche auf Brom reagierten. Ohne Kenntnis der Anamnese würde man den Fall für eine genuine Epilepsie halten, während sie in Wirklichkeit als sympathische Epilepsie wahrscheinlich auf eine zerebrale Kinderlähmung zurückzuführen ist. In die Gruppe der sympathischen Epilepsie dürften viele Fälle gehören, welche infolge Fehlens der Anamnese für eine genuine Epilepsie angesehen werden.

Notizen.

Wien, 25. November 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung berichtete zunächst Hofr. v. EISELSBERG über die an seiner Klinik geübte Behandlung der typischen Radiusfraktur mittelst der STORPschen Suspensionsmanschette, einem im Prinzipe mobilisierenden Verbande. Doz. A. BUM begrüßte es, daß nunmehr auch seitens der Schule der funktionellen Restitution bei der Behandlung einfacher Frakturen Rechnung getragen werde; er selbst hat die mobilisierende Methode in seiner eigenen Unfallspraxis vielfach erfolgreich verwendet. Die Nachteile der allzu langen Immobilisierung (Ankylosierung) erwies sodann v. EISELSBERG an einem Falle von Unterschenkelfraktur. — Hierauf demonstrierte Prof. ALBRECHT anatomische Präparate, und zwar 1. zweier Fälle von Peritonitis nach Perforation des Appendix im Säuglingsalter, mit multiplen metastatischen Abszessen; 2. eines Falles von Vergiftung mit Kalium chloricum bei einem 3jähr. Kinde; die tödtliche Dosis hat im ganzen 1 *g* betragen. Die DDr. H. TELEKY, Prim. SCHOPF, K. REITTER, R. NEURATH und R. GRÜNFELD wiesen auf die Gefahren der internen Anwendung des chlorsauren Kaliums hin, betonten aber, daß zum Zustandekommen einer Vergiftung mit geringen Dosen eine individuelle Prädisposition notwendig sei. — Prof. EHRMANN demonstrierte 3 Fälle einer eigentümlichen Hauttuberkulose, welche, durch Einimpfung von der Oberlippe aus entstanden (vermittelst schadhafter Zähne), zur Bildung von Knoten und Lymphsträngen geführt hat und hierdurch eine große Ähnlichkeit mit der von RUD. KRAUS vor 3 Wochen demonstrierten Affentuberkulose darbietet. Auffallend ist die prompte Wirkung der Röntgenbehandlung. Prof. LANG bestätigte die Wirksamkeit der Röntgentherapie in Fällen von Drüsen- und Lymphgefäßtuberkulose. — Dr. RANZI zeigte aus der v. EISELSBERGschen Klinik einen Fall von subkutaner Darmruptur; Heilung durch Naht. — Aus derselben Klinik stellte Doktor CLAIRMONT einen Fall von multipler Tumorbildung vor, wahrscheinlich Lymphosarkomatosis. Prim. TÜRK hob die Knochenschmerzhaftigkeit bei dem vorgestellten Kranken hervor und möchte nach dem Blutbefunde Lymphomatose mit sublymphämischem Blutbefunde annehmen. — Schließlich hielt Prof. REDLICH den angekündigten Vortrag über Halbseitenerscheinungen bei genuiner Epilepsie. Vortr. hat klinisch in einer großen Zahl von Fällen von genuiner Epilepsie Symptome nachweisen können, welche auf eine Hemisphärenläsion hinweisen. Es fanden sich Paresen im Bereiche des Fazialis und Hypoglossus, der Extremitäten, halbseitige Änderungen der Haut- und Sehnenreflexe, oftmals nur kurz nach dem Anfalle nachweisbar, in anderen Fällen lange anhaltend. Diese Befunde lassen nach Ansicht REDLICHS, zumindest in einer bestimmten Anzahl von Fällen, die Annahme der genuinen Epilepsie als einer reinen Neurose zweifelhaft erscheinen und geben vielleicht die Richtung für weitere Forschungen an. In der Diskussion betonte Dozent ZAPPERT den Zusammenhang zwischen zerebraler Kinderlähmung und genuiner Epilepsie, während Dr. E. STRANSKY aus seiner eigenen Erfahrung die Befunde REDLICHS bestätigen konnte.

(Zehn Jahre österreichische Ärztekammern.) Vor uns liegt ein dünnes Bändchen „Das erste Dezennium der Ärztekammern



in Österreich", ein kritischer Rückblick, erstattet über Auftrag des VIII. österreichischen Ärztekammertages. In knappen Worten, so objektiv wie vielleicht nur der Arzt von seiner Tätigkeit zu sprechen vermag, ohne Schönfärberei und auch ohne Großsprecherei wird hier der mannigfachen Errungenschaften gedacht, auf welche die österreichischen Ärztekammern in der Zeiten Ungunst trotz der Mängel des Ärztekammergesetzes und trotz des geringen Wohlwollens der Regierung hinzuweisen vermögen. In diesem Dezennium regster Tätigkeit und nimmermüden Schaffens haben unsere Ärztekammern die Aufmerksamkeit der maßgebenden Faktoren so sehr auf sich gelenkt und so viel organisatorisches Leben in uns wachgerufen, daß die Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes nimmermehr über die Köpfe und auf Kosten der Ärzte wird erfolgen können. Eine Reihe von Wohlfahrtseinrichtungen, wie der Kaiser Franz Josef-Regierungsjubiläumfonds der Wiener Kammer und zahlreiche Unterstützungsfonds der übrigen Kammern mit dem Gesamtvermögen von mehr als K 400.000, ist geschaffen, die Angelegenheiten der Gemeinde- und Distriktsärzte sind, wenn auch vorläufig nur mit recht spärlichem Erfolge, vertreten worden. Ist es auch nicht immer gelungen, den Beschlüssen der Ärztekammern jene Autorität zuzusichern, welche ihnen gebührt und zum Wohle der Sache erforderlich wäre, und war auch gerade im eigenen Lager, unter den Ärzten, vielfach eine bedauerliche Teilnahmslosigkeit zu konstatieren, so ist doch begründete Hoffnung vorhanden, daß der Dornenpfad der ersten zehn Jahre zu besseren Ärztekammerverhältnissen führen wird. Denn nur dann, wenn wir maßgebendenorts unsere Forderungen und unsere Rechte korporativ vertreten werden, wird man uns hören müssen, uns nicht überhören können. — Von den 247 Eingaben der Kammern sind 32·1% ohne Erledigung geblieben, 23·7% ungünstig, 36·5% günstig und 7·7% teilweise günstig erledigt worden.

(Universitätsnachrichten.) Die neue Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Halskranke in Würzburg ist unter SEIFERTs Leitung kürzlich eröffnet worden. — Die Universität Greifswald hat den Anatomen Professor Dr. E. BALLOWITZ in Münster i. W. zum Ehrendoktor der Philosophie promoviert. — Die Zahl der Promotionen zum medizinischen Doktorate ist an den österreichischen Universitäten von 1011 im Jahre 1895 auf 561 im Jahre 1904 zurückgegangen. — Der Privatdozent an der militär-medizinischen Akademie in St. Petersburg Dr. P. SADOWSKY ist zum Extraordinarius für Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt worden.

(Personalien.) Der Polizeichefarzt von Wien, kaiserl. Rat Dr. A. MERTA hat das Kommandeurkreuz des Ordens Isabella der Katholischen erhalten. — Der berühmte Physiologe und Psychologe Professor Dr. WILHELM WUNDT in Leipzig hat vor wenigen Tagen sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. — Geheimer Rat Professor Dr. v. CZERNY in Heidelberg beabsichtigt, auf sein Lehramt zu resignieren, um sich gänzlich der Leitung des von ihm gegründeten Instituts für Krebsforschung widmen zu können. — Die British medico-legal Society hat Professor Dr. F. STRASSMANN in Berlin zum Ehrenmitgliede gewählt. — Der Konsulararzt Doktor SIEGMUND BREITERFELD in New-York hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens erhalten.

(Ernennungen.) Der Polizeibezirksarzt Dr. FRANZ KIENAST in Wien ist anläßlich seiner Übernahme in den Ruhestand zum kaiserlichen Rate, der Oberbezirksarzt Dr. JOSEF ČERNY zum Landessanitätsinspektor, die Bezirksärzte Dr. JOSEF TICHY und Dr. FRANZ KULHÁVY sind zu Oberbezirksärzten, sämtlich in Böhmen, ernannt worden. — Dem San.-Rate Dr. ADOLF NEISSER in Berlin ist der Charakter als Geheimer Sanitätsrat verliehen worden.

(Ärztekammer in Schlesien.) In der konstituierenden Sitzung wurden gewählt: Dr. RUHENSTROTH (Troppau) zum Präsidenten, Dr. PENDL (Troppau) zum Präsidenten-Stellvertreter, Dr. NIESSNER (Troppau), Dr. SCHILDER (Freiwaldau), Dr. HLAWATSCH (Trzynietz) und Dr. HINTERSTOISSER (Teschen) zu Vorstandsmitgliedern, ferner als Stellvertreter: Dr. KAIN (Troppau), Dr. LIEWEHR (Jägerndorf) und Dr. WÜRST (Freudenthal); als Delegierte zum Landes-Sanitätsrat: Dr. RUHENSTROTH und Dr. PENDL (Troppau), als Stellvertreter Dr. NIESSNER (Troppau) und Dr. HLAWATSCH (Trzynietz).

(Kongresse.) Der nächstjährige deutsche Ärztetag wird in Halle in der zweiten Hälfte Juni stattfinden. Als Gegenstände der Tagesordnung sind in Aussicht genommen: 1. Stellung der deutschen Ärzte zu Krankenkassen für nicht versicherungspflichtige Personen. 2. Der von der Krankenkassenkommission an den Geschäftsausschuß erstattete Bericht: „Forderungen und Vorschläge der Ärzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze." 3. Die Hygiene als obligatorischer Lehrgegenstand in den Schulen. Ein Gesuch des „Vereines homöopathischer Ärzte Norddeutschlands" um Aufnahme in den Deutschen Ärztevereinsbund wurde abgelehnt. — Der IV. internationale Kongreß für Versicherungsmedizin findet vom 11.—15. September 1906 zu Berlin statt. Das vorläufige Programm enthält: 1. Die frühzeitige Feststellung des Vorhandenseins einer Veranlagung zur Tuberkulose; 2. Die Fettleibigkeit in ihrer Bedeutung für die Versicherung; 3. Der Einfluß der Syphilis auf die Lebensdauer; 4. Die Impfklausel im Versicherungsantrag; 5. Die Beeinflussung innerer Leiden durch Unfälle.

(Ärztliche Honorare.) Eine Zivilrechtssache, die kürzlich vor einem Kreisgerichte Böhmens verhandelt wurde, hat wieder einmal einem Gerichte Gelegenheit gegeben, seine Munifizenz in der Bestimmung ärztlicher Honorare zu dokumentieren. Zwei „als Zeugen" und hierauf „als Sachverständige" einvernommene Kollegen, die einen vollen Arbeitstag nebst Wagen- und Bahnfahrt, Verköstigung und Verpflegung hatten in Rechnung ziehen müssen, liquidierten, nachdem ihre Aussagen zudem für den Ausgang des Prozesses von entscheidender Bedeutung gewesen waren, K 137 und erhielten dafür zugesprochen .... die Summe von K 19·20.

(Ärztliche Praxis.) Das Polizeipräsidium in Berlin hat — wie uns von dort berichtet wird — eine Ärztin angestellt, welcher die Untersuchung der zum ersten Male eingelieferten zweifelhaften weiblichen Personen obliegen wird.

(Statistik.) Vom 12. bis inklusive 18. November 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7807 Personen behandelt. Hiervon wurden 1566 entlassen, 160 sind gestorben (9·3% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 101, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 13, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 111, Scharlach 57, Masern 105, Keuchhusten 66, Rotlauf 35, Wochenbettfieber 1, Röteln 3, Mumps 4, Influenza 2, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 584 Personen gestorben (— 24 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Wien der Augenarzt Dr. LUDWIG HERZ V. HERTENRIED, 50 Jahre alt; in Prag der Stabsarzt Dr. EMIL V. MASCHKA im 51. Lebensjahre; in Valencia der Internist Professor Dr. J. MAGRANEZ; in Philadelphia der Laryngologe Professor Dr. C. SEILER.

Privatdozent Dr. S. Erben wohnt und ordiniert jetzt I., Teinfaltstraße 7 (Telephon Nr. 12.931).

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 27. November 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Prim. Doz. Dr. K. EWALD: Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit.

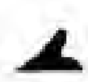
Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Über die wissenschaftliche Ausstellung der 77. Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Meran.

Mit diesem Kongreß war eine reichbeschickte Ausstellung verbunden, an der sich zirka 100 Firmen beteiligten. Es ist nicht möglich, in die Einzelheiten der vielen ausgestellten Objekte einzugehen, und seien hier nur die hervorragenden Ausstellungsgegenstände erwähnt. Die chemische Industrie war durch ihre hervorragendsten Repräsentanten vertreten, wie die **Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld**, welche ihre zahlreichen Präparate zur Ausstellung brachten, die bereits bestens bei den Ärzten eingeführt sind und allgemein verordnet werden, wie das Aspirin, Isopral, Veronal, Somatose in feste







und flüssiger Form, Epicarin, Eumydrin, Heroin, Maretin, Aristochin, Mesotan, Salophen, Citarin, Helmitol, Agurin, Hedonal und Alipyn, welch letzteres erst in jüngster Zeit als vorzügliches Anästhetikum eingeführt wurde.

Die **Ichthyol-Gesellschaft Cordes Hermanni & Co. in Hamburg** war mit ihren bekannten Ichthyolpräparaten vertreten. Das anhaltende Interesse der medizinischen Kreise ruft nach wie vor das Ichthyolammonium, kurzweg Ichthyol genannt, hervor. Für die Güte dieses Präparats dürfte die große Zahl der vorhandenen wissenschaftlichen Arbeiten, sowie das Rezeptbüchlein, welches von der genannten Firma, als alleinigen Fabrikantin dieses Präparats, zur Ausgabe gelangt, selbst sprechen. Neuerdings ist das Ichthyol bei Scharlach verwendet worden.

Prof. Dr. A. Seibert, New-York, empfiehlt, alle 6—12 Stunden, je nach der Intensität der Hautentzündung, die ganze Körperoberfläche von den Zehen bis zum Kopf mit einer 5—10%igen Ichthyol-Lanolinsalbe derartig einzureiben, daß keine roten Hautstellen mehr sichtbar sind und der ganze Körper hellbraun erscheint. Je nach der Größe des Patienten sind 30·0—90·0 *g* der Salbe erforderlich. Die Verreibung, welche mit den Fingerspitzen unter Anwendung eines ziemlichen Druckes stattfindet, nimmt mindestens eine halbe Stunde in Anspruch; ihr Zweck ist, „nicht" den Körper mit Salbe zu bedecken, sondern das Ichthyol in die Haut hineinzupressen und es so in direkten Kontakt mit den in den Wandungen der kapillaren Blut- und Lymphgefäße vermutlich eingenisteten Bakterien zu bringen und deren Lebensfähigkeit zu beeinträchtigen. Über gleich günstige Resultate berichten Dr. M. S. Nasarow, Archangelsk und Dr. W. A. Lawrow in ihren in der „Deutschen Medizinal-Zeitung", 1904, Nr. 78 und 1905, Nr. 41 erschienenen Arbeiten. Diese beiden Autoren treten für innerliche Darreichung von Ichthyol und Terpentinöl ein. —

Das Ichthargan hat sich schon seit Jahren als vorzügliches Antigonorrhoikum bewährt und wird in vielen großen Spitälern ausschließlich bei gonorrhoischen Erkrankungen angewendet. Neuerdings ist es auch bei septischen Erkrankungen erprobt. Die hier erzielten Erfolge waren recht günstige und dürften sich zur Nachprüfung anempfehlen.

Ebenso hat sich das Ichthoform als Darmantiseptikum vorzüglich bewährt und es wäre wünschenswert, diesem Präparat die weitgehendste Verbreitung zu sichern.

Aufmerksamkeit erregte die nicht umfangreiche, aber desto übersichtlichere Ausstellung der **Chemischen Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) Berlin.** Diese bei der österreichischen Ärztewelt durch ihre Präparate — wir erinnern nur an Urotropin, Antistreptokokkenserum, Chloral-Chloroform und ihre Formalingas-Desinfektionsmethode — bestens bekannte Firma trat auf der Ausstellung mit einem neuen Präparat an die Öffentlichkeit, welches allgemeines Interesse erweckte und sich sehr bald einen geachteten Platz im Arzneischatze erobern dürfte.

Dieses unter dem geschützten Namen „Euzon" vorgeführte Präparat, ein chemisch reines Natriumperborat, mit einem Gehalt von 10·4 Gewichtsprozent aktivem Sauerstoff, bietet einen insofern sehr vorteilhaften Ersatz für Wasserstoffsuperoxyd, als durch einfaches Auflösen des festen, an der Luft durchaus beständigen Präparats in Wasser in statu nascendi Wasserstoffsuperoxyd entsteht, dessen antiseptische und eiterlösende Wirkung bestens akkreditiert ist. Durch das Euzon, dessen Anwendung und Dosierung durch die Form von Pastillen à $2^1/_2$ *g* in wünschenswerter Weise vereinfacht wird, ist man also in den Stand gesetzt, sich jeden Augenblick ein gerade benötigtes Quantum frisches Wasserstoffsuperoxyd in einer bestimmten Konzentration herzustellen.

Dieses ist um so bedeutungsvoller, als man bei den fertigen handelsüblichen Wasserstoffsuperoxydlösungen mit der Tatsache zu rechnen hat, daß der ursprüngliche Gehalt an wirksamem Sauerstoff sich schnell vermindert. Die Euzonlösungen können somit überall an Stelle von Wasserstoffsuperoxyd mit Vorteil Anwendung finden. Dabei haben diese Lösungen vor dem handelsüblichen, sauer reagierenden Wasserstoffsuperoxyd den Vorzug, daß sie schwach alkalisch sind und keine Reizwirkung ausüben. Durch Zusatz von Zitronensäure kann die Alkalität der Euzonlösungen bis zur Neutralität abgestumpft werden.

In der ferner ausgestellten Pulverform wird das Euzon sehr vorteilhaft zum direkten Aufstreuen auf infizierte Wunden oder zum Insufflieren bei eitrigen Ohrenentzündungen verwendet werden können.

Von den seitens der Scheringschen Fabrik ferner ausgestellten Präparaten verdienen noch Beta-Eucain. lactic., Exodin, Empyroform und Sublamin erwähnt zu werden.

Beta-Eucain. lactic., ein dem Kokain in bezug auf Zuverlässigkeit ebenbürtiges Lokalanästhetikum, dabei aber nur $^1/_4$ so toxisch wie dieses, ermöglicht nach den uns vorliegenden Informationen eine leichte und bequeme Herstellung 10—15%iger und noch stärkerer Lösungen, die durch Kochen sterilisiert werden können. Arbeiten von Prof. Dr. Langgaard und Prof. Dr. Katz empfehlen seine Anwendung in der Augen- und Zahnheilkunde, für Infiltrations- und regionäre Anästhesie, für die Ohren- und Nasenchirurgie. Neuere Erfahrungen lassen die Verwendung des Beta-Eucain, sowohl des salzsauren als auch des milchsauren Salzes in der Verbindung mit Nebennierensubstanzen besonders geraten erscheinen. Es sei gestattet, in dieser Beziehung auf Arbeiten von Braun-Leipzig, Stolz-Straßburg, Freund-Straßburg, Salecker-Breslau, Simon-Heidelberg u. a. zu verweisen.

Exodin, erprobt in der Göttinger Universitätsklinik, hat sich als ein außerordentlich mildes und vollkommen unschädliches Abführmittel viele Anhänger erworben. Es bewirken bei Erwachsenen 2—3 Pastillen, bei Kindern 1—2 Pastillen, als solche oder in Wasser aufgeschwemmt genommen, nach 12—18 Stunden ohne irgend welche Beschwerden und Reizungen, ohne lästigen Stuhlzwang eine mehrmalige breiige Entleerung. Auch als Schiebemittel nach Ölklistieren bei hartnäckiger Koprostase wird dem Präparat erfolgreiche Wirksamkeit nachgerühmt.

Die Präparate Empyroform und Sublamin dürften bereits allgemeiner bekannt sein. Ersteres ist als ein willkommener reizloser, fast geruchloser und

stark juckstillender Ersatz für die Teerbehandlung bei Ekzemen ohne deren unangenehme Nebenwirkungen hervorzuheben.

Das Sublamin kommt hauptsächlich als ein souveränes Händedesinfiziens in Betracht, welches die Haut im Gegensatz zu Sublimat bei größerer Tiefenwirkung in weitgehendstem Maße schont und keine schuppenden Ekzeme verursacht. In der über Sublamin vorliegenden umfangreichen Literatur wird ferner auf seine vorzügliche Verwendbarkeit bei Vagina-, Blasen- und Harnröhrenspülungen, für Augeninstillationen, Nasenspülungen, subkutane und intramuskuläre Injektionen, als Fixierungsmittel für histologische Präparate und zur Sterilisation chirurgischer Nähseide hingewiesen.

Herr Dr. Leopold Winternitz in Wien kam, wie wir aus einer seiner Schriften entnehmen, durch die Erfahrung, welche er in der von ihm geleiteten, mit Diätkuren verbundenen Wasserheilanstalt gesammelt hatte, zu der Überzeugung, daß für solche Personen, welche Bohnenkaffee aus irgend einem Grunde nicht genießen sollen, ein solches Kaffee-Ersatzmittel gefunden werden müsse, das neben ausgezeichnetem Gehalte auch im Geschmack dem Bohnenkaffee näher komme, als die bisher im Handel angepriesenen Kaffee-Ersatzmittel.

Er gab seine Meinung über die nach seinen Anschauungen notwendige Zusammensetzung eines wirklichen Ersatzmittels der fachkundigen und angesehenen Firma **Heinr. Franck Söhne** bekannt, worauf diese eine Spezialsorte, „Hydro" (hydropathischer Kaffee) benannt, herstellte, welche, obwohl frei von Koffein, dennoch einen so überraschend kaffeeähnlichen Geschmack besitzt, daß schon die erste Kostprobe jeden kundigen Kaffeefreund für diese Spezialität gewinnen wird.

Anläßlich des Meraner Ärztekongresses im September d. J. erregte das Ausstellungsobjekt der Firma **Heinr. Franck Söhne** allgemeines Interesse bei den anwesenden Herren Ärzten, der Wunsch derselben, ein Muster dieses Präparates behufs Erprobung mitzunehmen, war demgemäß ein sehr reger. Wir hatten Gelegenheit, zu beobachten, daß der anwesende Vertreter der Firma **Heinr. Franck Söhne** die Hände voll zu tun hatte, um von den ausgestellten Hydromustern Proben an Interessenten zu verteilen, und zwar in solchem Maße, daß, als der Vorrat nicht mehr reichte, um alle zu befriedigen, mehrere Herren ihre Adressen hinterließen, behufs direkter Bemusterung per Post.

In ähnlicher Weise wie in Meran stand auch beim internationalen Antialkoholkongreß in Budapest das Interesse für Hydro im Vordergrund, dort gleichso reichte die Anzahl der vorhandenen Pakete kaum aus, um allen Wünschen zu genügen.

Diese beiden Ergebnisse beweisen, daß, wo Hydro noch nicht bekannt ist, das Suchen nach einem auch für die Diener wirklich im Geschmack befriedigenden Kaffee-Ersatze sowohl, wie auch nach einem Getränke, welches geeignet ist, den verderblichen Alkohol abzulenken, nicht aufgehört hat, daß also alles sonst in dieser Richtung Gebotene nicht den Anforderungen, die an ein Kaffee-Ersatzmittel gestellt werden müssen, ganz zu entsprechen vermochte.

Inwieweit Hydro berufen ist, dieses Mittel darzustellen, darüber haben schon verschiedene Herren Ärzte ein durchwegs lobendes Urteil abgegeben.

Ein Vorzug des Hydro besteht nebenbei darin, daß er sehr ausgiebig und deshalb im Verbrauche so billig ist, daß auch die ärmste Familie sich dessen Genuß verschaffen kann.

Viele der größeren Spezerei-, Delikatessen- und Drogenhandlungen halten Hydro seit lange auf ständigem Lager, wo dies aber noch nicht der Fall ist, gibt die Firma **Heinr. Franck Söhne** in Linz a. d. Donau bezüglich der nächsten Bezugsquelle den Interessenten gewiß gerne Aufschluß.

Die Firma **Dr. Freund & Dr. Redlich**, Berliner Fabrik organotherapeutischer Präparate, **Berlin N. 37**, hat ihre bekannten Organpräparate in sehr sauberer, eleganter Ausstattung vorgeführt.

Besonders interessant sind die Nebennierenpräparate, welchen die Firma den Namen Renoform gegeben hat. Dieses Renoform ist mit dem Adrenalchlorid vollkommen identisch; so ist ein Quantum Renoform in drei Phiolen von den Nebennieren von 4000 Ochsen ausgestellt. Die Ausbeute scheint demnach eine sehr geringe zu sein. Doch wenn man bedenkt, daß 10 cm^3 einer Lösung von 1:100.000 Renoform genügt, um eine Infiltrationsanästhesie zu erzeugen, so ist der Ertrag doch nicht so gering, als man nach den vorliegenden Quantitäten glauben möchte. Für submuköse und subkutane Injektionen bringt die Firma Freund & Redlich das Renoform mit Kokain in sterilisierten, zugeschmolzenen Phiolen in den Handel. Da beim Kochen resp. Sterilisieren der Lösungen der Nebennierenpräparate mit Kokain leicht Zersetzungen eintreten, ist es entschieden rationeller, eine derartige, sterilisierte haltbare Flüssigkeit zu gebrauchen, als eine Lösung zu injizieren, welche durch Kochen teilweise oder ganz unwirksam geworden ist. Renoform wird in der Chirurgie, Laryngologie, Zahnheilkunde und auch bei Hämoptoe mit gutem Erfolge gebraucht.

Ein anderes neues Präparat bringt die Firma unter dem Namen Stagnin in den Handel. Stagnin ist eine durch Autolyse der Pferdemilz gewonnene sterilisierte Flüssigkeit, welche Landau als Hämostyptikum bei kapillaren Blutungen anwendet. Nach Landau besitzt das Stagnin die Eigenschaft, die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu erhöhen; es besitzt aber nicht die Eigenschaft, die Gefäße zu kontrahieren wie das Renoform, sondern es wurde in den meisten Fällen eine Abnahme des Blutdruckes gefunden, also eine Erweiterung der Gefäße. Stagnin wird angewendet bei Erkrankungen

1. des Myometriums und des Endometriums,
2. bei sekundären Blutungen infolge entzündlicher Erkrankung der Adnexe und des Parametriums,
3. bei Abortus imminens und imperfectus,
4. bei klimakterischen und virginellen Blutungen und Menorrhagien und bei einem Falle von Hämophilie.

Stagnin wird intramuskulär in die Glutäalgegend eingespritzt.

Unter den andern Organpräparaten, wie z. B. Thyreoidin, Marke F. & R., welches seiner in der Wirkung konstant bleibenden Eigenschaft wegen bekannt ist, nimmt auch das Oopherin Landau das Interesse von neuem in Anspruch.

Richter und Loewy haben durch Tierversuche nachgewiesen, daß bei kastrierten Hündinnen der Sauerstoffverbrauch um 20% sinkt. Wurden die Tiere nun mit Oophorin gefüttert, so steigerte dasselbe den Gaswechsel nicht nur bis zu seinen ursprünglichen Werten, sondern noch weit über dieselben hinaus. Das Oophorin wurde von Landau und Mainzer bei den Folgeerscheinungen der künstlichen und natürlichen Klimax, bei der sogenannten aufsteigenden Hitze (bouffées de chaleur), in Pausen auftretenden Angstgefühlen und Schweißausbrüchen empfohlen und wird dasselbe bekanntlich mit sehr günstigen Resultaten verwendet.

Burghardt hat seinerzeit das Oophorin bei einem 20jährigen Mädchen mit infantilem Uterus und zurückgebliebenen Ovarien, das einen hohen Grad von Fettsucht zeigte, mit dem Erfolge angewendet, daß das Mädchen 8 Kilo an seinem Gewichte abnahm. Nachdem das Oophorin monatelang ausgesetzt war, steigerte sich der Fettansatz wieder zu seiner früheren Höhe.

Es ist von Thumin nachgewiesen, daß bei Anwendung von Oophorin kein Eiweißzerfall, wie es z. B. durch den Gebrauch von Thyreoidin der Fall ist, eintritt, so daß der Gebrauch von Oophorin auch in sehr großen Dosen unschädlich ist.

Saalfeld hat das Oophorin bei Hautausschlägen, wie solche auch in der Klimax auftreten, mit gutem Erfolge gebraucht.

Senator hat mit Oophorin Versuche zur Bekämpfung der Osteomalacie angestellt, die zu keinem positiven Resultate führten.

Die geschmackvolle Ausstellung der **Lysoformfabrik (Dr. Keleti & Muranyi in Ujpest)** ist besonders aufgefallen. Das Lysoform, ein geruchloses, flüssiges Antiseptikum, ist in Flaschen von 100, 250, 500 und 1000 *g* ausgestellt gewesen und gelangte nebst Literatur zur Verteilung. Besonders die Gynäkologen und Frauenärzte haben sich dafür lebhaft interessiert, weil sie darin einen vollkommenen Ersatz für die bisherigen giftigen, penetrant riechenden Desinfektionsmittel (Lysol, Karbol) gefunden haben. Als Desodorans ist die Überlegenheit des Lysoform erwiesen. Wir glauben uns nicht zu irren, wenn wir diesem Präparat eine große Zukunft prophezeien.

Außerdem sind noch zu erwähnen die **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst a. M.**, welche eine große Kollektion ihrer bekannten und gut eingeführten Präparate zur Schau stellten, wie das Anästhesin, Pegnin, Pyramidon, Albargin, Alumnol, Gujasanol, Oxaphor, Isoform, Suprarenin, Trigemin, Tussol, Diphtherieheilmittel, Valyl etc. etc.

Herr Dr. Otto Chimani, Apotheker und Pächter der Zablaczer Kronen-Jodquelle, Kronen-Jodsalze und Kronen-Jodwässer, hat diese Produkte in sehr anschaulicher Weise zur Ausstellung gebracht. Die Ärzte interessierten sich für dieselben ganz besonders. Nach einer Analyse des Herrn Hofr. Prof. E. Ludwig zeichnet sich die Zablaczer Kronen-Jodquelle durch einen bedeutenden Gehalt an Jod und Bromverbindungen aus. Sie übertrifft speziell im Jodgehalt alle bekannten Jodwässer um das Drei- bis Sechsfache. Außerdem ist das Kronen-Jodwasser reicher an Chloriden und an Kochsalz im Vergleiche mit anderen Mineralwässern derselben Gattung. Das Kronen-Jodsalz und Kronen-Jodwasser wird bekanntlich bei allen Formen von Syphilis, Rachitis, Skrofulose, Karies, bei Gicht und Rheumatismus, bei chronischen Gelenk-, Knochen- und Hautaffektionen mit ausgezeichnetem Erfolge angewendet. Die Zablaczer Kronen-Jodquelle befindet sich im Dorfe Zablacz bei Schwarzwasser in Österreichisch-Schlesien und wurde bei Bohrversuchen zufälligerweise erschlossen. Das Kronen-Jodsalz und Kronen-Jodwasser haben sich in Spitälern und in der Privatpraxis infolge ihrer ausgezeichneten Heilwirkung bestens eingeführt und erhöht sich der Konsum dieser Produkte von Jahr zu Jahr.

Die Firma **C. F. Boehringer & Söhne in Mannheim** exponierte ihre medizinisch-pharmazeutischen Präparate wie Ferratin, Ferratose, Lactophenin, Coffein. purum synthet., Cerolin, Nukleinsäure, Lactoserve etc. etc.

Unter den Kollektionen von medizinisch-pharmazeutischen Artikeln wären noch zu erwähnen die organotherapeutischen Präparate sowie das Digalen, Thigenol, Sirolin, Protylin etc. von der Firma **F. Hoffmann La-Roche & Cie. in Basel.**

Die **Gesellschaft für chemische Industrie in Basel** führte das Phytin, Fortossan, Salen, Guajakol- und Kreosotpräparate vor.

Die bekannten vorzüglichen Präparate der chemischen Fabrik Helfenberg, Vertreter für Wien Herr **Apotheker A. Kremel**, erregten das Interesse der Herren Ärzte, welche sich sehr lobend über die tadellosen Artikel dieser Firma aussprachen.

Die Abteilung für physikalische, elektrische und optische Apparate und medizinisch-chirurgische Instrumente war außerordentlich gut beschickt und brachte viele interessante Neuheiten.

Den von der Firma **Reiniger, Gebbert & Schall** ausgestellten Objekten brachten die Ärzte besondere Aufmerksamkeit entgegen. Den Röntgenologen interessierte zunächst das „Orthodiagraphische Zeichenstativ nach Levy-Dorn", das, in jeder räumlichen Lage des Patienten benutzbar, die parallelprojektivische Durchleuchtung mittelst Röntgenstrahlen ermöglicht (speziell zur Ermittlung der wahren Form und Größe des Herzens) und eine Meßvorrichtung zur Bestimmung der Höhe und Breite des gemessenen Körpers besitzt. Durch eine Heb- und Senkvorrichtung kann das Stativ für jede Tischhöhe und jede Lage des Patienten eingestellt werden. Sein besonderer Vorzug liegt in der äußerst leichten Beweglichkeit der Zeichenvorrichtung.

Mit dem nach Angabe des Dozenten Kienböck konstruierten Quantimeter läßt sich die radiotherapeutische Wirkung präziser als bisher messen. Dasselbe besteht aus einer Normalskala, einer Dunkelkammer und Minutenuhr. Den Kenner fesselten die ingeniös konstruierten Arsonvalisationsapparate mit Solenoid für Autokonduktion, das gleichzeitig als Kondensatorbett und Röntgen-Aufnahmetisch verwendbar ist. Als Ersatz für das kostspielige große Finsen-Instrumentarium sah man die Finsen-Reyn-Lampe, die zur Bestrahlung jeweils nur eines Patienten geeignet ist, mit einer Bogenlampe von 20 Ampere, deren Kohlen in

ihrer Zusammensetzung — ganz den Intentionen Finsens gemäß — so gewählt sind, daß sie fast 100% chemische Strahlen mit Ausschluß fast aller Wärmestrahlen liefern. Die Lampe besteht weiters aus einem Konzentrator mit Bergkristallinsen und Wasserkühleinrichtung und eignet sich schon ihres niedrigen Preises wegen für die kleine Praxis.

Das Insensiv-Sitzlichtbad nach Wulff ist berufen, an Stelle der gewöhnlichen Glühlichtbäder zu treten. Es ist mit 17 röhrenförmigen Lampen à 16 Normalkerzen montiert, hinter denen ebensoviele Parabol-Glasreflektoren mit Brennlinien angebracht sind. Sehr kompendiös sind die Anschlußapparate für Kaustik, Endoskopie und Faradisation.

Das Vierzellenbad von Dr. Schnée hat schon soviel Beifall gefunden, daß es im Inventar eines jeden Sanatoriums zu finden ist. Ein Novum war auch der Leducsche Elektromotor-Unterbrecher zur Erzielung der elektrischen Narkose und gleichzeitig ein sehr empfindliches elektrisches Reizmittel, das wegen seiner genauen Meßbarkeit für Diagnostik den faradischen Strömen vorzuziehen ist. (Prof. Leduc hat seine diesbezüglichen Experimente in den „Archives d'Electricité médicale", 1903, Nr. 129, veröffentlicht.)

Die neuen Zystoskope der Firma Reiniger, Gebbert & Schall haben den Vorzug, daß die Objektivlinse „seitlich zur Rohrachse" und vor dem Spiegelprisma liegt, was nicht nur den optischen Effekt erhöht, sondern auch eine leichte Einführung der Instrumente ermöglicht.

Der Triumphmotor und äußerst praktische Massage-Apparate sowie ein komplettes Instrumentarium für Knochenplomben vervollständigten diese interessante Exposition.

Das hervorragendste Objekt in der optischen Abteilung waren die Instrumente und Apparate, welche die Firma **C. Reichert, Wien**, ausgestellt hatte. Es erregten hauptsächlich das Interesse die neuen apochromatischen Immersionsobjektive von 2 *mm* Brennweite und einer Apertur von 1·35 und die Semi-Apochromate $^{1}/_{12}$" von der Apertur 1·30—1·35, deren Farbenkorrektion so bewerkstelligt ist, daß sie besonders die Feinheiten und Farbenunterschiede histologischer Präparate mit größter Deutlichkeit erkennen lassen. Nach Ansicht berufener Autoritäten bedeuten diese Objektive einen wesentlichen Fortschritt.

Dasselbe gilt auch in erster Linie von den neuen Mikroskopstativen dieser Firma, von dem großen Stativ A I (siehe Figur), dessen seitlich gelegene Mikrometerschraube eine bequem meßbare Hebung beziehungsweise Senkung des Tubus um $^{1}/_{1000}$ *mm* gestattet, bis zu den kleinsten sowie auch bei mittleren und einfachsten Instrumenten, bei denen noch Tiefenunterschiede von $^{1}/_{100}$ gemessen werden können. Sämtliche Modelle haben eine durchgreifende Umkonstruktion erfahren zu dem Zwecke, den Stativen eine bequeme Handhabe zum Tragen zu geben. Bei den Stativen mit Schlitten beziehungsweise Parallelogrammführung ist die den Tubus tragende Säule als Handhabe ausgebildet (Stative A I, A II, A III, A VII und H VII f). Die Stative mit Prismaführung (H II, H III) haben einen henkelförmigen Griff hinter der Säule, der vollständig unabhängig von dieser ist. Bei dem Stativ „Austria" ist der Fuß mit einer Ausladung, die als Griff dient, versehen. Diese Handhaben dienen nicht allein dem Zweck, einen bequemen Transport der Instrumente zu ermöglichen, sondern sie bewahren die Feinbewegung der Mikroskope vor vorzeitiger Abnutzung.

Von der neuen Beleuchtungsmethode nach Siedentopf & Zsigmondy zur Untersuchung von kolloidal gelösten Flüssigkeiten dürfte noch mancher inter-



essante Aufschluß zu erwarten sein, doch ist das Verwendungsgebiet dieser Methode begrenzt.

Von hohem Wert für bakteriologisch-histologische Untersuchungen dürfte aber die neue Dunkelfeldbeleuchtung nach Abbé sein, welche am zweckmäßigsten mit starken elektrischen Lichtquellen ausgeführt wird. Ein interessantes Beispiel hierfür boten die im Stadttheater in Meran vorgeführten Demonstrationen an frischen Blutpräparaten, in denen ultramikroskopische Teilchen sichtbar gemacht wurden, die sich bisher der Wahrnehmung entzogen haben, weil sie unterhalb der Auflösungsgrenze gewöhnlicher Mikroskope liegen. Systematisch

durchgeführte Untersuchungen haben ergeben, daß Anzahl und Beweglichkeit dieser Körperchen bei einer und derselben Person nicht immer gleich bleiben, sondern von körperlichen Funktionen stark beeinflußt werden. Insbesondere hat es den Anschein, als ob die Nahrungsaufnahme und Verdauung einen wesentlichen Einfluß auf diese Teilchen ausübten. Vollständige Klarheit über Natur und Bedeutung dieser Erscheinung können natürlich nur die Arbeiten berufener Vertreter der Wissenschaft bringen. Immerhin ist der alte Erfahrungssatz wieder bestätigt worden, daß jeder Fortschritt auf technischem Gebiet eine Erweiterung der wissenschaftlichen Erkenntnis nach sich zieht.

Wie auf dem Gebiet des Mikroskopbaues, so ist auch die Firma C. Reichert in dem Bau und der Konstruktion von Mikrotomen nicht müßig gewesen. Besonders sei auf ein neues Henkelmikrotom mit Spitzenführung hingewiesen, das gegenüber den früher gebräuchlichen einfachen Spitzen-Mikrotomen wesentlich verbessert ist. Durch ein sinnreich konstruiertes System von Gelenken ist die Messerbahn eine gestrecktere geworden, so daß die Leistungsfähigkeit dieses Instrumentes bei mäßigem Preise der eines mittleren Mikrotoms mit Schlittenführung nahezu fast gleichkommt.

Die von der psychiatrischen Klinik in Graz (Prof. Dr. Anton v. Hartmann) hergestellten Gehirnschnitte gaben einen anschaulichen Beweis für die Güte der von der Firma C. Reichert ausgestellten größeren Mikrotome.

Desgleichen brachte dieselbe Firma noch andere Erzeugnisse ihrer Werkstätte zur Ausstellung, von denen besonders Objektive und Apparate zur Photographie und Mikrophotographie hervorgehoben zu werden verdienen.

Interessenten seien auf die diesbezüglichen neuen reichhaltigen Spezialkataloge der Firma C. Reichert aufmerksam gemacht.

Die bestbekannte Fabrik von medizinisch-chirurgischen Instrumenten und Apparaten von **Josef Leiter, Wien,** brachte interessante Neuheiten, darunter die Trockenheißluftapparate Dr. Mirtls, welche ein vollständig neues System zur Trockenerhaltung der Belegkästen für die verschiedenen Körperteile darstellen. Die bekannten Leiterschen Kühlapparate sind durch Verwendung eines neuen Materials sehr leicht geworden und haben ein schönes Aussehen. Auf dem Gebiete des Kystoskopbaues geht die Firma (wie wir mit Vergnügen konstatieren konnten) unablässig mit dem Fortschritte. Verbesserte Instrumentarien auf dem Gebiete der Magenchirurgie vervollständigten das interessante Ausstellungsobjekt.

Die Instrumentenfabrik von **H. Reiner, Wien,** hat in einem schönen Arrangement eine große Anzahl ihrer Instrumente und Apparate vorgeführt, unter denen viele anregende Neuheiten zu sehen waren, wie die Hirnabszeßmesser, eine aseptische Wundspritze mit Bajonettverschlüssen, ein Heißluftapparat nach Gaertner, Konstruktion Reiner, ein Autostat nach Spiegel, ein Nierenspatel nach Zuckerkandl mit verbessertem Handgriff, eine Vaginalklemme nach Wertheim, eine Uterusfixation nach Halban, ein Konstriktor, ein Steinzertrümmerer nach Kuttner, eine Dekapitationsschere nach Röhrich, ein Besteck zur Hammer- und Amboßextraktion nach Neumann, Modell Reiner.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

F. Hartmann, Die Neurofibrillenlehre. Wien und Leipzig 1905, W. Braumüller.

E. Holländer, Die Karikatur und Satire in der Medizin. Stuttgart 1905. F. Enke.

O. Vierordt, Diagnostik der inneren Krankheiten. 7. Auflage. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel. — M. 14·—.

Die neueren Arzneimittel und ihre Anwendung bearbeitet von Dr. Richard Lüders unter Mitwirkung von Dr. W. Thom in Düsseldorf. I. Abt. Leipzig 1906, Benno Konegen. Preis des ganzen Werkes, falls bis Ende 1905 bestellt, 9 M.—.

Falkenstein, Die Gicht. 2. Aufl. Berlin 1905.

K. v. Bardeleben, Lehrbuch der systematischen Anatomie des Menschen. 1. Hälfte. Wien und Berlin 1906, Urban & Schwarzenberg. — K 12·—.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Med. Presse" als Beilage, das November-Heft der „Wiener Klinik". Dasselbe enthält: **„Diarrhöe und Obstipation."** Von **Dr. Hans Schirokauer** in Berlin. — Ferner liegen dieser Nummer Prospekte bei von: **Farbenfabriken** vorm. **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Flüssige Somatose"**, der **Chemischen Fabrik von Heyden** in **Radebeul** bei **Dresden** über **„Collargol"** und Apotheker **Catillon** in **Paris** über **„Strophantus"** und **„Strophantin"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 3. Dezember 1905. Nr. 49.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Redigiert von

Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus dem Radiologischen Institut der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Mediastinaltumor.

Von **Privatdozent Dr. Robert Kienböck.**

Bisher wurden an etwa 100 Fällen von Sarkom Versuche mit Radiotherapie angestellt und veröffentlicht, in etwa einem Drittel der Fälle konnten — sei es wegen unrichtiger radiotherapeutischer Technik, sei es wegen refraktären Zustandes des Tumors — keine Erfolge erzielt werden. In zwei Dritteilen der Fälle schrumpften aber die Sarkome unter Röntgenbehandlung oder schwanden sogar vollkommen.

Bemerkenswert wegen erfolgreicher Behandlung mit Röntgenstrahlen sind z. B. die Fälle von Karl Beck (New-York 1899), Pusey (Chicago), Coley (New-York), Williams (Boston), Krogius (Helsingfors), Chrysospathes (Athen), Kienböck (Wien), Béclère, Belot (Paris), Holzknecht (Wien), Sjögren (Stockholm).

Umfangreicher sind die radiotherapeutischen Erfahrungen an Leukämie und Pseudoleukämie. Zuerst konnte Pusey (Chicago 1902) in einem Falle von Leukämie durch Röntgenbestrahlung eine unerwartete günstige Wirkung erzielen. Fälle von Pseudoleukämie wurden mit gleichem Erfolge auf die Größe der Tumoren von Childs, Senn, Pusey, Williams, Krause, Levy-Dorn, Steinwand und Holzknecht behandelt. Von Leukämie, lymphatischer und myelogener, wurden seit dem Jahre 1902 zahlreiche Fälle radiotherapeutisch behandelt; es dürften heute über 100 hierher gehörige Beobachtungen vorliegen: die vergrößerte Milz verkleinert sich sehr bedeutend, ebenso die Drüsentumoren, der Blutbefund bessert sich in ausgezeichneter Weise, insbesondere nimmt die Leukozytose ab; das Allgemeinbefinden, der Kräftezustand heben sich. Dies der Erfolg in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Rückfälle und Exitus letalis kamen freilich in manchen Fällen trotz der Behandlung vor.

Unsere besondere Beachtung in vorliegender Arbeit verdienen die Fälle von Bergonié und von Clopatt.

Bergonié (Bordeaux) (Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Grenoble, août 1904) teilte eine sehr bemerkenswerte Beobachtung von ziemlich ausgebreiteter Lymphosarkomatose mit Geschwülsten an Hals und Achselhöhle, großem Milztumor und großen intrathorakalen Massen mit, an denen durchwegs Radiotherapie hochgradige Schrumpfung hervorrief. Perkussion und Radioskopie lehrten, daß der Thorax von Geschwulstmassen fast ganz eingenommen war. Der Blutbefund (Sabrazès) lautete: 4,000.000 rote Blutkörperchen, zirka 38.000 weiße, und zwar 78% polynukleäre Leukozyten.

Bergonié gab große Normaldosen täglich an verschiedenen Regionen des Halses und Thorax, jede Region wurde etwa viermal exponiert. Nach 20 Tagen waren zirka 5,000.000 rote Blutkörperchen und 18.000 weiße zu zählen, die Dyspnoe war fast geschwunden, die Drüsen verkleinert, der Allgemeinzustand gebessert. Später schwanden die Tumoren, die Milz wurde kleiner, die linke Lunge fast ganz frei, die rechte zum Teil, das Körpergewicht nahm zu.

Im Falle von Clopatt in Helsingfors („Deutsche med. Wochenschrift“, 1905, Nr. 29) handelte es sich um einen 38jährigen Mann, der keine Syphilis mitgemacht hatte. Vor

3 Jahren begann die Krankheit mit Husten, seit 5 Wochen bestand Atemnot. Befund April 1904 vor Beginn der Röntgenbehandlung: Guter Ernährungszustand, leichte Cyanose an Lippen und Ohren, prominente Venenschlängelungen an Hals und Epigastrium. In den Fossae supraclaviculares harte Drüsen. Über der oberen Hälfte des Brustbeins ist der Thorax vorgetrieben, besteht starke Dämpfung, keine Pulsation. Im Radiogramm (l. c. abgebildet) ist der Mediastinalschatten vom Herzen aufwärts um mehr als die Hälfte verbreitert, die Ränder des Schattens sind etwas unscharf, nicht pulsierend. Blutbefund fast normal. Diagnose: Lymphosarkom.

Die Röntgenbestrahlungen wurden nun zunächst täglich vorgenommen, teils rechts, teils links von Sternum. Nach 2 Wochen waren die Drüsen am Halse verkleinert, darauf gingen auch die Cyanose, die Dyspnoe und Venenerweiterungen zurück. Die Haut an der bestrahlten Region wurde allmählich braun. Das nach 2 Monaten aufgenommene Radiogramm zeigte den abnormen Schatten sehr verschmälert. Auch bei 7monatlichem Aussetzen der Bestrahlungen besserte sich noch der Zustand. Andere Behandlung wurde gleichzeitig nicht vorgenommen. Schließlich war im Bilde der Tumor nicht mehr sichtbar, nur die mit dem rechten Hilus zusammenhängenden Gefäßschatten waren noch verstärkt.

Ein Fall von Sarkom des Mediastinums, vergleichbar mit den zwei zitierten Beobachtungen, wurde nun auch von mir beobachtet und mittelst Röntgenstrahlen mit gutem Erfolge behandelt. Insbesondere ist Cloptts Fall dem unserigen ungemein ähnlich.

E. K., 34 Jahre alt, Ingenieur aus London. Patient akquirierte vor 8 Jahren (1896) Lues. Der Primäraffekt wurde als Ulcus molle diagnostiziert und erst die im Jahre 1897 auftretenden sekundären Erscheinungen (Psoriasis palmaris et plantaris, Tonsillitis) veranlaßten den behandelnden Arzt zu einer Schmierkur. 6 Monate nach Beendigung der ersten Schmierkur traten die genannten Sekundärerscheinungen neuerdings auf, Pat. machte eine zweite Inunktionskur durch und wiederholte dieselbe Behandlung im Laufe der folgenden Jahre wegen stets auftretenden Sekundärerscheinungen (immer nur an den Händen und Füßen) achtmal, jedesmal 30 Einreibungen à 2 *g*. Ferner nahm Pat. damals 35 Injektionen von Hydrargyrum salicylicum und eine große Menge von Quecksilberpillen.

Vor 4 Jahren stellten sich beim Patienten nachts heftige Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte ein, die von rückwärts beginnend gegen vorn (rechts oben) ausstrahlten. Derartige Anfälle wiederholten sich im Laufe der folgenden zwei Jahre in mehrmonatlichen Intervallen, und zwar stets in der Nacht und dauerten 2—3 Stunden. Pat. mußte vor Schmerz das Bett verlassen und konnte nur in zusammengekauerter Stellung die Schmerzen etwas erträglicher gestalten. Unabhängig von den Schmerzanfällen war häufig Fieber aufgetreten.

Vor 2 Jahren begannen Schwindelanfälle und Ziehen in der linken Kopf- und Gesichtshälfte, Druckgefühl im linken Auge, das Gesicht und der Hals schwollen stark an und waren gerötet. Zugleich trat Anschwellung der Adern im Gesichte auf, nach einigen Wochen Abschwellung und Auftreten der Aderschwellung im Gebiete der oberen Rumpfhälfte, die seitdem bestehen blieb. Ferner stellten sich um dieselbe Zeit plötzliche Schlingbeschwerden ein; geschluckte Bissen blieb längere Zeit stecken und konnten nur mühsam hinuntergebracht werden. Beim Schlucken war zumeist deutliches Geräusch vernehmbar. Alle diese Beschwerden blieben mit einigen Schwankungen ziemlich konstant, zeigten keine progressive Zunahme. Pat. litt auch an Atembeschwerden, doch nur bei Bewegung, Treppensteigen usw. und verlor an Körpergewicht, Husten bestand nicht.

Im Winter 1903/1904 verschlimmerte sich der Zustand. Die Schmerzanfälle traten fast jede Nacht auf und waren sehr heftig. Im Frühjahr und in der ersten Hälfte des Sommers war der Zustand gebessert. Im August 1904 stellte sich ein heftiger Schmerzanfall ein, der zirka 5 Stunden dauerte, einige Minuten äußerst intensiv war, dann etwas nachließ, wieder anstieg usf. Über Nacht war in der Gegend des rechten I. und II. Rippenknorpels eine Anschwellung aufgetreten, die von Tag zu Tag größer wurde,

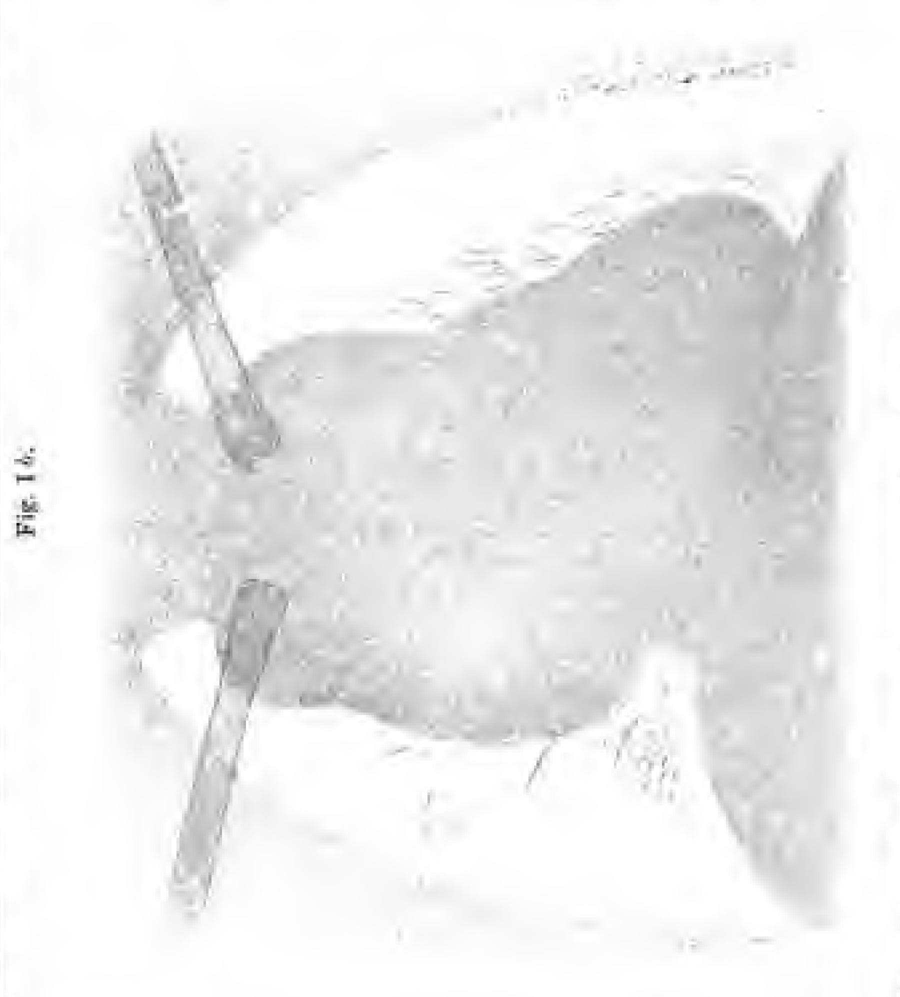


Fig. 1 *b*.



Fig. 1 *a*.

Aufnahme vom 10. Februar 1905. Adventral, in Bauchlage bei ruhiger Atmung aufgenommen, Fokusplattendistanz 80 *cm*.

zuerst bei Berührung unempfindlich, später aber schmerzhaft war. Bis zu dieser Zeit wurde der Zustand von den Ärzten für Rheumatismus und Neurasthenie gehalten.

4 Wochen nach Auftreten dieser Prominenz zeigte sich nach einem neuen heftigen Schmerzanfalle an der rechten Halsseite eine Drüsenanschwellung in Form einer — nach Angabe des Patienten — fast eigroßen und einer zweiten, etwa haselnußgroßen steinharten Prominenz. Diese Anschwellung ging im Laufe von 2 bis 3 Monaten langsam zurück, erreichte aber nach einem neuen Anfall ihre frühere Ausdehnung und Konsistenz, um dann in geringem Maße abzunehmen. Die letzte luetische Hautaffektion war im September aufgetreten.

Im November 1904 nahm Pat. 10 Injektionen von Hydrargyrum salicylicum, nachher Jodkalium 3·0 pro die, doch ohne jede Wirkung auf die Schluckbeschwerden und auf die Größe des Tumors; letzterer wurde im Gegenteil stets größer.

Daß es sich um einen intrathorakalen Tumor handle, wurde zuerst von Dr. ZUM BUSCH in London am 9. Dezember 1904 erkannt. Es bestanden damals Schluckbeschwerden, sehr starke Dilatation und Schlängelung der Venen des Halses und der vorderen Körperhälfte. An der rechten Halsseite waren zwei harte, höckerige, etwa nußgroße Gebilde zu tasten. Die Gegend unterhalb des rechten Schlüsselbeines im Bereiche der Sternalenden und Knorpel der zwei obersten Rippen war stark vorgewulstet. Perkutorisch und mittelst Radiogramm konnte eine retrosternale ausgedehnte Neubildung konstatiert werden, die Dr. ZUM BUSCH für eine maligne hielt. Der Tumor blieb ab Dezember 1904 konstant.

Im Januar 1905 bestanden durch 6 Tage angeblich nach Erkältung starkes Fieber, Husten und Parästhesien der linken Körperhälfte. Seit dieser Zeit war die Herzaktion eine sehr beschleunigte (zirka 120 Pulse). Herzklopfen oder Heiserkeit bestanden nicht. Vor der Reise nach Wien machte der Kranke laut Brief seines Arztes eine sehr energische spezifische Behandlung durch: er bekam 12 Injektionen von Hydrargyrum salicylicum (im ganzen 1 *g* des Salzes) und nahm 6 Wochen täglich 3 *g* Jodkali. Dabei wurde der Tumor beständig größer.

Reise nach Wien im Februar 1905. Hier konsultierte er Kollegen Dr. R. PORGES, der den Kranken behufs probeweiser Radiotherapie an die von mir geleitete Radiologische Abteilung der Poliklinik wies.

Status praesens am 10. Februar 1905: Mittelgroßer, kräftiger Mann, von gelblicher Gesichtsfarbe, Gesicht und Hals gedunsen. Pat. macht einen leidenden Eindruck, seine Haltung ist gebückt, der Gang langsam. Die Pupillen sind gleich weit, die Reaktion normal. Es besteht ziehender Kopfschmerz links, die Atmung ist normal, beim Schlucken deutlich vernehmbares Distanzgeräusch. In der rechten Supraklavikulargegend ist eine zirka haselnußgroße und eine kleinere harte Drüse zu tasten, und zwar direkt hinter dem Ansatz des Sternokleidomastoideus. An der linken Halsseite in mittlerer Höhe gleichfalls hinter dem Sternokleidomastoideus eine kleinere Drüse, ebenso in der linken Axilla. Beiderseits in inguine sind mehrere kleinere Drüsen, wie man sie oft findet. Kubitaldrüsen sind nicht zu fühlen. Die Gegend unterhalb des rechten Sternoklavikulargelenkes ist im Bereich des II. und III. Rippenknorpels stark vorgewölbt. Man hat bei Palpation der Vorwölbung den Eindruck, daß unter den verschiebbaren Muskelbündeln die Knorpel der genannten zwei Rippen vorgedrängt und der Interkostalraum ausgefüllt ist. Die Haut über der Vorwölbung ist unverändert.

Perkussion des Thorax: In der Höhe des Angulus Ludovici eine median gelegene, das Sternum auf beiden Seiten (rechts mehr wie links) überragende Dämpfung von zirka $14\frac{1}{2}$ *cm* Breite, die nach unten zu schmäler wird, in der Höhe der dritten Rippenknorpel 11 *cm* beträgt und rechts in der Parasternallinie ziemlich geradlinig bis zur Leberdämpfung verläuft. Im Interskapularraum rechts ist der Perkussionsschall weniger voll.

Auskultation: Beiderseits abgeschwächtes Atmen, keine Rassel- und Reibegeräusche. Die Untersuchung des Herzens ergibt mit Ausnahme beschleunigter Herzaktion keine pathologischen Veränderungen.

An Brust, Bauch, weniger am Rücken, an den Armen und Beinen sind Venenektasien vorhanden; besonders ist die Vena epigastrica stark erweitert und geschlängelt, rechts mehr als links; die Füllung geschieht von oben her, durch Pressen erzeugt Pat. eine sehr bedeutende Schwellung dieser Venen. Im Abdomen sind normale Verhältnisse. Der am 3. März 1905 von Doktor V. DECASTELLO erhobene Blutbefund ist folgender: Rote Blutkörperchen 5,100.000, weiße Blutkörperchen 5700.



Fig. 2 *b*.



Fig. 2 *a*.

Aufnahme vom 22. Mai 1905, unter den gleichen Bedingungen wie Fig. 1 aufgenommen.

Bei wiederholten Zählungen an verschiedenen Tagen 5000 bis 10.000, Hämoglobingehalt nach FLEISCHL-MESCHER 12·9 *g* in 100, FLEISCHL 80%, Färbeindex 0·8, Verhalten im feuchten Präparat normal, Verhalten im gefärbten Präparat: an den Erythrozyten keine Veränderungen.

Unter den Leukozyten zeigen (bei wiederholter Untersuchung) die Mastzellen prozentische (und absolute) Vermehrung: 2% der weißen Blutkörperchen. Sonst normale Verhältniszahlen, z. B. am 1. März 1905: polynukleäre 68·8%, Lymphozyten 24·6%, eosinophile 4·6%, Mastzellen 2·0%.

Bei der Radioskopie und Radiographie am 10. Februar zeigte sich der Mittelschatten sehr stark verbreitet (unter den beistehend genannten Bedingungen 15½ *cm* breit). Dieser breite mediane Schatten ist homogen und so intensiv, daß bei mittelweicher Röhre Wirbelsäule und Rippen in demselben eben noch wahrnehmbar sind. Der linke Kontur der oberen Hälfte des Mittelschattens ist scharfrandig, pulsiert und gehört offenbar der nach links verdrängten Aorta (absteigender Teil des Aortenbogens) an; der linke Kontur der unteren Mittelschattenhälfte, von der Mitte des zweiten Interkostalraums an, pulsiert ebenfalls und dürfte auf das verschobene Herz zu beziehen sein. Nach rechtshin ist der Mittelschatten bogig begrenzt. Dieser Bogen reicht von der ersten Rippe (vorderes Rippenende) bis zur vierten Rippe. An diese Stelle im dritten Interkostalraum zieht sich von dem Rand des erweiterten Mittelschattens ein intensiver strichförmiger Schattenstreifen nach außen hin, dabei etwas aufsteigend und nach oben leicht konvex, etwa 4 *cm* lang und sich lateralwärts verschmälernd. Die Breite am medialen Ursprung des Schattenstreifens beträgt ca. 4 *mm* (Fig. 1 *a* und *b*).

Bei der Schirmuntersuchung zeigt sich die den Schattenstreifen erzeugende Masse der vorderen Brustwand anliegend, mit ihr verwachsen und sich bei jeder Inspiration mit ihr hebend. Es handelt sich offenbar um eine interlobäre Schwiele. Der genannte rechtseitige Kontur des Mittelschattens ist etwas zerfranst und pulsiert nicht. Selbst bei tiefen Atemzügen zeigt er keine seitliche Dislokation. Will man diesen Kontur nach unten hin weiter verfolgen, so wird er undeutlich, scheint sich aber im fünften Interkostalraum den Wirbelschatten sehr zu nähern. In dem verschmälerten, im allgemeinen hell gebliebenen rechten und linken Lungenfeld sind an mehreren Stellen mäßig intensive, fleckige, verschwommene Schattenherde zu sehen, die zumeist mit dem Mittelschatten zusammenzuhängen scheinen. Insbesondere finden sich solche Schattenherde dem linken Mittelschattenkontur angelagert, ferner im rechten Lungenfeld 1 *cm* oberhalb des queren Schattenstreifens besonders ausgebildet, aber unterhalb des letzteren, also oberhalb des rechten Zwerchfellkonturs.

Die rechte Zwerchfellhälfte steht bedeutend höher (etwa 8 *cm* höher) wie die linke und wird beim Inspirium nicht gesenkt, vielmehr samt der vorderen Brustwand ein Stück gehoben. Die Trachea läßt sich als helles Band nur bis wenig unterhalb des Jugulums verfolgen und ist auf dieser Strecke nicht nach einer Seite hin verschoben. Bei der Radioskopie sehen wir die geschluckte Wismutkapsel ein wenig unter der Höhe des Jugulum stecken bleiben.

Die am 10. Februar eingeleitete Therapie war auf Dr. PORGES' Anregung hin eine doppelte: Inunktionen von 30mal 2 *g* Quecksilbersalbe und Belichtung mit Röntgenstrahlen. Letztere wurde bei dem Patienten folgendermaßen vorgenommen: Täglich wurde ein etwa kreisrunder Herd des Thorax mit zirka 12 *cm* Durchmesser (entsprechend dem 6½ *cm* breiten Querschnitte der Bleiglasblende an der Röntgenröhre) bestrahlt, wobei der Strahlenkegel stets gegen das Mediastinum gerichtet wurde. In dieser Weise wurden zirka 30 Regionen 5—6 Minuten lang mit harter oder mittelharter Röhre in ca. 12 *cm* Fokus-Hautdistanz bestrahlt und stets ½—1 „Normaldosis" verabreicht. In einem zweiten Turnus wurden die meisten Stellen noch einmal exponiert.

Die erste Bestrahlungsserie vom 11. bis 18. Februar betraf die Gegend der Vorwölbung samt ihrer Umgebung an der vorderen Thoraxwand. Sie wurde in sechs symmetrische Regionen — deren Mitte das Sternum bildete — geteilt und in je einer Sitzung bestrahlt. Schon nach den ersten zwei Bestrahlungen hatte sich das subjektive Befinden bedeutend gebessert, die Schmerzen, Schling- und Atembeschwerden hatten wesentlich nachgelassen. Nach der sechsten Sitzung war die Vorwölbung fast ganz verschwunden, wobei der Interkostalraum, der früher ausgefüllt erschien, sich jetzt deutlich von den ihn begrenzenden Rippen differenzieren ließ. Die subjektiven Beschwerden waren fast ganz geschwunden. Pat. schlief ruhig, das Schluckgeräusch und die Schlingbeschwerden hatten aufgehört, ebenso hatten die Atembeschwerden beim Treppensteigen nachgelassen.

Die zweite Bestrahlungsserie vom 20. bis 25. Februar war auf sechs Regionen des Intraskapularraumes verteilt.

Die Besserung im Befinden des Patienten machte während derselben weitere Fortschritte. Der Kopfschmerz hörte auf, die Venenektasien flachten ab und nur bei starkem Pressen schwollen sie zur früheren Stärke an.

Die dritte Serie vom 27. Februar bis 2. März bildete die Bestrahlung der lateralen Thoraxwände in je vier Regionen.

Das am 4. März angefertigte Radiogramm ergab eine Verschmälerung des pathologischen Mittelschattens um 3½ *cm*. Die Halsdrüsen sind kleiner geworden, die im lateralen Sternokleidomastoideuswinkel ist nur mehr kirschkerngroß. Die Dämpfungsbreite in der Höhe des Angulus Ludovici beträgt nur 9 *cm*. Die Lungengrenze ist wie bei der ersten Untersuchung rechts hinten um zirka zwei Querfinger höher als links und hellt sich bei der Atmung wenig auf.

Am 11. März beendete Pat. die Inunktionskur, hatte darauf 5 Tage hindurch Fieber, während welcher Zeit die Bestrahlungen eingestellt wurden.

Am 18. März wurde die radiotherapeutische Behandlung wieder aufgenommen. Pat. nimmt außerdem 3 *g* Jod pro die. Die Bestrahlungen erfolgten in der oben geschilderten Weise, nur wurde die vordere Thoraxwand diesmal in 9 Regionen bestrahlt, die andern Thoraxpartien wie früher. Während der Behandlung war das Allgemeinbefinden gut, die Nächte ungestört, das Schlucken ging anstandslos vonstatten. Die Gesichtsfarbe wurde frischer, Pat. hat an Körpergewicht während der Behandlung um zirka 3 *kg* zugenommen.

Das am 28. März angefertigte Radiogramm zeigt eine weitere Verschmälerung des Mittelschattens um 1—2 *cm*. Die Dämpfung betrifft nur mehr das Manubrium sterni, überschreitet es nach rechts und links ganz wenig, verschmälert sich nach abwärts und zieht sich mit einer Spitze bis zum Ansatzpunkt des Knorpels der dritten Rippe rechts. Die größte Breite der Dämpfung beträgt 8½ *cm*.

An mehreren Stellen des Thorax, zum Beispiel rechts vorn unterhalb der Mamilla, ferner in der Gegend der Sternoklavikulargelenke, sowie rückwärts von rechts und links über der unteren Hälfte der Schulterblätter (nur etwas mehr medial) sind kreisrunde oder ovale, meist scharf abgegrenzte, erythematöse oder zum Teil zugleich pigmentierte Herde zu konstatieren: Röntgenreaktionen.

Endlich wurden die neun Regionen an der vorderen Thoraxwand neuerdings bestrahlt.

Am 14. April 1905 wurde der Kranke von mir in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien demonstriert („Wiener klin. Wochenschr.", 1905, pag. 417) und in Übereinstimmung mit anderen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Sarkom der Mediastinaldrüsen gestellt.

Am 17. April 1905 erschien im Radiogramm der Mittelschatten in der oberen Hälfte nur 10 *cm* breit, indem sowohl der linke als auch der rechte Kontur dem Wirbelschatten sich genähert hatte. Der linke Herzkontur war ebenfalls gegen die Mitte hin gerückt. Der rechte Kontur des Mittelschattens war durchwegs dem Wirbelsäulenschatten sehr genähert, dabei gleichsam zerfranst; der ganze Mittelschatten war viel durchsichtiger geworden; die an den Mittelschatten angrenzenden, mehr isolierten Schattenherde waren sehr zusammengeschmolzen, der strichförmige Schatten der intralobären Schwiele verhielt sich aber wie bei der ersten Untersuchung. Abreise.

Am 22. Mai 1905 stellte sich Pat. wieder in unserem Institut vor. Er brachte einen Brief von Dr. ZUM BUSCH (London) mit, worin mitgeteilt wurde, daß am 10. Mai eine kirschgroße Drüse in der rechten Supraklavikulargegend exstirpiert wurde.

Die Drüse war mittelweich, mit der Umgebung etwas verwachsen, auf dem Durchschnitt homogen, glasig (wie bei pseudoleukämischen Tumoren), ohne Verkäsung.

Mikroskopischer Befund: Zum Teil alveoläre Anordnung zeigendes Drüsensarkom (Dr. ZUM BUSCH, Dr. v. DECASTELLO, Dozent Dr. K. STERNBERG).

Klinischer Befund des Kranken am 22. Mai 1905:

Der Zustand des Patienten hat sich im Laufe des vergangenen Monats noch weiter gebessert; es bestehen keine subjektiven Beschwerden, die Dämpfung betrifft nur mehr das Areale des Manubrium sterni, dasselbe nach rechts etwa um $^1/_2$ *cm* überragend. Die Venenerweiterungen am Abdomen sind nur mehr angedeutet, werden beim Pressen deutlich. Puls zirka 100.

In der rechten Supraklavikulargegend ist eine gerötete Narbe nach Inzision sichtbar, unter derselben ist eine anscheinend mit den Musculi scaleni fest verwachsene, etwa nußgroße Drüse zu fühlen. An der linken Halsseite keine palpable Drüse vorhanden.

Die Röntgenuntersuchung am 22. Mai 1905 ergab ein Bild des Thorax nahezu wie bei der vorangegangenen Untersuchung, dabei zeigte sich eine deutliche Besserung, indem der Mittelschatten abermals um 1 bis $1^1/_2$ *cm* schmäler geworden war und die Lungen noch durchsichtiger erschienen. Die intralobäre Schwiele aber und die Fixation der rechten Zwerchfellhälfte in erhöhter Lage bestanden fort (Fig. 2 *a* und *b*).

Therapie am 22. Mai. Röntgenbelichtung in der rechten und linken Supraklavikulargegend je $^1/_3$ Normaldose.

Vom 23. bis 26. Mai wurden die median gelegenen Teile der Brust und des Rückens in 8 Regionen bestrahlt, je $^1/_2$ Normaldose.

2 Tage nach der Bestrahlung war die Drüse in der rechten Supraklavikulargegend bedeutend geschrumpft; sie blieb es auch an den folgenden Tagen, dennoch wurde am letzten Tage noch eine Bestrahlung appliziert, worauf Pat. aus der Behandlung vorläufig entlassen wurde.

Nach einem Briefe vom 2. November 1905 befindet sich Pat. in sehr befriedigendem Zustande, von zeitweiligem linksseitigen Kopf- und Gesichtsschmerz abgesehen, ist er beschwerdefrei. Die Venen sind nicht weiter angeschwollen, die Pulsfrequenz ist noch erhöht.

Bezüglich der Diagnose waren mir, bevor ein histologischer Befund aufgenommen werden konnte, folgende Erwägungen von Wichtigkeit: Lage und Sitz des Tumors sowie der Drüsenschwellungen (nicht generalisiert), die Kompressionserscheinungen im Gebiete der Speiseröhre und der oberen Hohlvene, ferner insbesondere die Tatsache der durch 4 Jahre fortschreitenden Verschlimmerung des Leidens, endlich das Fehlschlagen aller früher vorgenommenen antisyphilitischen Kuren weisen darauf hin, daß es sich nicht um ein Gumma, sondern ein malignes Neoplasma, wahrscheinlich Sarkom des Mediastinums, handelt. Der Blutbefund lehrt, daß keine Leukämie vorhanden war.

Der Erfolg der Radiotherapie sprach nicht gegen die Diagnose Sarkom, eher dafür; denn wir kennen gerade Fälle von großen sarkomatösen Tumoren, die für Röntgenstrahlen ungemein empfindlich, schon nach geringen Bestrahlungen sehr schrumpften oder ganz schwanden; es sei auf die Fälle von CHRYSOSPATHES (Rundzellensarkom des Ovariums), BÉCLÈRE (Rundzellensarkom des Oberkiefers), ALBERS-SCHÖNBERG (Rundzellensarkom am Scheitel) und eine eigene Beobachtung (Endotheliom der Nase mit großen äußeren Tumoren, demonstriert in der Gesellschaft der Ärzte in Wien am 22. Januar 1904, „Wiener klin. Wochenschr.", 1904, pag. 115) aufmerksam gemacht. Bei nur ganz geringen oder ganz fehlenden Wirkungen der Strahlen auf der Oberfläche, i. e. in der Haut, schwanden dennoch — offenbar entsprechend ihrer hochgradigen Radiosensibilität — massige Tumoren hinweg.

Es ist also schon per analogiam die Annahme berechtigt, daß in unserem Falle der Erfolg der Radiotherapie zuzuschreiben ist, die antisyphilitische Kur aber keinen nennenswerten Anteil daran hatte.

Mittlerweile wurde uns aber die obige klinische Diagnose durch histologische Untersuchung an einer von der rechten Supraklavikulargegend exstirpierten Drüse bestätigt; es fand sich ein alveoläres Lymphdrüsensarkom (nicht Lymphosarkomatose im Sinne KUNDRATS und PALTAUFS) vor.

Unser Fall reiht sich, wie erwähnt, an die Fälle BERGONIÉS und CLOPATTS mit Mediastinaltumoren an. Auch hier trat — offenbar durch die rapide Einschmelzung von Tumormassen infolge der Bestrahlungen — toxämisches Fieber von 5tägiger Dauer, sowie auch in BERGONIÉS Beobachtung und bei radiotherapeutisch erzeugter Schrumpfung von Karzinomen und Sarkomen Fieberperioden unterliefen. Zur Behandlung unseres Falles sei noch bemerkt, daß bei den zahlreichen Expositionen jedesmal eine halbe bis volle Normaldose gegeben wurde, was häufig durch das Quantimeter kontrolliert und durch das spätere Auftreten von Erythemen und Pigmentationen der Haut bestätigt wurde.

Eine bestimmte Prognose des weiteren Verlaufes zu stellen, ist natürlich derzeit unmöglich. Wenn auch die Befürchtung naheliegt, daß von einem gewissen Zeitpunkt an die Tumormassen neuerlich ins Wachstum geraten und schließlich auf keine Weise in ihrer Volumszunahme und Metastasierung mit letalem Ausgang gehindert werden können, so lehren doch manche Beobachtungen, daß durch Radiotherapie Dauerheilung von Sarkomen eintreten kann, wie dies u. a. in mehreren Fällen von PUSEY anscheinend der Fall war. Bei unserem Patienten traten zunächst ein halbes Jahr nach Beendigung der Röntgenbehandlung keine neuerlichen Beschwerden, also wohl auch kein Rezidivieren des geschrumpften Tumors auf.

Aus der Abteilung des Prof. E. Lang im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien.

Zur Therapie der entzündlichen Leistendrüsen.

Von **Dr. Richard Volk**.

II.

Wenn ich nun in die spezielle Schilderung der von uns gestauten Adenitiden eingehe, so wird sich wohl noch Gelegenheit finden, einzelne Details einzuflechten. Ich folge dem im ersten Teile gegebenen Wege und kann auch hier wieder die behandelten Adenitiden in Gruppen teilen, nur wird das Zahlenverhältnis der in die einzelnen Gruppen fallenden Adenitiden wesentlich zugunsten der konservativen Methoden verschoben, so daß Drüsenexstirpationen in letzter Zeit bei uns zu den Seltenheiten gehören.

Die weitaus beste Prognose geben die akut entzündlichen Drüsen, wo es also zu rascher, schmerzhafter Vergrößerung einer oder mehrerer Drüsen kommt. Die Stauung bewährt sich in solchen Fällen als glänzende Abortivbehandlung. Ein Fall für viele illustriere das Gesagte. Ich möchte hervorheben, daß ich die Krankengeschichten meist nach unseren Protokollen, nicht nach meinen Aufzeichnungen wiedergebe. Indem ich die Ärzte der Abteilung bat, ihre Eindrücke ohne Beeinflussung meinerseits einzutragen, hoffe ich viel an objektiver Beurteilung gewonnen zu haben. Für die freundliche Mithilfe der mir unterstehenden Ärzte, ohne deren Zutun ich das große Material in so kurzer Zeit nicht hätte bewältigen können, möchte ich auch an dieser Stelle meinen besten Dank sagen.

Fall I. F. N., 27jähriger Geschäftsdiener, aufgenommen am 13. August 1905 mit venerisch-exulzerierter Sklerose am phimotischen Präputialsaum. Skleradenitis inguin. bilat., exulzerierte Papeln am inneren Präputialblatt. Die Geschwüre sollen seit 3 Wochen bestehen. Am 14. August wurde die Ablatio praeputii gemacht.

21. August. Die rechte Inguinalgegend zeigte seit 5 Tagen stärkere Drüsenschwellungen, weshalb sie mit Jodvasogen bestrichen wurde. Heute ist die Schwellung und Resistenz diffus, handtellergroß,

Haut gerötet, starke Schmerzhaftigkeit. Keine Temperatursteigerung. Therapie: Stauung 2mal täglich $^1/_2$ Stunde, danach Aq. Plumbi.

27. August. Resistenz kleiner geworden; Druckschmerzhaftigkeit im allgemeinen abgenommen, nur in der Mitte stärker; daselbst ist die Haut livid verfärbt, die Geschwulst etwas weicher. Stauung wird fortgesetzt.

31. August. Drüsentumor um mehr als die Hälfte verkleinert, kaum noch schmerzhaft, keine Erweichung, Haut noch ein wenig gerötet.

9. September. Erweichung nicht eingetreten. Von dem handflächengroßen, scheinbar einheitlichen, hoch emporragenden Tumor sind einige zirka bohnengroße, harte, nicht druckempfindliche Drüsen zurückgeblieben. Stauung ausgesetzt.

13. September. Geheilt entlassen.

Während andere abortive Maßnahmen im Stiche lassen, bringt die Stauung solche Drüsen oft noch zur Resorption. Sollte aber auch unter dieser Therapie Erweichung eintreten, so beeile man sich ja nicht zu sehr mit der Punktion, da selbst fluktuierende Drüsentumoren noch rückbildungsfähig sind. BIER hat solche Ergebnisse bei vereiterten Gelenken, KLAPP bei Abszessen aufzuweisen. Wir haben anfangs vorschnell punktiert; jetzt warten wir mit der Eröffnung solcher akuter und subakuter Abszesse, solange nicht stärkere Schmerzen oder höheres Fieber (2—3 Tage über 38°) trotz Stauung besteht und hatten dabei schon in etwa einem Dutzend Fälle die Genugtuung, sich solche Abszesse rückbilden zu sehen.

Fall II. A. K., 27jähriger Motorführer, aufgenommen am 16. August 1905. Diagnose: Lymphadenitis inguinalis strumatosa dextra. Laut anamnestischen Angaben besteht die Gonorrhöe seit zirka 1 Jahre und wurde mit Unterbrechungen behandelt; vor einem Monate trat beiderseitige „Hodenentzündung" auf; vor 6 Wochen Pneumonie. Seit 6. d. M. bestehen Schmerzen in der rechten Leistengegend.

Daselbst findet sich ein hühnereigroßer, kaum schmerzhafter Drüsentumor, die Haut darüber gerötet, keine Fluktuation. Therapie: Alkoholverband. Salol.

19. August. Inguinaldrüsen nehmen an Größe zu, beginnen sehr schmerzhaft zu werden. Temperatur 38·2°.

21. August. Stauung, zweimal täglich $^1/_2$ Stunde.

23. August. Drüsentumor etwas kleiner, weniger druckschmerzhaft, Temperatur normal, an der Kuppe in der Ausdehnung einer Walnuß. Fluktuation. Stauung wird fortgesetzt.

26. August. Drüsen noch mehr zurückgegangen, kaum noch schmerzhaft, Fluktuation kaum noch nachzuweisen.

28. August. Drüsen noch wenig über dem Niveau der umgebenden Haut, schmerzlos, keine Fluktuation. Graues Pflaster, Stauung ausgesetzt. Behandlung der Urethritis chron. post.

12. September. Entlassung.

Selbst in ein und dem anderen Falle von strumöser Lymphadenitis mit bereits eingetretener Fluktuation konnten wir auf diese Weise Rückbildung erzielen. Es sind das Resultate, die uns am meisten befriedigen, indem wir ohne den kleinsten chirurgischen Eingriff auskommen; dabei ersparen wir uns noch die oft recht langwierige Behandlung der Abszeßhöhle und von Fisteln, die mitunter im Verlaufe der strumösen Lymphadenitiden entstehen.

Immerhin sind diese Fälle in unserer bisherigen Statistik in der großen Minderzahl, doch hoffen wir, die Zahl der so geheilten Lymphadenitiden noch zu vermehren, nachdem wir uns von der älteren Anschauung „ubi pus ibi evacua" ein wenig emanzipiert haben. Wir mußten erst nach und nach — wie dies BIER ja auch nach vorsichtigen Versuchen getan hat — Mut dazu fassen. Lassen die Schmerzen aber nicht nach, nimmt der Tumor an Größe zu, tritt etwa auch noch durch einige Tage Fieber auf, so ist es wohl an der Zeit, dem Eiter Abfluß zu verschaffen. Die Methodik deckt sich mit der bereits früher geschilderten; selbstverständlich wird auf strengste Asepsis, besonders auch der verwendeten Stauungsapparate, geachtet. Die etwa 1 *cm* breite Punktionsöffnung wird an der Kuppe gemacht; bei größeren Eitersäcken führen wir Doppelpunktion aus, wovon eine womöglich am tiefsten Punkte des Abszesses angelegt wird.

Fall III. M. E., 27jähriger Konditor, aufgenommen am 7. Juli 1905 mit der Diagnose: Narbige Skleroseureste am inneren Präputialblatte, Lymphadenitis inguin. suppur. dextra. Urethritis acuta. Im April d. J. bekam Patient ein Geschwür am inneren Präputialblatte, das nach Behandlung am 20. Mai geheilt war. Gleichzeitig bemerkte er eine druckschmerzhafte Schwellung in der rechten Leiste. Vor 3 Wochen trat Ausfluß auf; in den letzten Wochen Vergrößerung der Leistendrüsengeschwulst.

Status: Rechts in inguine hühnereigroße Geschwulst, Haut darüber gerötet, tiefe Fluktuation, große Druckempfindlichkeit.

11. Juli. Ther.: Punktion. Stauung täglich $^1/_2$ Stunde.

16. Juli. Punktionsöffnung geschlossen, keine Schmerzen, kaum Drüsenreste tastbar. Stauung ausgesetzt.

Fall IV. K. F., 20jähriger Schmiedgehilfe, aufgenommen am 29. Juli 1905, welcher angibt, seit 14 Tagen ein Geschwür am Glied zu haben, wozu vor wenigen Tagen eine Leistendrüsenschwellung gekommen sei. Die Diagnose lautete: Venerisches Geschwür am Orif. urethrae, auf die Schleimhaut übergreifend, Lymphadenitis inguinal. suppur. sin. In der linken Leiste sind die Drüsen auf zirka Hühnereigröße angeschwollen, die Haut gerötet, nicht verschieblich; Konsistenz teigig-weich, in der Mitte Fluktuation, druckschmerzhaft. Temperatur normal.

Es werden zunächst bei absoluter Bettruhe Umschläge mit Aq. Plumbi verordnet. Da jedoch Umfang und Schmerzen zunehmen, wird am 2. August Punktion gemacht und täglich $^1/_2$ Stunde gestaut; nach der Stauung Verband mit Aq. Plumbi.

13. August. In inguine links nach 12maliger Stauung nußgroße, schmerzlose Resistenz, keine Sekretion. Stauung ausgesetzt.

15. August. Punktionsöffnung vollständig geschlossen. Geheilt entlassen.

Fall V. N. J., 25jähriger Hilfsarbeiter, aufgenommen am 14. Juni 1905.

Anamnese: Vor 6 Monaten Geschwür am Glied, welches nach einmonatlicher kassenärztlicher Behandlung heilte; vor 2 Monaten abermals ein Geschwür, das zur Heilung 5 Wochen benötigte. Seit 1 Woche Drüsenschwellung in der rechten Leiste. Es findet sich in der rechten Inguinalgegend ein zirka apfelgroßer druckempfindlicher fluktuierender Tumor, über dem die Haut gerötet ist; Narben an der Korona und im Sulcus glandis. Temperatur 38·2°.

16. Juni. Doppelpunktion und Stauung ein- bis zweimal täglich je $^1/_2$ Stunde.

5. Juli. Nach 33 Stauungen werden dieselben ausgesetzt. Jodoformstäbchen in die Abszeßhöhle eingeführt.

10. Juli. Schwellung vollständig zurückgegangen, keine Schmerzen, keine Sekretion. Entlassen, später vollständige Schließung der Höhle.

Fall VI. Ch. J., 29jähriger Schmied, aufgenommen am 3. August 1905 mit: Ulcera venerea praeputii seit 14 Tagen bestehend, Lymphadenitis inguin. sin. Der Drüsentumor ist zirka hühnereigroß, schmerzhaft, Haut darüber gerötet, keine Fluktuation. Unter Umschlägen erweicht die Drüse zentral, weshalb am

7. August Punktion gemacht wird; nach Abfluß des Eiters sind noch reichlich Drüsenreste zu tasten. Stauung täglich $^1/_2$ Stunde.

9. August. Schmerzhaftigkeit nachgelassen; noch immer eitrige Sekretion, Drüse etwas kleiner.

13. August. Drüse taubeneigroß, nur wenig sezernierend. Stauung. Danach Injektion von 1%igen Argent. nitric., feuchter Verband.

18. August. Nach 12mal je $^1/_2$stündiger Stauung Drüsengeschwulst auf das normale Niveau gesunken, nicht schmerzhaft, keine Sekretion, Punktionsöffnung geschlossen.

Fall VII. St. A., 27jähriger Kommis, aufgenommen am 6. Juni 1905, gibt an, seit 6 Tagen ein Geschwür im Sulkus dorsal und Drüsenentzündung in der rechten Leiste zu haben. Die Diagnose lautet: Exulzerierte Sklerose im Sulkus dorsalwärts. Inflammatorische Lymphadenitis inguin. dextra, Scleraden. inguin. sin.

Therapie: Auf das Geschwür Jodoform und feuchter Verband. Umschläge auf die Drüsen beiderseits, da auch die linken Leistendrüsen schmerzhaft sind. Da die Drüsengeschwulst rechts bis zu Faustgröße herangewachsen ist, wird am

10. Juni rechts die Punktion gemacht und Stauung angeschlossen.

14. Juni. Drüsen links werden trotz Umschlägen größer und schmerzhafter. Stauung täglich $^1/_2$ Stunde.

28. Juni. Drüsen links hühnereigroß, Fluktuation. Punktion, Stauung beiderseits.

5. Juli. Stauung ausgesetzt, Jodoformstäbchen, feuchter Verband; noch geringe Drüsenreste und eitrig-seröse Sekretion.

10. Juli. Gebessert in ambulatorische Behandlung entlassen. Links noch Schwellung, Punktionsöffnung geschlossen, rechts geringe Sekretion; später schloß sich auch die Punktionsöffnung rechts. Am 6. August sahen wir den Patienten wieder: Links etwas über taubeneigroße, schmerzlose, rechts haselnußgroße Drüse.

Es wäre unnütz, wollte ich die Zahl der Krankengeschichten noch vermehren — ich könnte noch Dutzende anführen —, der Zweck war ja nur, zu zeigen, daß man mit dieser Methode reüssieren kann bei Drüsen verschiedenster Gattung und in den verschiedensten Stadien, wobei sich allerdings kleine Varianten ergeben.

Ich möchte jedoch nicht unterlassen, hier noch einige kleine Winke einzuflechten. Kommt es nach der Punktion zu einer etwas stärkeren Blutung, so setze man nicht sofort danach den Trichter auf, sondern verbinde antiseptisch und warte einige bis 24 Stunden mit der Stauung, da man sonst mitunter stärkere Blutungen sieht. Ebenso warten wir ein wenig zu, wenn die Haut über dem Drüsentumor stark gespannt, livid verfärbt war: es wird dann eben nach Entspannung der Decke durch die Punktion ein feuchter Verband angelegt und am nächsten Tage mit der Stauung begonnen, wobei wir gerade in solchen Fällen — wie es Bier empfohlen hat — anfangs auch noch nach jeder $^1/_4$ Stunde eine kleine Pause machen, um nicht eventuell durch Unterernährung geschwürigen, nekrotischen Zerfall der Haut zu bekommen.

Einer ganz besonderen Sorgfalt bedarf die Behandlung der leider nur zu häufig vorkommenden strumösen Lymphadenitiden. Kommt es gleichzeitig oder nacheinander zur Einschmelzung mehrerer voneinander getrennter Drüsen, so muß an diesen Punkten vor der Stauung eingeschnitten werden. Bei starker Sekretion werden kurze Drains aus gefaltetem Guttaperchapapier eingeführt. Finden sich längere Fistelgänge, so wird beizeiten eine Gegeninzision gemacht und auch da drainiert, in der Hoffnung, daß von der Mitte aus nach beiden Seiten hin die Heilung erfolge. Gerade die Fisteln sind es, die uns mitunter veranlassen, einen schon fast gewonnen geglaubten Fall noch der Operation zuzuführen. Selbstverständlich werden alle uns zu Gebote stehenden Mittel gegen die Fisteln ins Feld geführt: Einlegen von Jodoformstäbchen, Einspritzungen von 10%iger Jodoformemulsion, 1%iger Argentumlösung, $^1/_4$—$^1/_2$%iger Kupferlösung, 10%igem Wasserstoffsuperoxyd etc. etc.

Auf diese Weise bringt man die Mehrzahl der venerischen Lymphadenitiden ohne größere Operationen zur Heilung; immerhin bleibt noch ein Rest, der dem Messer verfallen ist. Wir stehen heute auf dem Standpunkte, daß man nur in ganz seltenen Fällen von vornherein operieren soll, gewöhnlich ist wenigstens der Versuch mittelst konservativer Stauungsmethode zu machen. Kommt man mit dieser jedoch nicht zum Ziele, nimmt der Drüsentumor an Ausdehnung und Schmerzhaftigkeit zu, sinkt das Fieber eventuell trotz Punktion nicht ab oder aber schließt sich die Fistel nicht, sondern sezerniert weiter, dann bleibt eben nichts anderes als die oben schon beschriebene Radikaloperation übrig. In einem Teil der Fälle wird man auch dann noch, wie wir gesehen haben, mit der Exkochleation sein Auslangen finden.

Wenn ich nun auch die Statistik sprechen lassen soll, so möchte ich bemerken, daß sich dieselbe auf 118 Fälle mit 136 Lymphadenitiden stützt, die in der Zeit vom 13. April bis 13. September d. J., also innerhalb 5 Monaten an der Abteilung zur Beobachtung kamen. Es wurden davon geheilt:

8 durch Umschläge und anderweitige konservative Maßnahmen;
5 durch Punktion und Einspritzung von Arg. nitric.;
47 durch Operation, darunter 4, die vorher erfolglos anderweitig behandelt worden waren;
58 wurden gestaut teils mit, teils ohne Punktion; davon mußten 12 nachträglich operiert werden.

Zunächst möchte ich die verhältnismäßig hohe Ziffer der ohne vorhergehende anderweitige Maßnahmen Operierten rechtfertigen. Sie stammen aus der ersten Zeit der Stauungstherapie, in welcher wir zunächst die leichteren Fälle, und auch die nicht in ihrer Gesamtheit dieser Behandlung unterwarfen. Nachdem nun gerade an unserer Abteilung die schwereren Lymphadenitiden die Regel sind, schritten wir, unseren bisherigen Erfahrungen folgend, sofort an die Operation.

Erst nach und nach gewann die Stauungstherapie immer mehr an Boden, so daß wir jetzt, nachdem wir niemals einen Schaden davon gesehen haben, fast in jedem Falle dieselbe wenigstens versuchen und meist damit auch reüssieren. Von den 58 gestauten Adenitiden, welche den verschiedensten, auch allerschwersten Formen angehörten, mußten nur 12 Fälle, d. i. 20·7% der Operation unterzogen werden, die, wie bereits erwähnt, oft nur in einer einfachen Exkochleation bestand; hierbei fanden sich kaum noch Drüsenreste, sondern vorzugsweise ein noch teilweise nicht gesundes Granulationsgewebe; vielleicht wären wir bei einiger Geduld auch ohne Operation ausgekommen, doch haben wir die Heilung durch letztere scheinbar beschleunigt. Seit Abschluß der Statistik sind noch 35 Fälle mit 50 Lymphadenitiden mit ähnlichem guten Resultate behandelt worden; unter diesen befinden sich mehrere, die trotz Fluktuation auf Stauung allein zur Resorption gelangten; bisher kamen davon nur 3 zur Radikaloperation.

Nach diesen Resultaten, welche mit denen Neckers übereinstimmen, glauben wir wohl berechtigt zu sein, die lokale Stauung als Methode für die Behandlung der Lymphadenitiden wärmstens empfehlen zu können. Allerdings möchten auch wir nochmals warnen, dieselbe dem Wartepersonale anzuvertrauen, man würde sich gar bald überzeugen, daß eine Schablonisierung nicht den erwarteten Effekt hat. Nur gewissenhafte Beobachtung aller Details, eventuell Herbeiziehung anderer Medikationen, wie wir sie oben angedeutet haben, vermag gute Erfolge zu erzielen. Mit fortschreitender Erfahrung wächst offenbar auch die Leistungsfähigkeit der Methode, wie die obige Ziffer zeigt.

* * *

Wir haben versucht, die lokale Stauung auch bei anderen Erkrankungen in unserem Spezialfache anzuwenden, so vor allem bei der Epididymitis blennorrhoica. Die Haut wird mit der Hand über dem erkrankten Nebenhoden angespannt, hierauf der Trichter aufgesetzt und die Luftverdünnung herbeigeführt. Ist dies zu schmerzhaft, so wird einfach das ganze Skrotum unter einen größeren Trichter gebracht und gestaut. Die Erfolge, die wir dabei erzielten, waren zunächst schon insoferne günstige, als selbst äußerst heftige Schmerzen, die mitunter auch durch einen gut sitzenden Horand nicht kupiert werden konnten, nach 2 bis 3 halbstündigen Stauungen nachließen. Die Stauungen wurden gewöhnlich zweimal täglich zu je $^1/_2$ Stunde ausgeführt, in der Zwischenzeit ein Horand angelegt. Wir verfügen bisher über eine Anzahl von etwa 30 so behandelten ein- und doppelseitigen Epididymitiden. Ist der Nebenhoden und Samenstrang soweit involviert und schmerzlos, daß er sich umfassen läßt, so kann die Stauung auch mit einer elastischen Binde ausgeführt werden.

Von Furunkeln haben wir eine große Anzahl mittelst Stauung behandelt; ich bin bisher kein einzigesmal in die Lage gekommen, bei gestauten Furunkeln eine größere Inzision zu machen, und kann die günstigen Resultate, die KLAPP berichtet hat, nur bestätigen. Auch ein größerer, bereits perforierter Karbunkel am Dorsum manus ging unter Stauung ohne sonstige chirurgische Eingriffe schön zurück.

Unsere übrigen Beobachtungen sind Einzelbeobachtungen, die ein abschließendes Urteil nicht gestatten; sie seien daher auch nur der Vollständigkeit halber aufgezählt. Ein Fall von bereits fluktuierender Cowperitis kam unter Stauung in kurzer Zeit zur Resorption, auch bei periurethralen Infiltraten am Perineum hat sich die Methode gut bewährt. Zwei Versuche bei ganz akuter Urethritis anterior erlauben als unzulänglich derzeit noch kein Urteil. Bei der Sycosis simplex scheint die Stauungshyperämie als Unterstützungsmittel anderer Medikationen gute Dienste zu leisten; dagegen ließ sie uns in 2 Fällen von Trichophytia profunda im Stiche. Auch bei der Psoriasis vulgaris konnten wir mit Stauung keinen Effekt erzielen, während die geringe Zahl der damit behandelten Fälle von Lupus erythematodes und Alopecia areata ein Urteil über ihre Wirksamkeit hierbei nicht erlauben. Versuche beim Lupus vulgaris sind an der „Lupusheilstätte" noch im Gange. Dagegen sahen wir in einem Falle von Tendovaginitis und Periostitis luetica an der rechten Hand, die von heftigen, durch graues Pflaster und Jodkali nicht zu stillenden Schmerzen begleitet war, sowohl Schmerzen als auch das Weichteilinfiltrat unter Stauung rasch schwinden.

Jedenfalls ergibt sich daraus, daß das Anwendungsgebiet für die Stauungshyperämie noch erweiterungsfähig ist, ich möchte da nur vor allem auf die Prostatitis, auf die Akne, das Aknekeloid, das Keloid u. a. m. hinweisen.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. LANG, bin ich für das hohe Interesse, das er meiner Arbeit entgegengebracht hat, und für die stets wohlwollende, aber strenge Kritik der Resultate zu größtem Danke verpflichtet, den abzustatten ich auch an dieser Stelle nicht verabsäumen möchte.

Literatur: BIER AUGUST, Hyperämie als Heilmittel. Leipzig 1903. — Derselbe, Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. „Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 5/7. — HOFFMANN ERICH, Ursache und Behandlung des weichen Schankers und seiner Folgen. „Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 31. — KLAPP RUDOLF, Über die Behandlung entzündlicher Erkrankungen mittelst Saugapparaten. „Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 16. — LANG EDUARD, Das venerische Geschwür. Wiesbaden 1887. — Derselbe, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Wiesbaden 1904. — Derselbe, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1896. — NECKER, Über die Verwendung des Isoforms in der dermatologischen Therapie. „Deutsche med. Wochenschrift", 1905, Nr. 38. — RITTER, Die natürlichen schmerzstillenden Mittel des Organismus. „Arch. f. klin. Chir.", Bd. 68. — M. v. ZEISSL, Lehrbuch der venerischen Krankheiten. 1903.

Über die Torsion des Samenstranges.

Von **Dr. Josef Bogdanik**, Primararzt der chirurgischen Abteilung am St. Lazarus-Spitale in Krakau.

III.

24. JOHN VAN DER POEL. Ein 25 Jahre alter Mediziner, leidet seit dem 22. Lebensjahre an heftigen Schmerzen im rechten Hoden, welche sich längs des Samenstranges ausbreiten. Die Schmerzen treten bei Tag und bei Nacht ohne Ursache auf. Von seinem Vater, einem Mediziner, weiß er, daß sein Hoden bei der Geburt nicht herabgestiegen war und erst mit 2 oder 3 Jahren im oberen Teile des Hodensackes saß. Eine Hernie bestand nicht. Der erste schmerzhafte Anfall dauerte 2 Stunden, sie wiederholten sich zweimal täglich, wurden später seltener und traten etwa alle 4 Monate auf. Der Kranke bemerkt dabei eine sehr druckempfindliche Anschwellung des Hodens, Nebenhodens und Samenstranges und lindert sich die Schmerzen, indem er den Samenstrang leicht von unten nach oben streicht und den Hoden hebt. Öfters fand er, daß der Hoden eine Wendung von rechts nach links, d. i. von außen nach innen machte. Er verhalf sich durch eine Zurückdrehung von innen nach außen und bemerkte, daß der Hoden 2 Touren um sich selbst machte. Die Torsion konnte auch künstlich erzeugt werden. 1 1/2 Umdrehungen konnte man schmerzlos machen. Wenn aber der Hoden in dieser Lage mindestens eine Minute belassen wurde, fing der Samenstrang an zu schwellen. Es konnte dann noch 1/4 Umdrehung gemacht werden, es traten aber Schmerzen auf („Medical record", 1895, T. 47, pag. 737).

25. ENDERLEN. Ein 49jähriger Arbeiter, welcher nie eine Hodenektopie hatte, erkrankte unter Schmerzen am 21. Mai 1893, welche sich nach dem Heben einer Last vergrößerten. Darauf folgte Verhaltung von Stuhl und Winden. Der Kranke bemerkte eine Anschwellung von der rechten Leistengegend bis zum Boden des Hodensackes. Man vermutete eingeklemmtes Netz oder Netz mit dem Wurmfortsatz, HELFERICH zog auch eine Torsion des Hodens in Erwägung. Nach dem Eröffnen der Tunica vaginalis entleerte sich eine bluthaltige Flüssigkeit und es zeigte sich eine rundliche Geschwulst von über Hühnereigröße und blaurot livider Farbe, welche wie eine geblähte Darmschlinge aussah. Es war der Hoden, dessen Hülle blindsackartig endete. Der Samenstrang war auf fast Daumendicke geschwellt, etwas heller wie der Hoden und in der Höhe der Symphyse um seine Längsachse von innen nach außen gedreht. Zur Entwirrung war eine Drehung im umgekehrten Sinne um 270° nötig, der Hoden hatte aber das Bestreben, stets in seine pathologische Stellung zurückzukehren. Es wurde die Kastration vorgenommen. Glatte Heilung. Der Hoden hatte einen Umfang von 24·1 *cm*, war 5·6 *cm* hoch, die Länge des Stieles betrug 8·1 *cm*. Der Hoden und der Samenstrang lagen vollkommen frei, ohne jede Anheftung in der Tunica vaginalis, das Mesorchium fehlte. Die Durchschneidung des Hodens ergab, daß die Vergrößerung auf einer Neubildung beruhte, welche auch auf den Nebenhoden überging. Die mikroskopische Untersuchung ergab in den äußeren Schichten ein Karzinom (Plattenepithelien), in der Mitte ein großzelliges Rundzellensarkom. HELFERICH stellte daher die Diagnose eines Carcinoma sarcomatodes. Der Kranke starb im November 1895 an Magen- und Darmkarzinom („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", 1896, Bd. 43, H. 1, pag. 177).

26. LEGUEU wurde im März 1896 zu einem 13jährigen Knaben wegen Brucheinklemmung gerufen. Bei der Untersuchung fand man keinen Hoden in der rechten Hälfte des Hodensackes, im Leistenkanale daher eine rundliche schmerzhafte Anschwellung von Nußgröße. Sie entstand plötzlich tagsvorher beim Spielen. Temp. 37·2° C, Puls 80, einmaliges Erbrechen. Die Anamnese ergab noch eine Ektopie des rechten Hodens, es wurde daher eher eine Hodeneinklemmung im Leistenkanale als ein Bruch vermutet. Nach Eröffnung der Tunica vaginalis fand man den Hoden weiß, den Nebenhoden schwarz. Diese Masse machte beim Hervortreten plötzlich eine ganze Umdrehung dem Uhrzeiger entgegengesetzt. Die Tunica vaginalis mündete frei in die Bauchhöhle. Die peritoneale Ausstülpung wurde hoch vernäht, der Hoden belassen und fixiert. Heilung (Bulletins et mémoires de la société de chirurgie, 15 juillet 1896).

27. W. E. SANDERS. 38 Jahre alter Mann, erkrankte plötzlich unter heftigen Schmerzen in der rechten Leistengegend, wo sich eine Anschwellung bildete, Erbrechen, Temp. 38·3° C, Puls 104. Im oberen Teile des Hodensackes ist eine längliche Anschwellung, kein Anprall beim Husten. Am dritten Tage wurde der Kranke operiert, der schwärzliche Hoden entfernt. Heilung („Med. Mirror.", Saint-Louis 1896, T. 3, pag. 114).

28. M. R. TAYLOR. Neugebornes Kind, brachte zur Welt einen ums Doppelte vergrößerten rechten Hoden, welcher Schmerzen und Krämpfe verursachte. Der Samenstrang schien gesund zu sein. Am zweiten Tage nach der Geburt wurde die Operation vorgenommen. Der Hoden war schwarz, der Samenstrang gedreht, im Scheidenfortsatze Blut. Kastration. Heilung. Der Hoden und Nebenhoden waren mit Blut überfüllt („British med. Journal", 1897, T. 1, pag. 458).

29. BAROZZI. Ein 37jähriger Mann, welcher nie an Ektopie des Hodens litt, bekam plötzlich ohne Ursache einen heftigen Schmerz in der rechten Leistengegend und Brechreiz. Drei Tage später suchte er Spitalsaufnahme, angeblich wegen eingeklemmtem Bruch. In der rechten Skrotalhälfte war eine druckempfindliche Geschwulst, welche

eher als Hämatokele als Skrotalbruch aussah. Schnitt dem Leistenkanale entlang. Am Samenstrang fand man eine Torsion und Einschnürung, welche fast ein Bersten zur Folge hatte. Unterhalb der Einschnürung war ein Blutaustritt. Der Samenstrang wurde zentralwärts abgebunden und mit dem Hoden entfernt. Heilung (Bulletins de la société anatomique, 1898, pag. 188).

30. MACAIGNE und VAUVERTS. 15jähriger Knabe, wurde am 11. Januar 1897 mit linksseitiger Ektopie aufgenommen. Vor 6 Monaten entstand eine Anschwellung mit Erbrechen, welche nach 24 Stunden schwand. Vor 2 Monaten wiederholten sich die Schmerzen, aber ohne Anschwellung. Vor ungefähr 2 oder 3 Tagen ein dritter Anfall. Im linken Leistenkanal ist eine schmerzhafte, unbewegliche Geschwulst von Taubeneigröße. Es wurde eine Einklemmung mit wahrscheinlicher Torsion des ektopischen Hodens diagnostiziert und am 10. Januar operiert, nachdem die entzündlichen Erscheinungen gewichen sind. Im Leistenkanal fand man eine serosanguinolente Flüssigkeit enthaltende Geschwulst. Etwas höher war eine zweite Anschwellung, welche eine blauschwarze Masse, den Hoden, enthielt. Der Samenstrang war $1^1/_2$mal um seine Achse von oben nach unten und von rechts nach links (von innen nach außen) gedreht. Ligatur, Entfernung des Samenstranges mit dem Hoden. Die Bauchhöhle war vollkommen abgeschlossen. Glatte Heilung. Der entfernte Hoden war von normaler Größe, aber etwas dunkler. Der Nebenhoden überragt den Hoden nach unten um 3 *cm*. Am Durchschnitte sind die Gefäße, insbesondere die Venen sehr blutreich, Samenkanälchen nicht auffindbar (Bulletins de la société anatomique, 1898, pag. 267).

31. WIESINGER zeigte am 7. Februar 1899 im ärztlichen Vereine in Hamburg den exstirpierten Hoden eines 18monatlichen Knaben. Der hämorrhagische Hoden lag im rechten Leistenkanale und war mit der Serosa mit einzelnen frischen Fäden verwachsen. Der Hoden und Nebenhoden dunkelrot, der Samenstrang um die Längsachse um eine ganze Wendung gedreht („Münchener med. Wochenschr.", 1899, Bd. 1, pag. 235).

32. SASSE. Ein Wegewärter, 48 Jahre alt, wurde am 10. Oktober 1898 ins Landesspital zu Paderborn aufgenommen. Ein verspäteter Deszensus wird nicht zugegeben. Seit 4—5 Jahren bemerkt er eine langsam zunehmende Geschwulst in der linken Skrotalhälfte, welche im letzten Jahre gewachsen, aber schmerzlos war. Am rechten Hoden bemerkt er seit ungefähr $1^1/_2$ Jahren ein kleines Knötchen, welches keine Beschwerden verursachte. Am 1. Oktober wollte er einen mit Steinen schwer beladenen Karren aufheben. Dabei wurde die Hodensackgeschwulst zwischen den Oberschenkel geklemmt, was ihm einen großen Schmerz verursachte, so daß er sich zu Bett legen mußte. Bei der Aufnahme fand man im Spitale das Skrotum stark vergrößert und darin zwei große, prall elastische Tumoren von länglich birnförmiger Gestalt, der linke dreimal so groß als der rechte. Die linke Geschwulst zeigt deutliche Fluktuation und endigt vor dem Leistenkanal und gibt bei der Durchleuchtung einen hellen Schein. Der Samenstrang ist normal. Die rechtseitige kleinere Geschwulst ergibt ebenfalls Fluktuation, sie ist ungefähr enteneigroß, endet 3 Querfinger vor dem Leistenkanale, fühlt sich oben etwas derber und fester an, zeigt keine Durchleuchtung, der Samenstrang ist noch eine Strecke weit als derber, fester Strang zu fühlen. Die linke Seite ist schmerzlos, die rechte sehr druckempfindlich. Es wurde links die Diagnose Hydrokele gestellt, rechts eine durch Quetschung entstandene Hämatokele vermutet. Operation 12. Oktober 1898. Links: Schnitt über die vordere Fläche und es wurden zwei völlig von einander trennbare, große Zysten, welche nur mit dem Nebenhoden fester verbunden waren, ausgeschält. Rechts entleerte sich nach Eröffnung der Tunica vaginalis ein sulzig fibrinöser Inhalt von blutiger Färbung, sodann zeigte sich eine unregelmäßig birnförmige zweiköpfige Geschwulst, die durch einen ganz dünnen, gedrehten, kaum 2 *mm* langen Stiel mit der Zystenwand zusammenhängt. Der obere Teil (Nebenhoden) ist schwarzblau verfärbt, während der untere (Hoden) ein schmutziggraues Aussehen hat. Diese Geschwulst wurde mitsamt der Tunica propria exstirpiert und die Wunde geschlossen. Die genauere Untersuchung der Präparates zeigt, daß die Wandung der Tunica propria auf 1 *mm* verdickt und auf der Innenfläche mit Blutgerinnseln bedeckt ist. Der Hoden ist mit dem nach oben gelagerten Nebenhoden in anormaler Weise verbunden, so daß der Übergang ganz unmerklich ist, nur am Kopfe ist eine leichte Furche zu sehen. Der Hoden ist ziemlich fest, der Nebenhoden hingegen ist weich, leicht eindrückbar. Im kaum 2 *mm* langen und dicken Stiele verlaufen das Vas deferens und die Gefäße des Hodens. Der Stiel selbst ist linksspiralig von hinten unten nach vorn oben um die transversale Achse um 360° gedreht. Auf dem Durchschnitte zeigt sich das Bild des hämorrhagischen Infarktes des Hodens („Archiv f. klin. Chirurgie", Bd. 59, pag. 791).

33. NANU. Ein 19jähriger Knabe stieg belastet die Treppe herunter und verspürte plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Hoden. Er machte sich kalte Umschläge, welche ihm schon zweimal im Vorjahre bei solchen Anlässen gute Dienste geleistet hatten, aber umsonst. Das Leiden verschlimmerte sich und er kam am 15. November 1899 ins Spital. Bei der Operation fand man nach Eröffnung der Tunica vaginalis den vergrößerten, dunkelroten, fast schwarzen Hoden und den dicht am Nebenhoden gedrehten Samenstrang. Kastration. Heilung. Der Hoden war nekrotisiert (XIIIe Congrès international de médecine, 1900, pag. 401).

34. BARDELLA. Ein 51 Jahre alter Mann quetschte sich beim Reiten den Hodensack und verspürte von da an Schmerzen im rechten Hoden. Vor 11 Tagen quetschte er sich wieder und die Schmerzen wurden so heftig, daß er sich legen mußte. Kalte Umschläge waren ohne Erfolg. Es wurde ein Hämatom diagnostiziert und am 17. Tage nach dem Trauma operiert. Im Vaginalfortsatze war Blutgerinnsel. Der Samenstrang dreimal dicht am Nebenhoden gedreht, der Hoden nekrotisch. Kastration („Gaz. d. Osp.", Milano 1900, T. 21, pag. 85).

35. LÉONTÉ. Ein 70jähriger Greis trug seit 15 Jahren ein Bruchband, angeblich wegen einem linkseitigen Leistenbruch, welcher ab und zu Inkarzerationserscheinungen verursachte. 15 Tage nach so einem Anfalle von Einklemmungserscheinungen wurde er operiert und man fand eine Torsion des Samenstranges von links nach rechts um 270°. Kastration. Im Hoden waren Blutunterlaufungen, keine Nekrose (Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Bucarest, 1900, pag. 88).

36. BARDESCO. Ein Mann, 56 Jahre alt, hat seit 4 Tagen Einklemmungserscheinungen von der rechten Seite. Weder Stuhlgang noch Winde, Erbrechen fehlt. Temp. 38·0° C. Im Vaginalfortsatze war blutige Flüssigkeit, der Hoden rot, der Samenstrang um 180° von rechts nach links gedreht. Kastration. Blutunterlaufung im Hoden, auf der Oberfläche kleine Eiterpunkte. Thrombose der Venen (Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest, 1900, pag. 89).

37. DUJON und CHÉGUT operierten einen 14jährigen Knaben mit den Erscheinungen eines eingeklemmten linkseitigen Bruches am 5. Dezember 1899. Bei der Operation fand man den Hoden in Form einer schwarzen Masse, welcher am Samenstrange zweimal um die Achse in der Richtung des Uhrzeigers gedreht war. Der Hoden wurde in normaler Lage in der Tunica vaginalis, nachdem der Samenstrang zurückgedreht ward, belassen, die Tunica mit Catgut vernäht. Nach 10 Tagen mußte am Skrotum ein Einschnitt gemacht werden, es stieß sich ein Stück gangränösen Hodens ab und es blieb nur ein unregelmäßiger Rest von der Größe einer kleinen Mandel zurück („Archives provinciales de chirurgie", 1900, T. 9, pag. 653).

38. CH. L. SCUDDER. Knabe, 16 Jahre alt. Infolge Trauma des linken Hodens bekam er heftige Schmerzen, Schwellung des Hodens, Fieber. Diese Erscheinungen wichen allmählich, so daß er nach 4 Tagen arbeiten konnte. Während dem Spielen bekam er 2 Wochen später neuerliche Schmerzen in der linken Hälfte des Hodensackes und ließ sich 4 Tage später operieren. Der Vaginalfortsatz war mit Blut angefüllt, der Hoden schwarz, um eine ganze Windung gedreht. Kastration. Heilung („Annales of surgery", 1901, T. 24, pag. 245).

39. REBOUL. Jüngling, 22 Jahre alt, verspürte während der Onanie am 18. Mai 1900 einen heftigen Schmerz in der linken Leistengegend, welcher gegen den Hodensack ausstrahlte. Es bildete sich eine stets zunehmende Anschwellung, Erbrechen. Vier Tage später vermutete man eine Entzündung des Hodens im Leistenkanale oder Netzeinklemmung durch einen Leistenhoden, das Allgemeinbefinden war jedoch gut. Nach dem Einschnitte fand man den Vaginalfortsatz dunkel, von blutig seröser Flüssigkeit ausgedehnt.

Der Samenstrang war um eine ganze Schraubenwindung gedreht, der Hoden und Nebenhoden geschwollen, schwarz. Auf der Oberfläche des Hodens waren nekrotische Stellen. Kastration. Die Heilung dauerte lange wegen Eiterung, da sich der Kranke onanisierte („Association franç. pour l'avancement des sciences", 1901).

40. MANSON. 16jähriger Jüngling, wurde am 29. März 1902 von Schmerzen im linken Hoden befallen, welche anfangs etwas nachließen, sich später trotz kalter Umschläge und Ruhe vergrößerten. Der Hoden und Nebenhoden nahmen an Umfang zu, die Haut rötete sich und es konnte der Hoden vom Nebenhoden nicht unterschieden werden. Man glaubte an eine akut auftretende Tuberkulose und es wurde am 16. April die Operation vorgenommen. Die Tunica vaginalis war mit sanguinolenter Flüssigkeit und Blutgerinnseln ausgefüllt. Es zeigte sich nun der ganz frei am Samenstrange hängende Hoden, welcher zweimal von rechts nach links gedreht war. Der ungefähr doppelt vergrößerte Hoden war teils hell, teils dunkelrot, der Samenstrang verdickt mit erweiterten Gefäßen, die Venen thrombosiert. Der Hoden wurde zurückgedreht, das Zellgewebe vom Blutgerinnsel befreit, dann die Tunica reseziert und die Wunde drainiert. Ein kleiner Teil des Hodens wurde nekrotisch abgestoßen („Bulletin médical", 1902, pag. 563).

41. E. ESTOR. 14jähriger Knabe bemerkte seit einem Jahre, daß die linke Hälfte des Hodensackes größer ist als die rechte. Seit 2 Tagen hat er heftige Schmerzen und Erbrechen. Heftige Schmerzen dauerten 9 Tage, dann wurden sie geringer. Die Operation wurde 15 Tage nach dem Anfalle vorgenommen. Beide Blätter des Vaginalfortsatzes sind verklebt und erreichen die Dicke von $1^1/_2$ *cm*. Der Hoden braunrot, insbesondere an der Vorderfläche mit Blut unterlaufen. Kastration. Heilung. Der Nebenhoden ist normal, der Samenstrang ist 1 *cm* von seinem Ansatze entfernt um eine ganze Schraubenwindung gedreht und enthält nur die Gefäßgruppe. Die Deferensgruppe ist nicht gedreht. Unterhalb der Torsion ist in den Gefäßen Blutgerinnsel (15e Congr. franç. de chirurgie, Paris 1902, pag. 710).

42. TUFFIER. Ein junger Mann hatte einen ektopischen Hoden, welcher seit 5 Monaten durch Massage mit Erfolg heruntergebracht wurde. Während eines Stuhlganges bekam er plötzlich Symptome eines eingeklemmten Bruches, gleichzeitig stieg der Hoden in den Leistenkanal, sein Umfang nahm zu, die Schmerzen waren heftig. Fünf Tage später diagnostizierte TUFFIER eine Torsion des Samenstranges und operierte den Kranken. Er fand die Tunica verdickt, darin eine bluthaltige Flüssigkeit und den Hoden ohne Mesorchium freihängend. Er war schwarz, der Samenstrang um zwei spiralige Touren gedreht, nahe am Eintritte in den Leistenkanal. Kastration. Heilung (Bulletins de la société de Chirurgie, 20, 1903, pag. 551).

43. CABOT. Ein 36 Jahre alter Mann, welcher stets gesund war, erkrankte plötzlich, ohne merkbare Ursache an Schmerzen im Unterleibe, Übelkeiten und Schweißen, so daß er das Bett hüten mußte, später stellte sich Erbrechen ein. Den nächsten Tag erstreckten sich die Schmerzen vom rechten Samenstrange zum Hoden, welcher an Umfang wie bei einer Nebenhodenentzündung zunahm. Bei der Operation wurden die Hüllen verdickt und ödematös befunden, nach Eröffnung der Tunica vaginalis entleerte sich eine blutig seröse Flüssigkeit. Der Hoden hatte die Farbe einer reifen Pflaume, der Samenstrang war um eine Wendung von innen nach außen gedreht, das Mesorchium sehr kurz. Kastration. Heilung („Boston med. and surg. Journal", 1903, T. 148, pag. 700).

44. WILLIAMS. Ein 16jähriger Knabe bekam am 1. Februar 1902 heftige Schmerzen in der rechten Leistengegend und im rechten Hoden. Es wurde ein Leistenbruch reponiert, trotzdem bestanden die Schmerzen weiter und es war eine Schwellung des Nebenhodens, welcher nach vorn verlagert war. WILLIAMS drehte den Hoden um seine Achse um eine halbe Wendung zurück, worauf Erleichterung eintrat. Es wurde das Tragen eines Bruchbandes verordnet. Bei einem Stuhlgange traten die Schmerzen in noch höherem Grade am 7. Januar 1903 auf. Der Knabe war blaß, mit kaltem Schweiße bedeckt, Übelkeiten. Der Hoden war vergrößert und druckempfindlich, es bestand keine Hernie, die Detorsion wurde fruchtlos versucht, es wurde daher der schwarz verfärbte Hoden mit gedrehtem Samenstrange unterbunden und entfernt. Heilung („New York medical Journal", 1903, T. 77, pag. 1024).

45. SOULIGOUX und LAPOINTE. Ein 29jähriger, sonst immer gesunder Seiler bekam in der Christnacht 1902 ohne Grund heftige Schmerzen im linken Hoden, später entwickelte sich eine Schwellung. Fünf Tage nachher fand man bei der Untersuchung in der linken Hodensackhälfte eine eiförmige, sehr schmerzhafte Geschwulst, in welcher der Hoden vom Nebenhoden nicht unterschieden werden konnte. Im unteren Teile war eine deutliche Fluktuation. Der schmerzhafte Samenstrang war bis zum äußeren Leistenring geschwollen, das Vas deferens isoliert nicht zu palpieren. Rechts war im Hodensacke nichts zu fühlen, keine Erkrankung der Harnröhre, Blase oder Prostata. Man dachte an eine akute Hoden- und Nebenhodenentzündung, und da Eisumschläge keine Linderung verschafften, wurde ein operativer Eingriff beschlossen. SOULIGOUX machte einen Einschnitt über die vordere Fläche des Hodensackes. Nach Eröffnung der Tunica vaginalis entleerte sich eine blutige Flüssigkeit, darauf entschlüpfte der freie Hoden und Nebenhoden, welche wie das Herz im Herzbeutel hingen, nach oben an einem fingerdicken, ungefähr 4 *cm* langen Stiele hängend. Der Hoden, dessen Hülle im Ausmaße von 1 *cm* geplatzt ist, liegt nach vorn, der Nebenhoden nach oben hinten mit dem Schwanze nach oben. Der Stiel ist um 180° gedreht. Der Hoden und Nebenhoden mit Blut gefüllt, haben ein schwärzliches Aussehen. Ligatur des Samenstranges, Kastration. Heilung glatt (La torsion du cordon spermatique par le Dr. LAPOINTE, Paris, Maloine, 1904).

46. GRUNERT. Auf die TRENDELENBURGsche Klinik zu Leipzig wurde am 23. Juni 1904 ein $5^1/_2$ Jahre alter Knabe mit einem angeblich eingeklemmten Leistenbruche gebracht. Schon seit der 6. Lebenswoche litt er an einem rechtseitigen Leistenbruch und trug ein Band. Ohne Ursache traten am 20. Juni im Bruche Schmerzen auf, Erbrechen. Am nächsten Tage war ein Stuhlgang, große Schmerzen in der Leistengegend. Am 22. und 23. Juni waren Schmerzen, kein Stuhlgang und keine Winde, aber auch kein Erbrechen. Nach dem Einschnitte des Bauchfelles entleerte sich ein Eßlöffel blutigseröser Flüssigkeit und es zeigte sich der rechte Hoden mit dem nach rechts um 360° gedrehten Samenstrange. Sie waren schwarzblau, glänzend. Der Ductus deferens lag neben der Arterie und den Venen wie zwei gesonderte Stränge. Die Torsion wurde zurückgedreht, hat aber die Neigung, sich wieder zu drehen. Der Processus vaginalis ist offen. Der linke Hoden liegt nicht im Hodensacke. Ligatur, Kastration, Naht. Am 11. Juli genesen entlassen. Die mikroskopische Untersuchung ergab normales Gewebe mit Blutunterlaufungen, in den Venen Thrombose („Münchener med. Wochenschrift", 1904, Nr. 43).

47. BOGDANIK. L. K., 21 Jahre alt, erkrankte unter heftigen Leibschmerzen am 8. Juli 1904, gleichzeitig bemerkte er eine Geschwulst in der rechten Leistengegend, Winde gehen ab, kein Stuhlgang, auch kein Erbrechen. Er meldete sich auf die chirurgische Abteilung des St. Lazarus-Spitales in Krakau am 11. Juli 1904. In der rechten Leistengegend ist eine länglich-ovale, schmerzhafte Geschwulst, welche sich nicht reponieren läßt. Sie ist prall, etwas höckerig, der Perkussionsschall darüber gedämpft. Die rechte Hodensackhälfte ist leer, aber auch in der linken Hälfte ist kein Hoden zu fühlen, der linke Leistenkanal ist vollkommen geschlossen. Der Unterleib ist nicht aufgetrieben, Puls etwas beschleunigt, Temperatur normal. Es wurde die Diagnose: Incarceratio testis descendentis in canali inguinali dextro gestellt und der Schnitt wie zur BASSINIschen Radikaloperation geführt. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleerte sich eine blutig trübe Flüssigkeit und es zeigte sich eingeklemmtes, mit Blut unterlaufenes Netz, außerdem ein eiförmiger schwarzer Körper, der um seine Längsachse etwa um 360° nach rechts spiralig gedreht war. Das Netz wurde bündelweise unterbunden und reseziert, dann der innere Bruchring in der Höhe der Apertura interna canalis inguinalis gespalten. Nun zeigte es sich, daß der im Leistenkanale liegende Körper der Hoden mit dem Nebenhoden und fast ebenso dicken angrenzenden Teile des Samenstranges war, welcher wie an einem Stiele hängend, sonst frei im von der Tunica vaginalis gebildeten Bruchsacke lag. Als der Bruchring durchtrennt und der Samenstrang zurückgedreht war,

wurde die schwarze Geschwulst etwas bläßer. Mit dem durch die Bruchpforte in die Bauchhöhle eingeführten Finger tastete ich, soweit es ging, die linke Leistengegend von innen und außen ab, fand aber keinen Körper, welchen ich als den linken Hoden ansehen konnte, ich beschloß daher, den rechten Hoden zu belassen. Ich resezierte einen Teil des Bruchsackes, davon nur soviel zurücklassend, als zur Deckung des Hodens und Nebenhodens notwendig war, umsäumte damit diese Organe und schloß die Wunde mit Knopfnähten, den Hoden so tief nach unten anheftend, als es der kurze Samenstrang zuließ. Glatte Heilung. Am 27. Juli entlassen. Zwei Monate später sah ich den Kranken. Der rechte Hoden war an derselben Stelle, nur bedeutend kleiner als früher. Der Kranke gab auf Befragen an, daß er nie das Gefühl von Wollust hatte, nie den Beischlaf ausübte, keine sinnlichen Träume und keine Samenergießungen hatte.

Außer diesen Krankengeschichten fand ich noch bei VANVERTS [3]) drei kurz beschriebene Fälle:

48. ROSENMERKEL. 26 Jahre alter Mann hatte eine Hodenektopie bis zum 16. Lebensjahre und litt an Schmerzen bei jeder physischen Anstrengung, weshalb er sich operieren ließ. Im Vaginalfortsatz waren gegen 30 *g* seröser Flüssigkeit und der vergrößerte Hoden, der Samenstrang gedreht, mit Blut unterlaufen. Der Hoden wurde herabgezogen und am Hodensacke fixiert, hatte aber die Neigung, seine ursprüngliche Lage einzunehmen. Die Heilung dauerte lange, der Erfolg war gering.

49. RICHELOT. Der nekrotische Hoden wurde entfernt.

50. PHOCAS. Ein Kind, welches einen ektopischen Hoden hatte, wurde wegen Einklemmungserscheinungen operiert. Der Samenstrang wurde zurückgedreht. Kastration.

Referate.

GRAESSNER (Köln): **Die Prinzipien der BARDENHEUERschen Frakturbehandlung.**

Behufs Erlangung befriedigender funktioneller Resultate bei der Behandlung von Frakturen ist es notwendig, daß die Verbände die Knochenfragmente bis zur Ausheilung genau adaptiert halten und daß schon während der Kallusbildung, also noch im Verbande, Bewegungen der verletzten Extremität und der mitbeteiligten Gelenke vorgenommen werden können, ohne den Kontakt der Bruchflächen aufzuheben. Diesen Bedingungen entsprechen nach Ansicht des Verf.s die BARDENHEUERschen Extensionsverbände („Berliner Klinik", H. 207). Das Prinzip der Verbände beruht darauf, daß nach vorheriger genauer Adaption der Fragmente, wenn notwendig in Narkose, die Fragmente mittelst mehrerer, ziemlich schwer belasteter (bis zu 25 *kg*) Heftpflasterzüge in dieser Stellung erhalten werden. Um alle Verschiebungen der Bruchstücke zu beheben, ist es häufig notwendig, sowohl Längs- als auch Quer- und Rotationszüge anzubringen. Die Längsstreifen sollen weit über die Frakturstelle hinauf angelegt werden, und zwar soweit, als die Muskeln, welche sich an das distale Fragment oder unterhalb desselben ansetzen, in ihrem Ursprunge nach oben die Fraktur überragen. Die Vorteile der Extensionsmethode liegen erstens in der Überwindung der elastischen und entzündlichen Retraktion der Muskeln, welche, wie BARDENHEUER nachwies, die alleinige Ursache der Verschiebung der Bruchstücke sei (und nicht, wie man früher meinte, die Kontraktion der Muskulatur). Unter der Extensionsbehandlung ist weiters die Kallusbildung eine geringe, so daß von dieser Seite kein Hindernis für die Beweglichkeit vorhanden ist. Bei Gelenkfrakturen werden durch die Extension die Ergüsse rasch zur Resorption gebracht und die sekundäre Synovitis mit Verwachsungen verhindert. Schließlich ermöglicht die Extension frühzeitige Bewegungen der Extremität ohne Verschiebung der Fragmente; bei manchen Frakturen werden passive und bald darauf aktive Bewegungen vom zweiten Tage an bereits ausgeführt.

ERDHEIM.

[3]) J. VANVERTS. La torsion du cordon spermatique („Annales des maladies des organes génito-urinaires", 1904, Nr. 6).

JACOBSTHAL (Jena): **Über die Naht der Blutgefäße.**

Die Naht der Blutgefäße ist erst in den letzten Jahren methodisch ausgearbeitet worden und wird jetzt häufig als Ersatz für die Ligatur größerer Venen- und Arterienstämme dort ausgeführt, wo man von der Wiederherstellung der Zirkulation in dem entsprechenden Gefäße die Verhinderung der Gangrän erwartet. Laut der Zusammenstellung des Verf.s („Samml. klin. Vortr.", Nr. 109) sind im ganzen 40mal größere Gefäße (Brachialis, Axillaris, Karotis, Poplitea etc.) genäht worden, einige zirkulär mit Resektion eines Teiles des Gefäßes. Mit Ausnahme eines Falles mit brüchigen Gefäßen gelang die Blutstillung in allen Fällen. Die besten Resultate gibt die Invaginationsmethode mit Hilfe von kleinen Prothesen. Venennähte sind schon in größerer Zahl ausgeführt worden (V. cava inf., anonyma, jugularis, iliaca ext., Sinus transversus etc.). Bei seitlichen Verletzungen genügt eine gewöhnliche Naht durch alle Schichten; bei zirkulären Vereinigungen ist die Invaginationsmethode, welche hier leichter ist als bei Arterien, von Erfolg begleitet.

ERDHEIM.

J. FEINSCHMIDT (Charkow): **Über das zuckerzerstörende Ferment in den Organen.**

Die Glykolyse ist ein selbständiger zellulärer Vorgang, der anscheinend mehreren Organen zukommt. Verf. fand sie in Brei- und Preßsäften von Pankreas, Leber und Muskelfleisch. Sie ist aber nicht bloß an die Tätigkeit der lebenden Zelle gebunden, da der durch hohen Druck in der BUCHNERschen Presse gewonnene Saft, der bloß Zellentrümmer und keine lebendigen Zellen mehr enthält, bei gewöhnlicher sowie bei anaerober Atmung glykolytisch wirkt. Es ist dem Verf. gelungen („Beitr. z. chem. Phys. u. Path.", Bd. 4), das Ferment mit Alkoholäther, allerdings noch unrein, zu isolieren. Aus dem Vergleich der aerob und anaerob ausgeführten Versuche geht hervor, daß anaerob die Glykolyse intensiver und rascher vor sich geht als bei Sauerstoffzutritt. Die glykolytische Kraft der Preßsäfte nimmt mit der Zeit ab. Beim Vergleiche der Wirkung einer bestimmten Menge Preßsaftes mit der einer entsprechenden Quantität isolierten Fermentes stellt sich heraus, daß im Fermentzuckergemisch die Spaltung früher beginnt, früher zu Ende kommt und intensiver verläuft. Unter den Produkten, die sich bei der Glykolyse entwickeln, konnten viel Kohlendioxyd und verhältnismäßig sehr geringe Quantitäten von Alkohol konstatiert werden. Außer den genannten Produkten bilden sich bei der Glykolyse auch in reichlichen Mengen Säuren. Die Mengen Alkohol, welche Verf. gefunden hat, waren viel zu gering, als daß man von einer alkoholischen Gärung sprechen könnte. Die wesentlichen Produkte bleiben immer Kohlendioxyd und Säuren.

L.

Aus dem Institut für medizinische Chemie und Pharmakologie der Universität Bern.

LIFSCHITZ: **Über die Jodausscheidung nach großen Jodkaliumdosen und bei kutaner Applikation einiger Jodpräparate.**

Bei der Elimination des Jodkaliums im Harn sowohl nach einmaliger Gabe wie nach längerem Gebrauch spielt die Individualität eine große Rolle. Die tägliche Ausscheidung ist sehr schwankend. Immer bleiben relativ erhebliche Mengen, 20—35% im Organismus zurück, resp. werden auf anderen Wegen ausgeschieden. Der Darm spielt als Ausscheidungsorgan eine sehr untergeordnete Rolle. Die Dauer der Ausscheidung im Harn ist ebenfalls individuell verschieden („Arch. f. Derm. u. Syph.", Bd. 75, H. 2 u. 3). Sie verläuft intermittierend und kann drei Tage bis mehrere Wochen andauern, je nach der Dauer der vorhergehenden Jodkaliumkur. Jodismuserscheinungen können eintreten, ohne daß die Ausscheidung im Harn eine Beeinträchtigung erleidet. Bei Versuchen mit Jodipin, die teils mit Bepinseln mit Jodipin, teils mit Aufstreichen einer Salbe (Jodipin, Vaselin ana) und darüber gelegtem Mosetigbatist-Verband angestellt wurden, fand LIFSCHITZ nur einmal eine sehr kleine Menge Jod (3 *mg*) im Tagesharn, an allen anderen Tagen war der Harn jodfrei, so daß von einer Resorption nicht die Rede sein kann. Bei

perkutaner Anwendung von Jodvasogen wird nur dann eine kleine Menge Jod im Harn ausgeschieden, wenn das Präparat freies Jod enthält. Versuche mit Jothion hatten folgende Ergebnisse: Die Ausscheidung des Jods im Harn ist im allgemeinen gering, besonders ohne Verband. Bei Steigerung der angewendeten Menge des Präparates, z. B. von 1 *g* auf 2 *g*, wird die ausgeschiedene Menge des Jods bei der gleichen Konzentration des Präparates fast doppelt so groß. Von der Skrotalhaut wird das Jod der Jothionpräparate viel stärker resorbiert als von den anderen verwendeten Körperstellen; so fand LIFSCHITZ bei Verreibung von 3 *g* Jothionlanolinsalbe eine fast doppelt so große Elimination des Jods als bei Anwendung von 6 *g* der gleichen Salbe auf dem Arme. Bei wiederholter Verreibung einer und derselben Menge des Jothionpräparates findet in der Jodelimination eine Kumulation statt. G.

ROSENBACH (Göttingen): **Über maligne Gesichtsfurunkel und deren Behandlung.**

Verf. ist der Ansicht, daß der Grund, warum die Furunkel des Gesichtes gewöhnlich einen malignen Verlauf zeigen, in den speziellen Verhältnissen der Gesichtsmuskulatur zu suchen ist („Archiv f. klin. Chir.", Bd. 77, H. 1). Während am Rumpf und an den Extremitäten Haut- und Subkutangewebe von der Muskulatur durch ganz lockeres Gewebe getrennt liegen, so daß sie durch die Bewegungen der letzteren kaum beeinflußt werden, erstrecken sich die Gesichtsmuskeln in die Kutis. Bei den fortwährenden mimischen Bewegungen finden Hin- und Herschiebungen der Haut und des Subkutangewebes statt, so daß die Eitererreger in Form von Strängen in die Umgebung hineingepreßt werden. Verf. konnte diese Stränge auch mikroskopisch nachweisen. Bei der Behandlung tritt Verf. für ausgiebige Spaltung der Furunkel und der nach aufwärts und abwärts ziehenden Stränge ein. ERDHEIM.

LAURENZ (Paris): **Über die Behandlung des syphilitischen Schnupfens Neugeborner.**

Die hauptsächlichste Aufgabe besteht darin, die Durchgängigkeit der Nase zu erzielen („Gazette des hôpitaux", Nr. 37, 1905). Das geschieht am besten durch häufige erweichende Waschungen. Starke Antiseptika und Kokain sind wegen Intoxikationsgefahr zu meiden. Das beste Mittel ist 20% Hydrogenium peroxydatum. Davon werden 4mal des Tags 4—5 Tropfen abwechselnd mit flüssigem sterilen Vaselin instilliert. Instrumente sind wegen der Unruhe der Neugebornen nicht angezeigt; ebensowenig Spritzen, letztere wegen der Gefahr des Eindringens der Flüssigkeit in die Tuben. Zur Verbesserung der Atmung während des Trinkens empfiehlt LAURENZ, 3—4 Tropfen einer Adrenalinlösung von 1 : 10.000 in die Nase zu instillieren, wodurch eine vorübergehende Abschwellung der Schleimhaut in der Regel erzielt wird. J. ST.

GOLUBININ (Berlin): **Ein Fall von therapeutischer Anwendung der Röntgenstrahlen bei Morbus Addisonii.**

Verf. („Die Therapie der Gegenwart", 1905, Mai) beschreibt einen Morbus Addisonii bei einem 27jährigen Offizier; weder auf Fe- und As-Therapie noch auf Nebennierensubstanz intern und subkutan (Suprarenin) zeigte sich eine Besserung; die Asthenie wurde immer größer, die Bronzefärbung deutlicher; die Tuberkulinprobe war positiv; es handelte sich nach Ansicht GOLUBININS wahrscheinlich um eine tuberkulöse Erkrankung der Nebennieren. Nun wurde die Röntgenbestrahlung in Anwendung gebracht, unter der Voraussetzung, daß sich im Granulationsgewebe eines frischen Prozesses eine Atrophie entwickeln konnte und infolgedessen einige intakt gebliebene Teile ihre Funktion wieder hätten aufnehmen können; die rechte und linke Nierengegend wurden bei einem Röhrenabstand von 25 *cm* durch die vordere Bauchwand je 3 bis 8 Minuten lang bestrahlt. Nach 25 Sitzungen konnte der Verfasser bereits eine bedeutende Besserung im Befinden des Kranken konstatieren. Pat. wurde kräftiger, die Herzfunktion beständiger, die Verdauung besserte sich, das Körpergewicht nahm um 8 Pfund zu. Interessant ist, daß die Verfärbung der Haut bedeutend heller wurde. Weitere Bestrahlungen besserten den Zustand weiter wesentlich. Der Autor fordert zur Wiederholung der Methode auf. K. F.

GAUCHER und **DRUELLE** (Paris): **Hauttuberkulose nach Masern.**

Der Einfluß der Masern auf die Entwicklung von tuberkulösen Manifestationen ist schon lange bekannt. Die Verfasser berichten über vier hierhergehörende Beobachtungen („Gazette des hôpitaux", 1905, Nr. 59). Alle betrafen Kinder. Gewöhnlich handelt es sich um multiple disseminierte Herde verschiedener Lokalisation. Die Entwicklung der Effloreszenzen geht im Anfangsstadium sehr rapid vor sich, um später in viel langsamerem Tempo fortzuschreiten. Es fanden sich noduläre Affektionen, papulöse oder papulo-pustulöse Effloreszenzen, wie sie dem Bilde des Aszites oder des Lichen scrophulosorum entsprechen, oder typischer Lupus vulgaris vor. Es liegt die Annahme nahe, daß auch nach anderen Infektionskrankheiten des kindlichen Alters, z. B. Scharlach, Hauttuberkulose häufig zum Vorschein kommt. Doch fehlen bisher derartige Beobachtungen. J. ST.

I. STRZEMINSKI (Wilna): **Zur Behandlung der suppurativen Hornhautprozesse. Einiges über das Unguentum cupri citrici.**

Die Behandlung des Hornhautgeschwürs und des Hypopyons führt Verf. folgendermaßen aus („Die medizinische Woche", 1905, Nr. 38): Er ätzt das Geschwür mit 50%iger Milchsäure, was meistenteils innerhalb einiger Tage wiederholt werden muß, instilliert hierauf in das Auge Atropin, bestreut das Geschwür mit fein pulverisiertem Jodoform und appliziert auf das Auge einen warmen Umschlag nebst Binde. Bei eitriger Hornhautinfiltration ohne Geschwür werden nur Atropinumschlag und Binde angewendet. Bei dieser Erkrankung sowie bei den eitrigen Prozessen der Hornhaut und der Augenbindehaut überhaupt verwendet Verf. in der letzten Zeit eine 50%ige Lösung von Katarol (30%ige Lösung von Wasserstoffsuperoxyd). Sobald Hypopyon und Onyx verschwunden sind und das Geschwür in Heilung überzugehen beginnt, wird der Umschlag beseitigt. Unter dem Einflusse der geschilderten Behandlung hören die Geschwüre auf, sich weiter auszudehnen, und gehen relativ rasch in Heilung über. Onyx und Hypopyon werden resorbiert. In leichteren Fällen, in denen das Geschwür zirka 1 *mm* im Durchmesser hat und das Hypopyon zirka ein Fünftel der vorderen Augenkammer einnimmt, tritt schon am 3. Tage ein Verschwinden des Hypopyons sowie der Schmerzen und eine Reinigung des Geschwürs ein. In schwereren Fällen tritt der Erfolg nicht so rasch ein; aber selbst in verzweifelten Fällen, in denen der größte Teil der vorderen Augenkammer und ein bedeutender Raum zwischen den Hornhautlamellen mit Eiter gefüllt sind oder ein großes Geschwür besteht, gelangt der Eiter unter dem Einflusse der oben geschilderten Behandlung zur Resorption und das Geschwür geht in Heilung über; es bleibt allerdings ein Fleck auf der Hornhaut zurück, aber ein Teil des Sehvermögens bleibt erhalten und außerdem Platz für die optische Iridektomie. Was das Unguentum cupri citrici betrifft, so hat Verf. mit diesem in 10%iger Konzentration bei trachomatösem Pannus verblüffend günstige Erfolge erzielt. Gegen das Trachom wirkte die Salbe schwächer als das Cuprum sulfuricum und natürlich noch schwächer als die Ausdrückung der einzelnen Körner, hat aber den Vorzug, daß sie den Patienten mit nach Hause gegeben werden kann, da sie nur eine schwache Reizung bewirkt. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Über die Ergebnisse der abdominalen **Radikaloperation des Gebärmutterscheidenkrebses** mittelst Laparotomia hypogastrica berichtet BRUNET („Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.", Bd. 56) an der Hand von 70 Fällen, von denen nur einige wenige nicht genau mikroskopiert sind. Die praktische Bedeutung der Resultate gipfelt u. a. in dem Satze: Das obere Drittel der Scheide muß in allen Fällen von



Karzinom des unteren Gebärmutterabschnittes entfernt werden. Von besonderem Wert ist die Betrachtung der Metastasen in den Parametrien, bzw. das Hineinwachsen in dieselben, ganz besonders mit Rücksicht auf die Radikaloperation der Metastasen in den regionären Lymphknoten. Die Untersuchungsresultate führen zu der Empfehlung, allen Lymphbahnen möglichst energisch nachzugehen und die Exstirpation unabhängig von Größe, Härte und ihrem Sitze vorzunehmen. Wenn auch das Vorkommen von Selbstheilung der Lymphdrüsenmetastasen nach Entfernung des primären Tumors in seltenen Fällen zutreffen mag, so kann man sich doch nicht darauf verlassen und muß eine Reihe von Spätrezidiven auf dieselben beziehen.

— Das **Extractum Chinae Nanning** hat nach HÖNIGSCHMIED („Heilk.", VIII, 11) folgende Vorzüge: Es wird stets nur aus guter, roter Chinarinde gewonnen, welche in frischem Zustande ausgesucht und getrocknet wird; es besitzt eine stets gleichmäßige Zusammensetzung, einen fast konstanten Alkaloidgehalt von 5%; alle wirksamen Bestandteile der roten Chinarinde, und speziell die Chinagerbsäure sind darinnen gelöst, also zur sofortigen Resorption geeignet; alle nicht wirksamen, den Magen unnütz beschwerenden, mithin nutzlosen Substanzen sind ausgeschieden; die flüssige Form läßt eine sehr genaue Dosierung zu und die Unverderblichkeit des Präparates besteht selbst bei noch so langer Aufbewahrung. Dadurch entspricht das Extractum Chinae Nanning allen Anforderungen, welche man an ein gutes und wirksames Chinapräparat zu stellen berechtigt ist. Gewöhnlich nimmt man 15—20 Tropfen in Portwein oder Sherry oder in Aqua gelöst ein, oder man läßt das Quantum Extractum Chinae Nanning auf einem Stückchen Zucker nehmen.

— Die **Behandlung der Tabaksamblyopie** bespricht WRAY („Archiv f. Augenhk.", Bd. 52). Er unterscheidet 3 Gruppen: Fälle mit Amblyopie allein, mit Amblyopie und Tachykardie und mit Tachykardie allein. Bei frühzeitiger Behandlung verschwindet die Amblyopie gewöhnlich, wenn auch die Wiederherstellung stets eine langsame ist. Die Tachykardie besteht oft nach jahrelanger Abstinenz noch fort. WRAY führt die Amblyopie auf Sättigung des Blutes mit Tabakalkaloiden zurück und die Tachykardie auf die Erkrankung oder Zerstörung der herzhemmenden Nerven der Trachea und Bronchien. Besser als die übliche Therapie mit Jodkalium und Strychnin hat sich Verf. folgende Methode bewährt: Die Patienten müssen sich warm kleiden, um 7 Uhr morgens $^1/_2$ *l* Wasser trinken, hierauf $^1/_2$ Stunde spazieren gehen, dann noch einen halben Liter trinken und nochmals spazieren gehen. Nach einer Ruhepause von einigen Minuten wird gefrühstückt. In der Mitte des Vormittags sowie des Nachmittags ist nochmals je $^1/_2$ *l* Wasser zu trinken. In 3 Fällen wurde in 14 Tagen wieder normale Sehschärfe erreicht; einige Patienten haben sogar 7 *g* Tabak pro die weiter geraucht. Der beschleunigte Puls verschwand nicht in der gleichen Weise wie die Amblyopie. Verf. glaubt, daß das Nikotin hauptsächlich durch die Nieren eliminiert wird, Lungen und Haut sich aber auch daran beteiligen.

— Über die **Abortivbehandlung der Gonorrhöe** beim Mann berichtet BIERHOFF („Derm. Zentralbl.", 1905, Nr. 11): Verf. hat die Methode von ERNST R. W. FRANK in seine Praxis eingeführt und rät seinen Patienten, möglichst bald post coitum 2—3 Tropfen einer 10—20%igen Protargol-Glyzerinlösung in die Fossa navicularis einzuträufeln. In einem Falle ist es ihm so gelungen, die bereits entstandene Infektion 10 Stunden nach dem verdächtigen Koitus festzustellen und sie durch eine einmalige Einspritzung von 8 cm^3 einer 2%igen Protargol-Glyzerinwasserlösung abzuschneiden. Schon nach einer Stunde war das reichlich hervorgerufene Sekret gänzlich keimfrei und ist auch so geblieben, eine Tatsache, welche durch wiederholte mikroskopische Untersuchungen des Schabepräparates festgestellt wurde. Das Sekret verlor rasch seinen eitrigen Charakter nach Unterbrechung der Behandlung, um in 24 Stunden rein epithelialer Natur zu werden und in weiteren 24 Stunden gänzlich zu verschwinden.

— Die Anwendung von **Schwefel gegen chronischen Nasenkatarrh** bespricht KOLIPINSKI („Med. News", 1905, Nr. 30). Verf. gebraucht die Insufflation von Schwefelblüten. Die Einblasung wird in jedes Nasenloch vorgenommen und ist gut ausgeführt, wenn das eingeblasene Pulver im Munde und im anderen Nasenloch erscheint und einen Reizhusten hervorruft. Der hintere Nasen- und der Nasenrachenraum werden direkt behandelt. Die Einblasungen werden 2 bis 3mal in der Woche vorgenommen, später nur einmal. Gelegentlich treten namentlich bei Frauen und bei reichlicher Verwendung des Pulvers Konjunktivalhyperämie und Nasenreizung mit Schmerzen auf. Dann setzt man die Behandlung aus und beschränkt sich auf einmalige Anwendung in der Woche. Bei der atrophischen Form sind die Resultate weniger gut. Die phlegmonöse Rhinitis wird so oft kupiert. Weiter empfiehlt KOLIPINSKI das Verfahren bei der einfachen chronischen Nasopharyngitis, bei der hyperplastischen Nasopharyngitis und der skrofulösen Rhinitis. Der unmittelbare Einfluß des Schwefels ist eine Beschränkung des eitrigen, reizenden Nasenausflusses, die Heilung der Exkoriationen, eine Besserung des Allgemeinbefindens und der Fortfall des Schnaubens, der Krustenbildung und des Geruches. Besondere Dienste leistet die Behandlung bei der Epistaxis irgendwelcher Ursache in Form der Tamponade. Für akute Erkrankungen ist der Schwefel nicht geeignet.

— Zur **Fieberbekämpfung** bei Phthisikern verwendete REUTER das Maretin („Orv. Het.", 1905, Nr. 27). Die gewöhnlich angewandten Dosen betrugen 0·25 *g* bis 0·5 *g*, zweimal täglich. Die 0·25 *g*-Dose wurde mitunter auch dreimal gegeben. Die Temperaturabnahme erfolgte stufenweise, langsam, trat in der Regel erst in drei Stunden ein und setzte die Temperatur um 1—2° herab. Auf diese Weise gelang es, auch die so unangenehmen abendlichen Temperatursteigerungen zu verhindern, was unruhigen Kranken auch in dem Maße Ruhe brachte, daß sie ohne Schlafmittel einschliefen.

— Bei der Behandlung der **Cholelithiasis** kommt es nach HECHT („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 4) an auf die Wiederherstellung des normalen Gallenstromes durch Regulierung der Darmperistaltik und auf eine wirksame Bekämpfung der Infektion. HECHT verordnet daher den kolikfreien Patienten:

Rp. Hydrarg. bichlorat.,
Extr. Strychn. aa. . . . . 0·4—0·5
Pulv. Rhei,
Extr. Rhei aa. . . . . 1·5
Mf. pilul. Nr. XXX.
DS. 2—3mal täglich 1 Pille zu nehmen.

Bei Gallensteinkoliken gibt HECHT außer Morphium subkutan:

Rp. Podophyllin . . . . 0·2
Hydrarg. chlorat. . . . . 0·4
Extr. Strychn.,
Extr. Bellad. aa. . . . . 0·3
Mf. pilul. Nr. XX.
DS. Beim Anfall zweistündlich 1 Pille zu nehmen bis zur Wirkung; dann 1—2 Pillen täglich. Tritt nach den zweiten Pillen Diarrhöe auf, so sind sie gegen die ersteren zu vertauschen.

— Aus Beobachtungen von LINDENSTEIN („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 39) über die **Serumbehandlung der fibrinösen Pneumonie** geht hervor, daß das Pneumokokkenserum Römer dem obersten therapeutischen Grundsatz vollauf genügt, dem: nil nocere. Die Injektionsstelle blieb bei den unter aseptischen Kautelen vorgenommenen Injektionen stets reaktionslos. Dagegen übt das Serum einen geradezu frappant günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden aus. Wie besonders aus einem Falle der Beobachtung hervorgeht, ist selbst bei schwerster Erkrankung das Allgemeinbefinden ein auffallend gutes. Die Temperatur wird durch das Serum im wesentlichen nicht beeinflußt, denn die der Injektion folgende Remission ist nicht von Dauer; dagegen scheint das Serum die Kreislauforgane günstig zu beeinflussen, da der Puls immer gut und voll blieb. Auf die Krise ist das Serum ohne Einfluß und auch ohne Einfluß auf eine eventuelle Propagation des Prozesses in der Lunge. Die Serumbehandlung ist sofort zu beginnen. Was endlich die Dosis anlangt, die zur Anwendung kommen soll, so genügen 10 cm^3 für eine einmalige Injektion.

— Die **Milchdiät bei chronischer Tropendiarrhöe** bespricht VOGELIUS („Zeitschr. f. klin. Med.", Bd. 56). Keine medikamentöse Behandlung beeinflußt den Stuhlgang im geringsten, erst eine streng durchgeführte Milchkur führt zu einem Resultate. Man beginnt mit zirka $2^1/_2$ *l* leicht angewärmter Milch als Tagesration und steigt auf 3—4 *l*. Diese ausschließliche Michdiät wird fortgesetzt bis der Stuhlgang

4—5 Wochen lang fest gewesen, alsdann kann man vorsichtig zu Fleisch- und Pflanzenkost übergehen. Medikamente sind bei Behandlung der Tropendiarrhöe wenig gebräuchlich. Die Prognose hängt der Hauptsache nach ab von dem allgemeinen Gesundheitszustande zur Zeit des Ausbruches der Krankheit. Die Ätiologie ist noch unklar.

Literarische Anzeigen.

Die Leukozyten als Parasiten der Wirbeltiere. Von **Dr. Johannes Haedicke.** Landsberg a. W. 1905, Fr. Schaeffer & Kie.

Die vorliegende Schrift, deren eigentlichen Inhalt Verf. bereits im Vorjahre auf der Naturforscherversammlung in Breslau vorgetragen hat, will den Nachweis führen, daß die Leukozyten nicht Zellen des Körpers, sondern echte Amöben sind. Das Hauptargument für diese Auffassung scheint der Umstand zu sein, daß sie amöboider Bewegung fähig sind. Auf die einzelnen Thesen des Verf.s, wie z. B., daß die Leukozyten keine Funktion haben, daß sie bei den einzelnen Infektionskrankheiten mehrfach eine für den Körper verderbliche Rolle spielen etc., näher einzugehen, erscheint uns überflüssig. Es genüge die Bemerkung, daß wir nur einem einzigen Ausspruch des Verf.s beipflichten können, nämlich dem, daß sein „Gedanke" von der Amöbennatur der Leukozyten zunächst absurd erscheinen dürfte; wir können hier das Wort „zunächst" getrost weglassen. Auch der Titel der Schrift, die daselbst als ein „Beitrag zur wissenschaftlichen Weltanschauung" bezeichnet wird, bedarf dringend einer Richtigstellung.

Dr. S.

Entstehung und Heilung der epidemischen Krankheiten nach neuesten physiologischen und naturwissenschaftlichen Grundsätzen. Von **Dr. Wilhelm Hübner.** Dresden 1904, H. Schultze.

„Jede epidemische Krankheit muß aus einer Störung des chemischen Prozesses im Hautorgane oder in den Lungen ihren Anfang nehmen; besonders der schwächere Chemismus des Hautorgans werde durch athmosphärische Einflüsse leicht gestört und gebe in den allermeisten Fällen die Veranlassung zur Entstehung von Krankheiten (Typhus, Cholera, Variola, Morbillen, Skarlatina und Diphtheritis). Die gefundenen Mikroorganismen sind nicht Krankheitserreger, sondern Krankheitsprodukte. Der gestörte Chemismus der Haut wird am besten durch Umschläge beeinflußt; das verdunstende Wasser zerfällt in seine Urstoffe, so daß der in dem Wasser enthaltene Sauerstoff als natürliche Kraft und der Wasserstoff als stärkstes Lösungsmittel ihre Heilwirkung entfalten." Die Aufführung dieser wenigen Beispiele macht eine Kritik des vorliegenden Buches überflüssig.

A.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

X.

Abteilung für Kinderheilkunde.

BACKHAUS (Berlin): **Neuere Forschungen über Milchgewinnung und Kindermilchbereitung.**

Unter dem Hinweise darauf, daß die Verunreinigung der Milch, statt sie erst nach der Gewinnung zu filtrieren bzw. durch Erhitzen bakterienfrei zu machen, gleich von vorneherein vermieden werden müsse, hat Verf. durch Euterdesinfektion und den Gebrauch der Melkmaschine eine Milch, die unter 2000 Keime in 1 cm^3 enthielt, gewonnen. Diese die jetzige Vorzugsmilch und namentlich die Marktmilch weit übertreffende eignet sich einwandfrei zum Kochgenusse. Da sie aseptisch gewonnen ist, kann die Milch für die Kinderernährung verändert oder unverändert verwendet werden. Man kann sie z. B. durch rasches Erhitzen und sofortiges Abkühlen sterilisieren, ohne daß sehr große Veränderungen eintreten. Hierbei hat sich das neue Homogenisierungsverfahren als vorteilhaft gezeigt, durch welches die Fettkügelchen fein verteilt werden, während die Aufrahmung verhindert wird. Durch dieses Verfahren wird die Säuglingsnahrung der Muttermilch annähernd gleichwertig, und zwar empfiehlt B. vier Sorten trinkfertiger Säuglingsmilch durch Mischung eiweißreicher Molke, Rahm, Magermilch, Wasser und Nährzucker.

Schlossmann (Köln): BACKHAUS preßt die Milch unter einem Druck von 200 Atmosphären durch feine Kapillarröhren, und durch Zerreißung der Fettkügelchen wird sie entrahmt und dabei überhitzt. Die Aufrahmung der Milch ist daher später unmöglich und ihr Nährwert bedeutend herabgesetzt. Die Frage nach der aseptischen Gewinnung der Milch ist längst durch BEHRING gelöst.

Auerbach (Berlin) entgegnet BIEDERT, die in den Handel kommende Milch mit Temperatur von 16° C sei keine vorher abgekühlte gewesen und habe dann hohen Bakteriengehalt. Die Kontaktinfektion ist minimal, wenn die Gefäße vorher gut gereinigt waren. Nach 24 Stunden hat abgekühlte Milch höchstens 25.000 Keime. Die Melkmaschinen sind nach seiner Erfahrung sehr zweckmäßig.

Rommel hat 200 Milchproben vorgenommen, von welchen viele hygienisch nicht einwandfrei waren, so z. B. 24° C, übelriechend, nur 1·2% Fettgehalt, ein für Minderbemittelte wichtiges Ergebnis.

Rey fragt, in welcher Weise BACKHAUS sich von der Verringerung der Säuglingssterblichkeit durch seine Milch habe überzeugen können. Er hat sich im Gegenteil davon überzeugen können, daß die Säuglinge nach dieser Mischnahrung an erheblichen Darmstörungen erkranken.

Backhaus: SCHLOSSMANN kennt die Melkmaschine nicht; die Homogenisierung verursacht keine Temperaturerhöhung der Milch.

Schlossmann: Ich will nicht eher mit BACKHAUS diskutieren, als bis er den Nachweis erbracht hat, daß er kein materielles Interesse an dem Gegenstande hat.

BIEDERT (Straßburg): **Bemerkungen zu einer Marktmilch erster Klasse.**

Das Prinzip, eine gute Milch zu schaffen, beruht auf einer ausreichenden Kontrolle der Marktmilch, so schwer dies auch manchmal sein mag. Es sollte eine hygienische Kontrolle der Milch namentlich auf ihren Fettgehalt ermöglicht werden. Diese kann mit dem Laktoskop oder nach der FESERschen Methode vorgenommen werden, nach welcher als Norm 3·3% Fettgehalt dient. Schwankt der Prozentgehalt nur um 0·5, so ist die Milch schlecht. Es handelt sich demnach zunächst um die Wertprobe der Milch, zu welcher nach seiner Erfahrung am besten das Azidbutyrometer dient. Die zu untersuchende Milch kann man durch Zusatz von Kupfersulfat und Ammoniak geeignet für die Probe erhalten. Die zweite Probe ist die hygienische. Diese erstreckt sich auf die Feststellung der Temperatur, des Bakteriengehaltes und der Verunreinigungen der Milch. Sie muß die Normalmarkttemperatur von 16° C haben. Hierbei muß man aber in Erwägung ziehen, daß die von den Lieferanten gebrachte Milch vorher schon wärmer gewesen sein kann infolge zu mangelhafter und nicht rechtzeitiger Kühlung; sie ist dann unter Umständen schon durch Bakterien zersetzt und kommt von dem Lieferanten in die Hand eines verständigen Zwischenhändlers, welcher erst die richtige Kühlung vornimmt.

Man muß daher von den Lieferanten, also den Bauern, verlangen, daß sie genau angeben, ob die Milch von der Abend- oder Morgenmelke stammt. Die Probe auf die Zersetzung der Milch kann durch Kochen oder durch Vermischen mit verdünntem Alkohol vorgenommen werden. Je nachdem sie gerinnt, bzw. sich zersetzt, wird ihre Wertlosigkeit erkannt. Zur Bestimmung der Verunreinigung hat TÖRNER ein einfaches Instrument, ähnlich der Glashülse eines medizinischen Thermometers, angegeben. An dem schmalen Ende befindet sich eine Skala, an welcher der Stand des Satzes der in dem Gläschen beobachteten Milch abgelesen wird.

SELTER (Solingen): **Die Stellung der Kinderheilkunde zur Schulhygiene.**

Die Aufgaben der Schulhygiene erstrecken sich *a)* auf die Einschulung der Neulinge, *b)* auf die ärztliche Kontrolle der Schüler. In den meisten Städten ist das Wiesbadener Muster maßgebend. Bei der Aufnahme der Schulneulinge soll der Schularzt nach genauer Anamnese eine gründliche Untersuchung vornehmen. Dieselbe darf sich nicht nur auf eine oberflächliche Besichtigung, sondern muß sich auf die Prüfung aller Organe des Kindes erstrecken. Bei den jetzigen Zuständen ist dies aber für den Schularzt unmöglich; denn bei der Menge der Neuaufnahmen kann er nur, als einziger Arzt für mehrere Schulen, wenige Minuten auf die Untersuchung des Einzelnen verwenden und so nur oberflächlich die Schulreife konstatieren, d. h. körperliche und geistige Fähigkeiten des Kindes. Bei genauer Untersuchung auf die verschiedenen Gebrechen könnte von vornherein der Befreiungsmodus für

Singen, Turnen etc. geregelt werden. Die schulärztlichen Sprechstunden und Revisionen bisherigen Musters ermöglichen nur einen oberflächlichen Überblick über die gesundheitlichen Verhältnisse der Schule und Schüler und sind als Mittel zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten nicht geeignet. Der Schularzt ist zu sehr überbürdet; oft ist für 2000 Schüler nur ein Arzt angestellt. Auch müßte schulmäßig hygienischer Unterricht geübt werden. Der Schularzt ist oft vom Schulleiter abhängig. Das Endziel der Schulhygiene ist Verbesserung des Nachwuchses.

Göppert (Kattowitz): Der Arzt muß sich zur Feststellung der Schulreife des Neulings mit dem Lehrer verständigen. Der Verbreitung von Infektionskrankheiten kann gesteuert werden, wenn durch polizeiliche Maßregeln den betreffenden Kindern der Schulbesuch untersagt wird. Zum Gedeihen des Schülers hat der Schularzt auf Defekte des Gehörs und des Auges zu achten, damit die Schüler beim Unterrichte richtig gruppiert werden und sich nicht nutzlos oder übermäßig anstrengen müssen. Ebenso hat er auf Zahnerkrankungen und Adenoide zu achten, durch welche Gebrechen die Entwicklung des Kindes sehr gestört würde; zur Schulhygiene gehört ferner die Orthopädie. Der Tuberkulose der Kinder stehen manche Schulärzte sehr skeptisch gegenüber, ebenso der Herzschwäche. Diese beiden sind oft auf soziale Mißgeschicke der Eltern begründet, die Kinder werden von Hause aus schlecht ernährt. Oft liegt der Mangel an Eßlust bei den Kindern selbst; Turnen im Freien, Schlittschuhlauf, Ferienkolonien tragen viel zur besseren Ernährung bei. Wesentlich ist oft das Schulfrühstück für Kinder, welche wegen des allzugroßen Schulweges über Mittag in der Schule bleiben müssen. Schließlich betont Redner noch die Überbürdung der Schüler mit Schulaufgaben. Es dürfen höchstens 40 Schüler für eine Klasse zugelassen werden. Die Schule ist das einzige Gegengewicht gegen die zunehmende nervöse Haltlosigkeit, daher soll der Schularzt die erziehliche Wirkung der Schule unterstützen und auf die allgemeine Volksernährung einwirken.

Roeder (Berlin): **Tuberkulose im schulpflichtigen Alter.**

Dieselbe ist unter den Schülern stärker verbreitet als man glaubt. Der Schularzt findet häufig latente Tuberkulose vertreten. Zur Bekämpfung der Krankheit schon in ihrem ersten Stadium müssen die Kinder aus der Schule entfernt und eigens zu errichtenden Kinderlungenheilstätten überwiesen werden. Das Kinderschutzgesetz muß schulärztlicherseits einer Revision unterzogen werden.

Flachs (Dresden): **Über Schule und Haus.**

Manche Eltern stehen auf dem Standpunkte, der Staat, der die Ausbildung des Kindes übernehme, müsse auch für die gesamte Erziehung sorgen. Sind Mängel an den Kindern vorhanden, wird die Schule beschuldigt; so spricht man von Überbürdung und Schulkrankheiten. Der Fehler liegt aber meist in der häuslichen Erziehung und Hygiene des Kindes. Oft genug werden Kinder krank zur Schule geschickt; daher wird die Schule mit Unrecht ein Infektionsherd. Die Entwicklung der Schülerin wird durch das vorzeitige Tragen des Korsetts arg beeinflußt. Leipzig hat von Staats wegen die Form der Schulkleidung schnittmustermäßig festgesetzt. Auch das sexuelle Gebiet muß namentlich bei den reiferen Schulkindern in Betracht gezogen werden. Durch das Storchmärchen wird nichts Gutes gestiftet. Es muß durch eine sachgemäße Aufklärung dem Kinde eine einfache Vorstellung der biologischen Vorgänge beigebracht werden, um alle sündhaften Phantasien und sexuellen Anomalien ihm auszumerzen.

Notizen.

Wien, 2. Dezember 1905.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung demonstrierte zunächst Prof. Hochenegg mehrere Fälle von Dauerheilung nach Exstirpation von Darmkarzinomen; er hat diese Operation, da es sich ausschließlich um Individuen in vorgeschrittenem Lebensalter handelte, zweizeitig und stets mit vorzüglichem Resultate ausgeführt. — Hierauf stellte Dr. Rud. Paschkis einen Patienten vor, der die seltene Kombination von symmetrischer Lipomatose und Neurofibromatose aufweist. Die Haut zeigt die charakteristischen Pigmentationen und Atrophien; der Kranke ist dement und kyphotisch. — Sodann demonstrierte Dr. Wimmer einen hühnereigroßen, dunkel gefärbten, geschichteten Darmstein, welcher durch Laparotomie aus dem untersten Ileum entfernt worden ist, nachdem er zu Erscheinungen heftigster Obstipation geführt hatte und palpatorisch festgestellt worden war. Als Komplikation fand sich ein Gallertkarzinom des Zökum im Narbengewebe nach einem tuberkulösen Ulkus. — Schließlich referierte Dr. Offer über Untersuchungen, welche er zur Nachprüfung der Drexlerschen Angaben über das Vorkommen von Jecorin in den Organen angestellt hat; er fand in Übereinstimmung mit Meinertz, daß der genannte Körper ein Kunstprodukt aus Lecithin und Zucker darstelle. Über seine Untersuchungen in bezug auf Dipentosamin wird Vortr. seinerzeit berichten.

(Universitätsnachrichten.) Privatdozent Dr. Vinzenz Lepkowski in Krakau ist zum a. o. Professor der Zahnheilkunde an der dortigen Universität ernannt worden. — In einer der letzten Sitzungen des böhmischen Landtages ist eine von Jaksch für die deutsche, von Celakowsky für die böhmische Universität gezeichnete Resolution vorgelegt worden, in welcher Abhilfe gegen die räumlichen Mängel dieser Universitäten gefordert wird. Der Statthalter erwiderte, daß in den vom Reichsrate für das Jahr 1906 zu bewilligenden Krediten auch die Neubauten für die beiden Universitäten berücksichtigt worden seien. Tatsächlich sollen die Aussichten auf bauliche Ausgestaltung der beiden Hochschulen derzeit nicht ungünstig sein. — Dr. A. Kuttner in Berlin ist zum Professor für Laryngologie ernannt worden. — Dr. Josef Markowski hat sich als Privatdozent für Anatomie an der medizinischen Fakultät der Universität in Lemberg habilitiert. — Die neue gynäkologische Klinik in Jena ist am 21. v. M. eröffnet worden.

(Auszeichnungen.) Der Primararzt im allgemeinen Krankenhause in Wien Prof. Dr. Eduard Lang hat das Kommandeurkreuz des dänischen Danebrog-Ordens, der Inspektionsarzt der Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft Dr. Emil Wechsler die französische Dekoration „Officier de l'instruction publique", der praktische Arzt in Karlsbad Dr. Adolf Ritter den Titel eines Oldenburgschen Medizinalrates erhalten.

(Militärärztliches.) Ob.-St.-A. I. Kl. Dr. Bartholomäus Smatla ist in den Ruhestand versetzt und ihm bei diesem Anlasse der Ausdruck der Allerhöchsten Zufriedenheit bekannt gegeben worden. — Die Oberärzte und DDr. Josef Barlók, Béla Kesserü, Béla Merey, Béla Mészáros und Johann Fornetescu sind zu Regimentsärzten II. Kl. ernannt worden.

(Ärztekammer für Niederösterreich.) Das Präsidium dieser Kammer sendet uns folgende Mitteilung: Infolge der in der Sitzung des n.-ö. Landtages vom 7. November 1905 von Seite des Landesausschusses Scheicher über die Ärzte gemachten beleidigenden Bemerkungen brachte der Delegierte der n.-ö. Ärztekammer für den Landessanitätsrat, Kammerpräsident Dr. List, in der Sitzung des n.-ö. Landessanitätsrates vom 20. November einen bezüglichen Antrag ein. Ferner hat sich die n.-ö. Ärztekammer der Protestkundgebung der Wiener Ärztekammer vom 23. November vollinhaltlich mit dem Bemerken angeschlossen, daß sich die n.-ö. Ärztekammer wegen der speziellen unbegründeten Angriffe gegen den Ehrenrat weitere Schritte vorbehalte. Der Vorstand der n.-ö. Ärztekammer hat ferner in gemeinsamer Sitzung mit dem Arbeitsausschusse der freien Organisation der Gemeindeärzte Niederösterreichs und der Gesamtorganisation der Ärzte in Niederösterreich mit Stimmeneinhelligkeit weitergehende Beschlüsse gefaßt, welche nach Genehmigung seitens der Kammer veröffentlicht und durchgeführt werden.

(Medizinische Vereinigungen.) Während auf dem europäischen Kontinente allerorts medizinische Spezialkongresse und Tagungen gleichwie die medizinischen Vereinigungen der Vertreter einzelner Disziplinen üppig in die Halme schießen, geht man — wie uns berichtet wird — in London daran, die daselbst bestehenden medizinischen Gesellschaften zu einem großen Körper zu vereinigen. Schon in den nächsten Tagen werden die Royal Medical and Chirurgical Society und die Clinical Society mit sämtlichen spezialistischen Vereinigungen in Fühlung treten, um eine große Royal Society of Medicine zu begründen, welcher alle bisherigen Spezialvereine als Sektionen angehören sollen. Trotz der beabsichtigten Zentralisierung soll die Selbständigkeit der Sektionen in weitgehendem Maße gewahrt bleiben, jedoch von Zeit zu Zeit, und zwar mehrmals im Jahre, eine gemeinschaftliche Sitzung aller Abteilungen stattfinden. Wenn man bedenkt, daß es in London derzeit fast 5000 vereinsangehörige

Ärzte gibt, darf man wohl auf die Leistungen einer so riesigen und über so große Mittel verfügenden Körperschaft gespannt sein, wie es eben die neue Vereinigung aller Ärzte Londons sein wird.

(Ein Kongreß zur Bekämpfung der ungesetzlichen Ausübung der Heilkunde) wird vom 30. April bis 3. Mai 1906 in Paris stattfinden. Die Tagesordnung umfaßt nicht bloß die Besprechung von Maßnahmen gegen gewerbsmäßige Kurpfuscher (Naturärzte, Magnetiseure, Heilgehilfen, Masseure, Barbiere, Apotheker, Optiker etc.), sondern auch Vorträge über Abwehrmaßregeln gegen die Übergriffe fremdländischer Ärzte und Zahnärzte sowie gegen die Überhandnahme der wissenschaftlichen Reklame in der Tagespresse.

(Den ALVARENGA-Preis) des College of Physicians in Philadelphia für das Jahr 1905 hat Dr. CHALINERS WATSON in Edinburgh für seine Arbeit „Die Bedeutung der Diät, eine experimentelle Studie von einem neuen Standpunkte" erhalten.

(Forensisches.) Die „Med. Ref." berichtet über einen Gerichtsfall, der kürzlich einen preußischen Ehrengerichtshof beschäftigt hat und ohne Frage allgemeines Interesse beansprucht. Er betraf die Frage nach der Pflicht des Arztes, bei zeitweiliger Einstellung seiner Tätigkeit einen Vertreter beizustellen. Ein Arzt in B. hatte seit Monaten einen Pat. an den Folgen einer komplizierten Fraktur im Fußgelenke, die regelmäßigen Verbandwechsel in 2- bis 3tägigen Intervallen notwendig machte, behandelt. Ohne für Weiterbehandlung des Kranken Sorge zu tragen, trat er nun plötzlich eine Reise an. Der Patient ließ erst nach mehreren Wochen einen Arzt holen, der das Bein amputieren mußte. In der Folge kam es zwischen dem Patienten und dem ersten Arzte zu einem Zivilprozesse wegen des Honorars, und dieser Prozeß erst gab die Veranlassung dazu, daß dieser Arzt wegen Verletzung seiner Berufspflicht von dem Ehrengerichte seiner Provinz zur Verantwortung gezogen und wohl mit Recht verurteilt wurde.

(Ärzte in Rußland.) Ein Meeting der Petersburger Ärzte hat, wie die „Berl. kl. W." meldet, den Beschluß gefaßt, in den Streik einzutreten. In Hospitälern wird wohl im Interesse des Proletariats der Dienst weiter zu führen, von jeder ärztlichen Hilfeleistung aber jeder auszuschließen sein, der sich im Dienste der Regierung der Freiheitsbewegung widersetzt. — „Non in omnes omnia convenit" kann man wohl von diesen Ärzten sagen, die das erste ärztliche Gebot, der Hilfeleistung für den Hilfsbedürftigen, hintansetzen und aus der Verweigerung ihrer Leistungen politisches Kapital schlagen wollen.

(Statistik.) Vom 19. bis inklusive 25. November 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7860 Personen behandelt. Hiervon wurden 1601 entlassen, 151 sind gestorben (8·6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 118, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 6, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 136, Scharlach 77, Masern 162, Keuchhusten 95, Rotlauf 26, Wochenbettfieber 2, Röteln 5, Mumps 3, Influenza —, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 618 Personen gestorben (+ 34 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Nürnberg der Sekundararzt am dortigen städtischen Krankenhause Dr. FELIX FRÄNKEL, ein hochbegabter junger Kollege; in Oxford der große Physiologe Sir JOHN BURDON SANDERSON.

In Karl Konegens Verlag in Wien erschien soeben: Professor Dr. MORITZ BENEDIKT, Aus meinem Leben. Die Redaktion behält sich eine eingehende Besprechung dieses Werkes in einer der nächsten Nummern vor.

Privat-Heil- und Entbindungsanstalt „Hera", Wien. Im Juli d. J. wurde eine Privat-Heil- und Entbindungsanstalt, Wien, IX/4, Löblichgasse 14, in der Nähe des Jubiläums-Theaters unter dem Namen „Sanatorium Hera" eröffnet, welche allen Anforderungen der modernsten hygienischen Einrichtungen entspricht und bei mäßigen Preisen für Frauen zur normalen oder operativen Entbindung und für sämtliche medizinisch-chirurgische Krankheitsformen bestimmt ist. Die Neugeborenen können bei der Mutter verbleiben oder sie werden durch die Anstalt entsprechend untergebracht und versorgt. Es stehen zwei mit den allerneuesten Behelfen ausgestattete Operationssäle den Herren Ärzten zur Verfügung und verlohnt es sich, diese Musteranstalt einer Besichtigung zu unterziehen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

v. Bergmann u. v. Bruns, Deutsche Chirurgie. Lief. 46 c. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 23·40.

F. Schilling, Kompendium der ärztlichen Technik. 2. Aufl. Würzburg 1906, A. Stuber.

Eug. Neter, Mutterpflicht und Kindesrecht. München 1906. Otto Gmelin. — M. 1·20.

A. Liebmann, Vorlesungen über Sprachstörungen. 6. Heft. Berlin 1906, O. Coblentz. — M. 2·40.

Cl. Webster, Die Plazentation beim Menschen. Berlin 1906, O. Coblentz.

Auerbach, Die Typhusepidemie in Detmold. München und Berlin 1905, R. Oldenbourg. M. 1·50.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 4. Dezember 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Priv.-Doz. Dr. MAX HERZ: Licht und Luft in der Therapie.

Chirurgischer Demonstrationsabend.

Mittwoch, den 6. Dezember 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der II. chirurgischen Klinik. Zu demselben haben die praktischen Ärzte freien Zutritt. Einladungen werden nicht versandt.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 7. Dezember 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik v. SCHRÖTTER.

I. Demonstrationen. — II. Dr. BAUER: Versuche über Assimilation von Milchzucker und Galaktose beim Gesunden und Kranken. (Vorläufige Mitteilung.)

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der heutigen Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Valyl"** und **Farbenfabriken** vormals **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Alypin"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 10. Dezember 1905. Nr. 50.

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin

Redigiert von Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Aus Skodas Klinikum.

Von **Prof. Dr. M. Heitler.**

Nach dem Tode meines Lehrers, des Professors LÖBEL, des Mitarbeiters und ersten Assistenten SKODAS, bin ich in den Besitz von Schriften gelangt, welche, von LÖBELS Hand geschrieben, mit Ausnahme eines sehr geringen Teiles, das geistige Eigentum SKODAS bilden. Der Inhalt der Schriften erstreckt sich auf das ganze Gebiet der klinischen Medizin in kurzen oder längeren Bemerkungen, in kürzeren oder längeren Abhandlungen, letztere meistens in Vorlesungsform; sie beginnen im Jahre 1841 und schließen mit dem Jahre 1854. Ich werde die in den Schriften zerstreuten Angaben über physikalische Semiotik anderen Ortes zusammenfassend mitteilen, ich werde daselbst auch auf Entstehung und Zweck der Schriften näher eingehen und das Eigentum SKODAS begründen; hier sei aus denselben einiges angeführt.



Leukozytose bei Pneumonie.

Die Vorlesung, in welcher SKODA die Leukozytose bei Pneumonie erwähnt, hat die Überschrift: Fieber bei Resorption pneumonischer Infiltrate, Pyämie dabei.

„Man kann bei Resorption pneumonischer Infiltrate (und pleuritischer Exsudate), wiewohl anscheinend kein eitriges Zerfallen der Infiltrate anzunehmen ist, Fieberbewegungen eintreten und andauern sehen, so lange bis der größte Teil des Infiltrates beseitigt ist.

Laut Erfahrung ist dies die Periode, wo Metastasen zu erwarten stehen, die günstigen auf die Parotis, die ungünstigen als lobuläre Pneumonien entweder in früher gesund gewesene oder in die bereits infiltrierten Lungenteile — der Leichenbefund erweist nämlich mitten unter Partien von resorbiertem Infiltrate einzelne eitrig zerfallende Stellen und der klinische Befund wies auf Erscheinungen der Pyämie hin.

Man kann den Befund zwar auch so deuten, als ob während der Resorption des einen Teiles des Infiltrates andere eitrig zerfielen, und sicher mag sich dies häufig so verhalten, aber für viele Fälle hat die erste Annahme (von dem sekundären metastatischen Ursprunge jener lobulären Infiltrate innerhalb der infiltrierten Stelle) ihre Gültigkeit, wo sich nicht nur in der infiltrierten, sondern auch in der gesunden Lunge jene lobulären Herde und nebenbei auch Parotitiden vorfinden. Es scheint sogar, daß bei Resorption ausgedehnter Infiltrate die Blutmasse die Beschaffenheit „bei Leukämie“ annimmt. Die Sache ist noch nicht vollständig eruiert, insofern die bisherige Zusammenstellung der Fälle von Leukämie eine besondere Erkrankung der Milz mitverlangt — doch scheint es, daß Leukämie auch als Folgezustand von rasch zur Resorption gelangten Infiltraten eintreten könne.“

Das Jahr, in welchem SKODA diese Mitteilung machte, konnte nicht genau bestimmt werden: 1851 oder 1852.

Herzperkussion.

„Da die Quantität des im Herzen angesammelten Blutes so vielen Veränderungen unterworfen ist, da sich danach auch die größere oder geringere Ausbreitung des dumpfen Perkussionsschalles in der Herzgegend richten muß, so gehört die so minutiöse Bestimmung der Herzgröße zu den Charlatanerien und ist jede Kontrolle zwischen dem Volumen desselben Herzens noch im lebenden und dann im toten Zustande schlechterdings unmöglich. Wie sehr schwanken schon die Messungen des normalen Herzens, je nachdem man mehr oder weniger anzieht, die Differenzen gehen fast an 1 Zoll. Wollte man strenge zu Werke gehen, so müßte man für jede Körperstatur eine Skala für die Herzgröße von der Jugend bis ins Alter haben. Wie sehr ändert sich nicht die Größe je nach der Kontraktion der Herzwände; bei Anämischen, Tuberkulösen ist das Herz auffallend klein. Zur Bestimmung der Herzgröße gehört, daß man eine bedeutende Anzahl von Herzen verglichen hat.“

* * *

„Die Erfahrung, daß man bei Hydropneumothorax erst tief unter dem Flüssigkeitsniveau einen gedämpften Per-

kussionsschall erhält, weil durch die Flüssigkeit hindurch noch die elastische Luft in Schwingungen versetzt wird, hat auch in gewissem Grade bei Ausmessung des Herzens ihre Richtigkeit. Es ist die genaue Bestimmung der Herzform ganz unmöglich, denn die Perkussion hängt auch in der Gegend des Herzens von der Rippenwand und von der Verteilung der hindurchtönenden Luft im Thorax oder von einer größeren oder geringeren Disposition derselben zur Schwingung ab — man kann demzufolge auch nie die ganz genaue Umschreibung eines hepatisierten Teiles usw. angeben. So tönt eine gespannte Saite bei der geringsten Berührung, während eine schlaffe auch bei stärkster Zerrung keinen Ton von sich gibt."

* * *

„Bei der Perkussion der Herzgegend muß man wissen, daß die in der Nähe liegende Lunge schon mitschallt und daß der perkutierte Körper größer anzunehmen ist als der dumpfe Perkussionsschall geht. Die Kenntnis der anatomischen Lage in Verbindung mit der Perkussion läßt jedoch die Form bestimmen. Ferner wird die Größe des Herzens zu bestimmen sein durch Klappenfehler; man weiß aus der pathologischen Anatomie, daß bei Hypertrophie eines der Ventrikel die Konsequenzen dieselben sind. Es kann sich also nur um die Bestimmung des Grades der Hypertrophie und Erweiterung handeln und natürlich wird dies nicht auf Linien gehen, sondern nur im allgemeinen. Schon im Kadaver kann man den Durchmesser einer Herzhöhle um einen halben Zoll, ebenso den Durchmesser der Wandungen variieren lassen. Auch wird das Herz im Tode kleiner, als es im Leben war."

* * *

„Die Größe der Hypertrophie (des Herzens) ist nur beiläufig zu bestimmen und sie genau messen zu wollen immer etwas Überflüssiges, denn die angrenzenden Organe — Magen, Lunge — haben Einfluß auf Perkussion. Die Ausmittlung der Hypertrophie bis auf Linien ist schon am Kadaver schwierig, wenn man nämlich verschiedentlich anzieht. Das Ganze ist eine bloße Spielerei."

* * *

„Die Dämpfung des Perkussionsschalles ist nur ein beiläufiges Maß für die Größe des Herzens."

* * *

„Die Ausdehnung des dumpfen Perkussionsschalles ist nicht das absolute Maß für die Größe des Herzens, sondern es gehört zur Bestimmung derselben: 1. die Perkussion; 2. die Stelle und 3. Umfang des Herzstoßes; 4. Bestimmung der Anheftungspunkte der großen Gefäße (Auskultation).

Über die relative Größe der Ventrikel belehrt uns nur: 1. die Vergrößerung des Perkussionsschalles in die Länge oder Breite und 2. Vergleichung der Klappen (Töne oder Geräusche) in den verschiedenen Höhlen; so wird bei Insuffizienz des Bicuspidalis und der Stenose der rechte Ventrikel erweitert sein müssen."

Diese Angaben Skodas stammen aus dem Jahre 1842. Ich habe Skoda als Student in den Jahren 1867 und 1868 gehört; ich habe einen großen Teil seiner Vorlesungen stenographiert und bin noch im Besitze derselben, ich entnehme einer Vorlesung folgendes:

„Die Stelle der Herzspitze zu finden ist manchmal leicht, manchmal aber schwierig. Wenn man die Stelle der Herzspitze genau weiß, kann man daraus viele Schlüsse ziehen. Erstens bezüglich der Lage des Herzens. Die Basis des Herzens ist gewöhnlich unter dem Brustbein entsprechend der Anheftung der 3. Rippe; sie kann allenfalls etwas höher oder tiefer liegen, aber die Abweichung ist keine bedeutende. Man wird demnach die Länge des Herzens beurteilen. Diese Beurteilung ist nicht schwierig .... Die Länge des Herzens wird hauptsächlich bestimmt durch Konfiguration des linken Ventrikels. Der rechte Ventrikel ist dem linken angelagert in der Art, daß nur in den Fällen, wo der rechte Ventrikel enorm ausgedehnt ist, der rechte Ventrikel selbst die Spitze bildet oder zur Bildung derselben beiträgt. Wenn wir den rechten Ventrikel bestimmen wollen, müssen wir der Breite nach perkutieren. Wenn die Dämpfung über das Brustbein hinausgeht, so weiß man, daß der rechte Ventrikel breiter geworden ist. Es handelt sich hier nicht um die Angabe von Linien; es ist genug, zu sagen, das Herz ist größer, sehr groß oder das Herz hat die normale Größe."

Hypertrophie des Herzens bei Klappenfehlern.

Man hat die Hypertrophie bei Klappenfehlern als ein Heilbestreben der Natur angesehen, doch würde sich hierdurch die Natur wenig auszeichnen — alles ist eine mechanische Notwendigkeit.

Momentane Insuffizienz der Aortaklappen.

Wenn die kleinen Arterien eine größere Resistenz bieten, so ist es denkbar, daß der Druck des Blutes auf die Aorta proportionell größer ist und die semilunaren Klappen für ihn nicht ausreichen, in den Ventrikel umschlagen und momentan insuffizient werden.

Fortleitung der Töne und Geräusche.

..... Wenn die in gehöriger Anzahl (wenigstens 32) sich wiederholenden Stöße gleichartig sind und regelmäßig aufeinander folgen, so erhält man einen Ton; sind aber die erregten Stöße mannigfach, so daß sie sich nicht kombinieren, sich nicht gegenseitig verstärken, sondern sich im Gegenteile teilweise aufheben, so entsteht der Schall, der ein Kompositum ist von verschiedenen Schallwellen. Es ist aber auch begreiflich, daß sich die Töne in eine weitere Entfernung fortpflanzen werden als der Schall, daher man von einem Wasserfall noch in der Ferne einen dumpfen gedehnten Ton wahrnimmt, während die anderen Komposita — Schalle — nur in der Nähe gehört werden und dann den Gesamteindruck des Rauschens hervorbringen.

Deshalb hört man die Herztöne im allgemeinen viel weiter als die Geräusche; unter den Geräuschen werden ferner jene weiter hörbar sein, welche sich einem gedehnten Ton nähern; dies ist der Fall z. B. mit dem Schnurren, das man weiter hört als die blasenden Atmungsgeräusche; ein gedehntes Herzgeräusch — dem Ton ähnlich — hört man weiter als ein blasendes, und nach diesem Gesetze werden von einem Schall (als einem Kompositum) manche Teile des Geräusches wahrnehmbar sein, während die anderen unserem Ohre entgehen.

Aus der I. medizin. Abteilung des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien.

Zur Diagnostik der Herzthromben.

Von **Prof. Dr. J. Pal.**

Die Frage, ob Herzthromben klinisch überhaupt diagnostizierbar sind, ist bereits wiederholt aufgeworfen worden und hat namentlich das Interesse der älteren Ärzte erregt. Im allgemeinen ist die Erkennung der Thromben sehr schwierig, und doch gibt es Fälle, in welchen sich die Annahme von Herzthromben aufdrängt. Im folgenden will ich zwei Beobachtungen mitteilen, in welchen ich intra vitam Herzthromben angenommen habe, die sich bei der Obduktion auch tatsächlich vorfanden. Es sind dies nicht die einzigen Fälle, in welchen sich die Diagnose auf Herzthromben als richtig erwiesen hat, doch räume ich den hier zu schildernden Beobachtungen eine Sonderstellung ein, weil sie Thromben des

linken Ventrikels betreffen und auch hinsichtlich ihrer Natur zusammengehören.

Herzthromben[1]) sind an und für sich keine seltenen Befunde am Leichentisch, doch betreffen sie meist das rechte Herz oder den linken Vorhof, in welchen beiden Herzabschnitten mit Rücksicht auf die in denselben häufig vorkommende Stauung bzw. Verlangsamung des Kreislaufs eine der günstigsten Bedingungen für ihre Entstehung gegeben ist. Thromben des linken Ventrikels sind dagegen seltener und sind am häufigsten in Herzwandaneurysmen zu finden. STRAUCH[2]) fand in 55 Fällen von Herzaneurysmen 36mal Herzthromben verzeichnet.

Die Pathogenese der wandständigen Thromben, denn nur diese habe ich hier im Auge, ist in mancher Beziehung noch zu klären. Ihre Entstehung wird im linken Ventrikel einerseits verlangsamter Strömung namentlich in lokalen Erweiterungen (Herzaneurysmen) und andrerseits Erkrankungen des Endokards bzw. Einbeziehung des Endokards in muskuläre Erkrankungsherde zugeschrieben. Die Erkrankung des Endokards ist wohl in beiden Fällen das ausschlaggebende Moment.

Für die Diagnose von Thrombenbildung in den Herzhöhlen haben LAËNNEC[3]), BOUILLAUD[4]), STOKES[5]), WALSHE[6]), GERHARDT[7]), RICHARDSON[8]) u. a. Kennzeichen angegeben, mit Hilfe derer man imstande sein soll, das Vorhandensein von Thromben zu erkennen. Selbstverständlich kann aber von ihrer Diagnostizierbarkeit nur insoferne die Rede sein, als sie in den Rahmen der Krankheitserscheinungen treten und ihr Vorhandensein in den physikalischen oder funktionellen Zeichen zum Ausdruck gelangt.

LAËNNEC[9]) gab für die Diagnose der Herzthromben folgende Weisung: „Lorsque chez un malade, qui jusque là avait présenté des battemens du cœur réguliers, ceux-ci deviennent tout-à-coup tellement anormaux obscurs et confus, qu'on ne peut les analyser, on peut soupçonner la formation d'une concrétion polypiforme, si ce trouble n'a lieu que d'un seul côté, la chose est à peu près certaine."

BOUILLAUD[10]), der diese letztere Bedingung LAËNNECS als eine geradezu unmögliche bezeichnet, hat jene Erscheinungen, welche gestatten, bei mit Endo- oder Perikarditis behafteten Kranken Herzthromben zu vermuten, wenn nicht positiv zu erkennen, folgendermaßen zusammengefaßt:

Stürmische Herzschläge mit dumpfen oder einfach blasenden oder auch pfeifenden Geräuschen, Erstickungsgefühl, Orthopnoe, venöse Kongestion, in manchen Fällen Bewußtseinsverlust mit Koma, ferner stertoröses Atmen mit und ohne konvulsivischem Zucken, Kleinheit des Pulses, Kühle der Extremitäten.

Es sind dies zwar nicht die einzigen Merkmale, die für Herzthromben angeführt wurden, im wesentlichen kehren aber die gleichen Angaben auch in den Schilderungen späterer Autoren wieder. Speziell bezüglich der klinischen Zeichen der Thromben des linken Herzens entnehme ich einer Arbeit von RICHARDSON[11]) folgendes:

Die Symptome, welche die Gerinnselbildung im linken Herzen bedingen, weichen in mancher Beziehung von denen im rechten Herzen ab. Die Dyspnoe ist suffokativ mit Expektoration von Schleim, dem manchmal Blut beigemischt ist. Der Körper ist kalt und bleifarbig. Heftige Konvulsionen und Koma treten hinzu, der Tod erfolgt plötzlich oder in einigen Stunden. Auch hier bieten die physikalischen Zeichen nichts Besonderes. Die Töne sind weniger intensiv und voll als im Normalzustande. Der Herzchok dagegen ist heftiger, stürmischer, irregulär und differiert hierdurch von jenem, der sich bei rechtseitigen Gerinnungen findet. Die Lungen sind hier nie emphysematös, aber stets kongestioniert. Die Dyspnoe ist nicht die synkopale, sondern ähnelt mehr dem pneumonischen Typus. Der Sitz der Oppression ist in den Lungen, wie sich die Kranken ausdrücken.

ROSENBACH[12]) äußert sich gewiß nur mit Recht über die Symptome der Herzthromben, daß sie „natürlich nie so charakteristisch sind, daß sie von den Erscheinungen der bloßen Herzschwäche ohneweiters zu differenzieren wären".

Meine beiden Beobachtungen sind die folgenden:

I. M. A., 41 Jahre alt, Hausbesorgerin. Aufgenommen den 7. Oktober 1904.

Anamnese: Die Pat. soll bis vor 11 Jahren nie krank gewesen sein. Damals litt sie an Gesichtsrose. Vor 3 Jahren hatte sie heftige Schmerzen im linken Ellbogen ohne Fieber, Weihnachten 1903 angeblich Pleuritis. Sie stand zu früh auf, bekam hierauf eine Herzbeutelentzündung, fieberte hoch und hustete viel. Nach 14 Tagen verließ sie wieder das Bett. Nachher heftiges Herzklopfen beim Treppensteigen, auch beim Gehen Atemnot und Angstgefühl. Das Blut steige ihr ins Gesicht.

Die gegenwärtige Krankheit soll vor 3 Wochen mit Schwellung der Füße begonnen haben, die aber nach zwei Tagen wieder schwand. Pat. fühlte sich im übrigen wohl und konnte ihre Arbeit verrichten. Seit 1. Oktober wären die Füße wieder angeschwollen, nehme der Bauchumfang zu, sie gehe wieder schlechter, die Harnmenge sei gering. Menstruation vom 13. Lebensjahr bis vor 3 Jahren. Pat. war nie gravid, negiert Lues. Potus bis 3 Liter Bier pro Tag.

Stat. praes. vom 8. Oktober: Die Kranke ist mittelgroß, grazil, mäßig gut genährt. Temp. 36·4. Das Gesicht gerötet, auch die sichtbaren Schleimhäute. Venenektasien im Gesichte. Die Pupillen reagieren. Die Halsvenen treten hervor, pulsieren jedoch nicht positiv. Die Rachengebilde sind leicht gerötet. Der Thorax ist mittellang, mittelbreit, wenig gewölbt.

Lungengrenzen: R. v. V. Interkostalraum, links III. Rippe, rückwärts normal, verschieblich. Perkussionsschall normal. Auskultatorisch: Rauhes Atmen, rückwärts vereinzeltes kleinblasiges, nicht klingendes Rasseln, auch Knisterrasseln.

Herz: Herzgegend vorgetrieben, Spitzenstoß in der Axillarlinie V. Interkostalraum. Dämpfung: III. Rippe, rechter Sternalrand. Auskultationsbefund: Systolisches Geräusch an der Herzspitze, leises systolisches Geräusch an der Pulmonalis, der zweite Ton daselbst akzentuiert, an der Aorta und Tricuspidalis zwei Töne. Bigeminie.

Die Radialarterie enge, nicht geschlängelt. Puls klein, arhythmisch, 82, Spannung 100 Ton. Der Bauch ist aufgetrieben, enthält etwas freie Flüssigkeit. Die Leber reicht bis zwei Finger unter den Rippenbogen, die Milzdämpfung ist vergrößert. Harnmenge vom 7. Oktober 2200 cm^3, spez. Gew. 1100, Eiweißgehalt 1‰ Esb. Kein renales Sediment.

Verlauf: Auf Diuretin und Digitalis, dann Diuretin und Strophantustinktur Steigerung der Diurese, Abnahme der Herzdämpfung und der Ödeme. Spannung 80—85. Puls 82—104. Temp. 36·1—36·6.

Am 11. Oktober an Stelle des Bigeminus Pulsus alternans 132. Am 12. Oktober Puls 128. Temp. 36·4. An den folgenden Tagen wieder 100—84 Pulse.

Am 16. Oktober — der einzige febrile Tag — früh Temp. 38·0. Puls 98, Ton. 90, Resp. 20; nachm. Temp. 37·3.

Am 20. Oktober geringe Cyanose, wieder Ödeme in der Malleolargegend. Herzbefund: Spitzenstoß nicht tastbar. Herzgrenzen: Unterer Rand der III. Rippe, Mitte des Sternums, V. Interkostalraum zwei Finger außerhalb der Mamillarlinie. Bigeminie. Perikardiales Reiben. Temp. 36·8, Puls 96. Harnmenge 900, spez. Gew. 1010, Eiweißgehalt 3‰ Esb.

[1]) Literatur in THOREL, Pathologie der Kreislaufsorgane, in LUBARSCH-OSTERTAG, Ergebnisse der allgem. Pathologie, 1903, IX. Jahrg., I.
[2]) Aneurysma cordis. Zeitschr. f. klin. Medizin, 1900, Bd. 41.
[3]) Traité de l'auscultation médiate etc.; revid. von ANDRAL, Paris 1837, IV. Aufl., Bd. 3.
[4]) Traité clinique des maladies du cœur. Paris 1835, Bd. 2, pag. 613.
[5]) Diseases of the heart and aorte. London 1854.
[6]) Diseases of the heart, London 1873, IV. Ed.
[7]) Würzburger med. Zeitschr., Bd. 4, pag. 150.
[8]) Lectures on fibrinous deposition in the heart. Brit. med. Journ., 14. Jan. 1860 usf.
[9]) L. c. Bd. 3, pag. 299.
[10]) L. c. pag. 614 und Fußnote.
[11]) Nach CANNSTATT, Jahresbericht, 1860, Bd. 3, pag. 167.
[12]) Herzkrankheiten. Wien-Leipzig 1897, pag. 179.

Am 24. Oktober: Herzdämpfung an der II. Rippe beginnend, reicht nach rechts 2 *cm* über den rechten Sternalrand. Linke Grenze unverändert. Das Reibegeräusch weniger deutlich. Temperatur 36·7, Puls 104. Harnmenge 300, spez. Gew. 1010, Eiweißgehalt $2^1/_2$ $^0/_{00}$ Esb.

Bis zum 29. Oktober nehmen die perikardialen Erscheinungen noch zu, dann schwinden sie in wenigen Tagen unter steigender Diurese. Während des ganzen Verlaufes keine Temperatursteigerung. Die Ödeme gehen zurück, die Kranke befindet sich subjektiv wohl. Die Herzdämpfung beginnt wieder an der III. Rippe, nach rechts reicht sie noch $^1/_2$ *cm* über den rechten Sternalrand, der Spitzenstoß ist im V. Interkostalraum tastbar, etwas außerhalb der Mamillarlinie. Auskultatorisch: Kurzes systolisches Geräusch an der Herzspitze, kein Reibegeräusch hörbar. Der Puls ist arhythmisch, 108—112.

Am 5. November verlangt die Pat. ihre Entlassung, obwohl ernstlich abgeraten wird.

Am 17. November 1904 kehrt sie zu uns zurück. Sie ist dyspnoisch, cyanotisch, hat bedeutende Ödeme und Aszites. Die Hals- und Kopfvenen sind geschwellt, in beiden Lungen rückwärts unten Rasseln und Knistern.

Herzbefund: Spitzenstoß nicht tastbar. Herzdämpfung: III. Rippe, rechter Sternalrand, V. Interkostalraum fingerbreit außerhalb der Mamillarlinie.

Auskultationsbefund: Unreiner erster Ton an der Herzspitze, ebenso an der Pulmonalis, der zweite Ton daselbst akzentuiert. Systolisches Geräusch an der Tricuspidalis. Temp. 36·7, Puls 132, rhythm., Ton. 100, Resp. 28. Harnmenge 800 cm^3, spez. Gew. 1010, Eiweißgehalt $2^0/_{00}$ Esb.

Am 19. November, früh 8 Uhr: Puls 112 a, Ton. 90, Resp. 24; nachm. 12 Uhr 30 Min.: Puls 120, Ton. 120, Resp. 28, unmittelbar nach einem kurzdauernden Anfall von Atemnot mit Angstgefühl ohne Schmerzen mit sternalem Druckgefühl; nachm. 4 Uhr 30 Min.: Puls 126, Ton. 90, leichte Dyspnoe anhaltend.

Am 20. November $^1/_2$5—$^1/_2$7 Uhr früh fünf diarrhoische Stühle unter Bauchschmerzen. Die fünfte Entleerung enthält blutigen Schleim beigemengt. Die Schmerzen werden im Bauch lokalisiert, später auch im Epigastrium.

Um 7 Uhr 30 Min. steigern sich die epigastrischen Schmerzen, Puls 124, Ton. 110, Resp. 50. Intensive Cyanose der Lippen und Finger, Dyspnoe, Herzdämpfung vom rechten Sternalrand bis zur vorderen Axillarlinie. 0·0005 Digitoxin subkutan. Früh 8 Uhr: Puls 124, Ton. 115, Resp. 44. Sehr heftige Schmerzen im Epigastrium und in der Nabelgegend. Abdomen stark aufgetrieben. Von Tct. op., Tct. Bellad. aa. 15 Tropfen. 8 Uhr 25 Min.: Puls 112, Ton. 110. Schmerzen anhaltend. 8 Uhr 30 Min.: Puls 132, Resp. 44. Puls klein. Temp. 36·6. 9 Uhr: Puls 140, Resp. 52. Nachm. 4 Uhr: Puls 120, Ton. 105, Resp. 38. Puls klein, rhythmisch, nur epigastrische Schmerzen. Cyanose anhaltend, Dyspnoe. Temp. 36·8. Harnmenge 700, spez. Gew. 1020.

21. November früh erbricht die Patientin 1100 cm^3 einer schwarzbraunen Flüssigkeit. Die Schmerzen im Epigastrium sind gering. Dyspnoe, Cyanose anhaltend, halbsitzende Position.

Herzdämpfung beginnt an der II. Rippe, reicht nach rechts bis zur Parasternallinie, Spitzenstoß im V. Interkostalraum innerhalb der Dämpfungsgrenze, die nach links zur vorderen Axillarlinie hinausgerückt ist. Herzaktion arhythmisch, an allen Ostien dumpfe Töne. Das Abdomen über dem Niveau des Thorax. Die Magengegend oberhalb der von den Kleidern herrührenden Schnürfurche vortretend. Unterbauch gespannt, überall tympanitisch, auch in den Flanken, druckempfindlich. Leberrand nicht feststellbar.

21. November, früh 8 Uhr: Puls 120 a, Ton. 90, Resp. 38, Temp. 36·5. Adrenalin intern; mittags 12 Uhr: Puls 136, Resp. 40; nachm. 4 Uhr: Puls 190, Ton. 50, Resp. 36, Temp. 36·6; abends 10 Uhr: Puls 132, rhythmisch, Ton. 50, Resp. 40. 0·0005 Digitoxin.

Tagsüber wiederholt schwarzbraune Massen erbrochen. Dyspnoe und Cyanose anhaltend. Abdomen stärker aufgetrieben.

Harnmenge 300, spez. Gew. 1020.

Am 23. November, früh 8 Uhr: Temp. 36·9, Puls 104, Resp. 52; 8 Uhr 30 Min. Puls 120, Ton. 40, Resp. 48.

Pat. liegt mit geschlossenen Augen, ist leicht benommen, jedoch völlig orientiert, Pupillen weit, starr. Cyanose bedeutend, Puls kaum fühlbar, Herztöne sehr leise.

9 Uhr 15 Min.: Exitus unter Entleerung von schwarzbraunen Massen durch Mund und Nase.

Wir hatten es somit bei der 41jährigen Frau, die schon vor der Aufnahme eine Perikarditis gehabt haben soll, mit einer Rezidive dieser Krankheit zu tun. Kaum gebessert, kehrte die Kranke, die sich keine Schonung auferlegen wollte, nach Hause zurück, um alsbald mit gesteigerten Beschwerden von Seite des Zirkulationsapparates sich wieder bei uns einzufinden. Bald darauf trat eine Verschlimmerung ein, die mit einer akuten Steigerung der Cyanose und bedeutender Herzinsuffizienz einsetzt und alsbald von den manifesten Erscheinungen einer Embolie der Arteria mesenterica superior gefolgt wird. Die Embolie dieser Arterie war vermöge der klar zutage liegenden klinischen Zeichen unzweifelhaft. Es war sonach die Quelle des Embolus zu suchen. In Betracht kamen diesbezüglich Endokarditis oder Herzthromben. Bestimmte Anhaltspunkte für den Bestand einer Endokarditis lagen zwar in der Anamnese nicht vor, doch war dieselbe nach dem Herzbefund nicht auszuschließen.

Was aber in diesem Falle ungewöhnlich erschien, das war das Einsetzen der kritischen Ereignisse mit einer akuten Steigerung der Cyanose, die mir einen ganz eigenartigen Eindruck machte und mich veranlaßte, an Herzthromben zu denken. Die eben abgelaufene Perikarditis schien mir entsprechend den allgemeinen Erfahrungen dieser Annahme nur günstig zu sein.

Obduktionsbefund (Obduzent Hofrat Prof. Dr. A. WEICHSELBAUM):

Fibröse Verdickung mehrerer Stellen des Epikard nach Perikarditis, schwielige Verdickung zahlreicher Stellen des Endokards im rechten und linken Ventrikel mit Bildung eines partiellen Aneurysma im linken Ventrikel nach Myomalazie, Thromben im Aneurysma.

Embolie der Arteria mesenterica superior und der ileocolica mit hämorrhagischer Infarzierung fast des ganzen Ileum nebst partieller Nekrose der Wand des letzteren und Hämorrhagie in die Bauchhöhle, frischere und vernarbte Infarkte in Milz und Nieren, exzentrische Hypertrophie des rechten Ventrikels. Stauungsleber. Chron. parenchymatöse Nephritis beiderseits. Ödem der unteren Extremitäten. Chronischer Magenkatarrh. Kompressionsatelektase der Unterlappen beider Lungen.

Die Quelle der Thromben war also im linken Ventrikel gelegen und durch ein infolge eines myomalazischen Herdes entstandenes partielles Aneurysma bedingt, das mit bereits organisierten Thrombenmassen ausgefüllt war, die in den Ventrikel hineinragten. Die Kranzgefäße waren vollständig intakt.

* * *

Ich hatte vor kurzem wieder Gelegenheit, die in dieser Beobachtung gemachte Erfahrung anzuwenden.

II. F. A., 66 Jahre alt, Schneider. Vom 30. August bis 23. September 1905 an der Abteilung.

Anamnese: Vater an Gicht, Mutter an Altersschwäche gestorben. Pat. hat im 28. Lebensjahre nach einer Verletzung eine Knochenkrankheit der linken Hand gehabt, war sonst bis zum 62. Jahre gesund. Damals durch 5 Wochen, dann im 64. Jahre durch 22 Wochen Gelenkrheumatismus. Ein halbes Jahr nach dieser Krankheit stellten sich Atemnot bei schwerer Arbeit und Herzklopfen ein. Diese Erscheinungen schwanden jedoch wieder. Seit etwa 5 Wochen Asthmaanfälle. Pat. hat 10 solcher Anfälle bisher gehabt von etwa halbstündiger Dauer. Seit 14 Tagen sind die Beine ödematös. Potus und Lues werden geleugnet. Mäßiger Raucher.

Stat. praes.: Klein, gut genährt, Muskulatur schlaff. Pat. ist in halbsitzender Position, Sensorium frei, Gesichtsfarbe braunrot, cyanotisch. Die Haut der linken Wade entzündlich gerötet, Ödem der Bauchdecken und der unteren Extremitäten.

Temp. 37, Puls 132, leicht arhythmisch, Spannung 125 Ton. Arterienwand weich, Resp. 30 dyspnoisch. Hals kurz, Halsvenen gestaut, pulsieren nicht.

Thorax breit, gut gewölbt, Lungengrenzen: rechts vorne V. Rippe, links vorne III. Rippe, rückwärts normal. Atmung vesikulär, verlängertes Exspirium, spärliches Rasseln.

Herz: Spitzenstoß nicht scharf abgrenzbar, diffuse Erschütterung im V. und VI. Interkostalraum bis zweifingerbreit außerhalb der Mamillarlinie. Herzdämpfung: III. Interkostalraum, rechter Sternalrand, nach links die Spitzenstoßerschütterung nicht überschreitend. Die Herzaktion leicht arhythmisch. Auskultationsbefund: An der Herzspitze kurzes systolisches Geräusch, dessen Intensität gegen die Basis abnimmt. Der zweite Pulmonalton akzentuiert.

Abdomen im Thoraxniveau, seitlich gedämpft, zeigt Schallwechsel. Leber reicht bis vier Finger unter den Rippenbogen, Oberfläche derselben glatt, nicht empfindlich. Der TRAUBEsche Raum ist gedämpft. Milzdämpfung verbreitert.

Harnbefund: Nach Darreichung von Diuretin und Digitalis: Tagesmenge 3800, spez. Gew. 1007, Spuren von Nukleo- und Serumalbumin, kein Sediment.

Aus dem Verlaufe sei folgendes erwähnt:

In den ersten Tagen nach der Aufnahme bei genügender Diurese besserte sich das Befinden des Pat. unter sinkender Spannung (Ton. 90—95). Der Puls blieb arhythmisch, sank auf 96, um wieder auf 126 (vorübergehend bei Dyspnoe 140) zu steigen.

Am 5. September verzeichnen wir bereits wieder Zunahme der Ödeme, das systolische Geräusch an der Herzspitze ist weniger deutlich hörbar. Bis zum 11. September erhielt der Pat. Theophyllin oder Diuretin und Digitalis.

Am 12. September, früh 8 Uhr wurden an der Radialis 112 arhythmische Pulse gezählt, Spannung 100, Resp. 28.

Um 8 Uhr 30 Min. setzt ein Anfall von akuter Cyanose und Tachykardie ein. Dabei ist die subjektive Atemnot nicht beträchtlich gesteigert, auch klagt der Patient über keine subjektiven Herzbeschwerden. Der Körper ist mit Schweiß bedeckt. Puls 180 (auch am Herzen gezählt), graphisch aufgenommen Pulsus alternans, Resp. 32, Spannung 90 Ton.

Herzbefund: Spitzenstoß 2½ Fingerbreit außerhalb der Mamillarlinie. Herzdämpfung: oberer Rand der IV. Rippe, fingerbreit über den r. Sternalrand, Spitzenstoß. Auskultatorisch: An der Herzspitze systolisches Geräusch, sonst dumpfe Töne, die zweiten Töne nicht akzentuiert. Pendelrhythmus.

Früh 8 Uhr: Puls 112 a, Ton. 100, Resp. 28. 8 Uhr 30 Min.: Puls 180 a, Ton. 90, Resp. 32. 8 Uhr 40 Min.: Puls 180 a, Ton. 85, Resp. 32. 11 Uhr: Puls 180 a, Ton. 90, Resp. 28. Nachm. 4 Uhr: Puls 180 a, Ton. 90, Resp. 28.

13. September, früh 8 Uhr: Puls 144 a, Ton. 85, Resp. 26. Nachm. 4 Uhr: Puls 144 a, Ton. 105, Resp. 26.

14. September, früh 8 Uhr: Puls 174, Ton. 85, Resp. 26. Nachm. 4 Uhr: Puls 152, Resp. 26.

15. September, früh 8 Uhr: Puls 108 a, Ton. 95, Resp. 24. 11 Uhr: Puls 144 a. Nachm. 4 Uhr: Puls 126 a.

16. September, früh 8 Uhr: Puls 108, Resp. 36.

Die Herzmittel wurden am 12. ausgesetzt. Am 13. September wurde 2 × 15 Tropfen Strophantustinktur ohne Wirkung gegeben, dagegen erwies sich Morphin in kleinen Gaben anscheinend wirksam. Am 17. September verzeichnen wir 114—120 rhythmische Pulse. Spannung 100, Resp. 36.

Am 18. September tritt unter wieder zunehmender Cyanose Lungenödem mit hämorrhagischem Auswurf ein. Puls 114, Ton. 90 bis 100, Resp. 30.

In den nächsten Tagen hält dieser Zustand an. Die Dyspnoe steigert sich zur Orthopnoe, der Puls steigt bis 140. Therapie: Digitoxin, Strophantus, Plumb. acet. bas. sol.

Am 23. September, 3½ Uhr nachm. Exitus.

Das Bild, das der Kranke bei der Aufnahme bot, war das einer beginnenden Herzinsuffizienz. Der Befund am Herzen, die bedeutende Vergrößerung des linken Herzens, sprach für Herzhypertrophie bei Arteriosklerose mit anorganischer Mitralinsuffizienz, während man mit Rücksicht auf den vorausgegangenen Gelenkrheumatismus mit der Möglichkeit rechnen mußte, daß auch anatomische Veränderungen an der Mitralklappe vorhanden sein dürften. Die Temperatur war stets normal.

Am 12. September morgens setzt plötzlich mit akuter, eigenartiger Cyanose und Herzerweiterung ein tachykardischer Anfall ein. Ich sprach sofort die Vermutung aus, daß hier Herzthrombose vorliege. Bestimmend war für mich die rasch auftretende eigenartige Cyanose neben den akuten Herzerscheinungen.

Obduktionsbefund (Obduzent Priv.-Doz. Dr. O. STOERK).

Atherom der Aorta leichten Grades, Atherom der Koronargefäße mit Thrombosierung des linken etwa 3 *cm* unterhalb der Einmündungsstelle. Aneurysma partiale cordis mit Thrombose. Embolien der Äste der Art. pulmonalis. Multiple Infarktbildung. Infarktnarben der Milz. Stauungsinduration der Parenchyme. Gastrointestinale Stauung. Rezentes Ulcus duodeni. Atrophie der Gallenblase aus Lithiasis.

Das Herz in allen Durchmessern vergrößert, im Bereiche der Vorderfläche des linken Ventrikels der Herzbeutel umschrieben adhärent. Die Wand des linken Ventrikels unten, in dem vorderen Anteile und gegen die Spitze zu schwielig verändert, gegen die Spitze hin das gleichmäßig getrübte Endokard von schwarzen Thrombenmassen bedeckt. Die schon an ihrer Abgangsstelle ziemlich enge linke Koronararterie erscheint in der angegebenen Höhe durch eine etwa 1 *cm* lange, der Wand adhärierende, blasse Thrombenmasse fast völlig obturiert, unterhalb dieser Stelle das Lumen leer, die Arterie kollabiert.

Die anatomischen Verhältnisse waren somit in diesem Falle ganz ähnliche wie in dem erstgeschilderten Fall. Auch hier war es ein sogenanntes Herzaneurysma, in welchem sich Thromben, wenn auch in geringerem Umfange wie im ersten Falle, so doch in ganz analoger Anordnung gebildet hatten. Außerdem bestand hier noch eine Arteriosklerose der Koronargefäße mit frischer, autochthoner Thrombosierung.

Das Gemeinschaftliche unserer beiden Fälle ist das Vorhandensein eines Herzmuskelaneurysma. Veränderungen dieser Art und Dimension entziehen sich bisher vollständig unserem diagnostischen Einblick (vgl. STRAUCH). Sie können, wie vielfache Erfahrung lehrt, lange Zeit getragen werden, ohne wesentliche Störungen zu bedingen. Dasselbe gilt auch von den Thrombenmassen, die sich in den übrigens zumeist nur ganz seichten Kavitäten dieser Aneurysmen bilden und dieselben ausfüllen. Besondere Momente müssen es daher erst sein, durch welche solche Thromben prägnante Symptome bedingen und ihr Vorhandensein vermuten lassen. Es ist dies gewiß dann der Fall, wenn sie in das Lumen der Herzhöhle hineinragen und dadurch die Zirkulation im Ventrikel stören.

Wir müssen daher den Gang der Ereignisse so auffassen, daß Herzschwäche die Zunahme der Thrombenbildung begünstigte[12]) und durch diesen Umstand die Thromben eine plötzliche Störung im Betrieb des linken Herzens ausüben konnten.

Dieses rein mechanische Moment bedingt die rasch zunehmende Cyanose, die so sinnfällig ist und auch das ganz Ungewöhnliche in meinen beiden Fällen dargestellt hat. Ich glaube daher, daß dieses Moment als ein wesentliches Merkmal zur Erkennung der Herzthromben bezeichnet werden kann.

Schließlich will ich noch hervorheben, daß in beiden Fällen auch Anfälle von Tachykardie mit Pulsus alternans verzeichnet sind, deren Beziehung zur Grundkrankheit nicht leicht zu präzisieren ist, aber immerhin in engerem Zusammenhang mit derselben stehen dürfte und daher auch hervorgehoben werden soll.

---

[12]) ANDRAL bemerkt schon (LAENNEC-ANDRAL, l. c. pag. 300), es sei wohl maßgebend, ob die Thrombenbildung rasch oder langsam erfolge.

Über Pulsdruckmessung.

Von **Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun**, Wien.

Die klinische Methodik hat, Skodas leuchtendem Beispiele folgend, mit Glück und Erfolg physikalische Grundlagen aufgesucht. In jedem einzelnen Zweige der Medizin ist dieser Standpunkt nutzbringend vertreten worden, er hat, zumal auf diagnostischem Gebiete, auch des Internisten Wissen und Können vermehrt. —

Eine physikalische und darum exakte Methode schien vor allen anderen die Sphygmographie. Lieferte sie doch zahlenmäßige Angaben über gewisse Eigentümlichkeiten des Pulses und war ihr bestechendes Resultat die Bestimmung zeitlicher und räumlicher Änderungen, die mit dem Blutdrucke in naher Relation standen, denn die sphygmographische Kurve ist eine Blutdruckkurve. Und doch mußten Deutung und Bedeutung dieser Kurve daran scheitern, daß sie zunächst nur dem Zeitwerte nach zu bestimmen war, denn „der Maßstab, mit welchem ihre Ordinaten gezeichnet sind, blieb vorläufig unbekannt". „Unzweideutige Aufschlüsse — sagt Sahli — gibt das Sphygmogramm eigentlich bloß über Verschiedenheiten der Pulsfrequenz und des Pulsrhythmus, sowie über Größenanomalien einzelner Pulswellen in der Kurve. Alles andere ist mehrdeutig."

Der Kliniker hat sich daher alsbald wieder mehr oder weniger von der Sphygmographie abgewandt, insofern sie ihm den erhofften Aufschluß über den funktionellen Zustand des Herzens bringen sollte, und andere Mittel gesucht, um sich gegebenenfalls ein Urteil über Grad und Ursache einer vorhandenen Kreislaufstörung zu bilden.

Diesem Gedankengange wollten u. a. die verschiedenen Methoden der Blutdruckmessung Rechnung tragen.

Um z. B. die Arbeit der linken Kammer zu berechnen, müssen wir nämlich Druck und Geschwindigkeit des Blutes in der Aorta sowie die bei jeder Systole herausgetriebene Blutmenge bestimmen. Wir wissen aber, „daß die Arbeit der Kammer zum weitgrößten Teile dazu benutzt wird, den Widerstand im Gefäßsystem zu überwinden, und daß nur ein ganz kleiner Teil dazu gebraucht wird, der Blutmasse die stattfindende Geschwindigkeit zu erteilen". Als wichtigeres Maß zur Beurteilung der Herzarbeit bleibt uns daher der arterielle Blutdruck übrig, zumal er zum Schlagvolum des Herzens in naher Beziehung steht.

Da es nicht möglich ist, am Lebenden den Aortendruck direkt zu bestimmen, muß sich der Kliniker mit Messungen an peripheren Arterien begnügen. Der Fehler, dem er sich hierdurch aussetzt, ist aber nicht allzugroß, denn der Druck nimmt nach hydrodynamischen Gesetzen im arteriellen Systeme im allgemeinen nur langsam ab und erst in den kleinsten Arterien und Kapillaren muß durch den großen Widerstand in denselben ein namhafter Verbrauch an Treibkraft erfolgen.

Der Blutdruck ist bei einem und demselben Individuum abhängig von der Energie der Herzens, dem Widerstande in den Gefäßen und der Menge des zirkulierenden Blutes.

Wenn wir nun, etwa durch Messung an der Radialis (v. Basch), Brachialis (Riva-Rocci), der Digitalarterie (Gärtner), das systolische Maximum eines Pulses oder nach Mareys, Mossos, Hills oder Barnards Verfahren, wie es am wahrscheinlichsten ist, den diastolischen Blutdruck bestimmt haben, sind wir dann auch nur einigermaßen in der Lage, uns ein Bild von dem Zustande des Herzens im gegebenen Zeitmomente zu entwerfen? Wir müssen diese Frage verneinen, insolange die Faktoren, von welchen der Blutdruck abhängt, nicht durch ein geeignetes Verfahren mitbestimmt oder wenigstens in einer entsprechenden Weise in Rechnung gezogen werden können.

Einige Beispiele werden am besten zeigen, wie verschieden die Faktoren sind, von denen der Blutdruck abhängt: Wenn die in der Zeiteinheit vom Herzen geförderte Blutmenge infolge geringerer Herzenergie[1]) abnimmt, sinkt der Blutdruck. Dasselbe muß stattfinden, wenn der Widerstand in den Gefäßen abnimmt (weil das Blut dann leichter gegen die Peripherie abfließt), trotzdem die Blutmenge, welche bei niedrigerem Gefäßtonus von der linken Kammer herausgetrieben wird, im allgemeinen größer ist als die bei höherem Drucke geförderte. Jedenfalls treibt das Herz bei einem Widerstande von gewisser Stärke weniger Blut aus als bei einem geringeren Widerstande. Sinken des Blutdrucks kann nun aber auch durch geringere Speisung des Herzens bedingt sein. Die erwähnten Relationen lassen sich — natürlich in physiologischen Grenzen — auch umkehren. Sodann bedarf das Herz, da bei steigendem Druck auch die Dehnbarkeit der Arterien abnimmt, bei höherem Druck einer größeren Anstrengung, um die gleiche Blutmenge auszutreiben, als bei einem niedrigeren Drucke. Die gleiche vom Herzen geförderte Blutmenge kann somit im arteriellen Systeme verschiedene Drucke erzeugen. Es kann also bei höherem Arterientonus schon ein geringeres Schlagvolum einen relativ höheren Druck herstellen. Schließlich sorgt eine Reihe von regulierenden Mechanismen in unserem Körper dafür, daß der Blutdruck auch bei wechselnder Füllung der Gefäßhöhle in engen Grenzen verbleibt.

Die Zahl, welche aussagt, daß der systolische oder der diastolische Blutdruck in einem gegebenen Momente eine bestimmte Höhe besitze, läßt uns daher völlig im unklaren über alle Variabeln der Blutdruckgleichung und in dem Umstande allein, daß wir z. B. wissen, der arterielle Maximaldruck betrage in einem Falle von Aorteninsuffizienz in einem gegebenen Momente 150, besitzen wir auch nicht die geringste Handhabe zur Beurteilung der Herzarbeit und der Herzleistung des betreffenden Individuums.

Wir könnten nun versuchen, uns dadurch ein Bild von dem Herzzustande eines Individuums zu verschaffen, daß wir dasselbe, nachdem wir einmal seinen Blutdruck bestimmt haben, unter Verhältnisse bringen, die eine Änderung des Blutdrucks herbeiführen und so Vergleichswerte schaffen, die irgendwelche Rückschlüsse zulassen. Ein solcher Fall tritt z. B. ein, wenn wir die Versuchsperson etwa körperliche Arbeit verrichten lassen, was erfahrungsgemäß ändernd auf den Blutdruck einwirkt, ändernd naturgemäß nach Maßgabe des Herzzustandes des betreffenden Individuums. Aber auch so gewinnen wir nicht viel mehr als einen gänzlich undeutbaren Hinweis auf die gleichzeitig eingetretene Änderung der Herzarbeit. „Wenn ich — sagt Hürthle — weiß, daß der mittlere Blutdruck eines Menschen bei einer Untersuchung 100, nach einer bestimmten Einwirkung 90 *mm* Hg beträgt, so kann ich zwar sagen, daß im letzteren Falle die treibende Kraft für den Blutstrom kleiner ist, allein über die Ursache der Veränderung und den Zustand der Strömung läßt sich damit noch nichts aussagen."

Wir haben auch noch zu bedenken, daß die Blutdruckmessung, wenn sie in einer der üblichen Arten ausgeführt wird, bloß Maximum- oder Minimumwerte ergibt. Abgesehen davon, daß wir, was sicherlich von größerer Bedeutung wäre, als die Bestimmung des systolischen oder des diastolischen Wertes, über den mittleren Blutdruck auf solche Weise nichts erfahren, ist auch noch zu berücksichtigen, daß die Maxima und die Minima durchaus nicht parallele Schwankungen aufweisen müssen, da ihre zentralen und peripheren Ursachen zur selben Zeit in gleichem und in entgegengesetztem Sinne (Aorteninsuffizienz) variieren können.

Wir erkennen daraus neuerlich, wie unzulänglich alle durch die üblichen Blutdruckmessungen gewonnenen Werte sind.

In jüngster Zeit haben es nun einige Forscher versucht, im Einzelfalle neben dem Maximaldrucke auch die anderen

[1]) Als Maß der Energie des Herzens oder der Herzleistung gilt die Blutmenge, welche das Herz in der Zeiteinheit in das arterielle System hinaustreibt. Dies gilt unter der Voraussetzung unveränderten Widerstandes in den Gefäßen.

Werte der Pulswelle, vor allem Maximal- und Minimaldruck zugleich, zu bestimmen, ein Verfahren, daß sie als Pulsdruckmessung, Bestimmung der pulsatorischen Druckschwankung, als erweiterte Sphygmomanometrie, oder wenn dies an der Hand der sphygmographischen Kurve geschieht, als Methode der Eichung der sphygmographischen Kurve bezeichnet haben.

Wir erfahren hierdurch folgendes:

Jede Systole bewirkt bei einem bestimmten Minimaldrucke in einer bestimmten Zeit einen bestimmten Druckanstieg und wiederum in einer bestimmten Zeit einen Druckabfall zum ursprünglichen Niveau. So erhalten wir also ein mehr oder weniger richtiges Bild vom Druckablauf im Arteriensystem, und da wir den Mitteldruck in Aorta und Radialarterie als nahezu gleich setzen dürfen, so haben die erhaltenen Zahlen auch für den Druckablauf in der Aorta Geltung.

Kann man nun aber — und darauf kommt es uns ja vor allem an — aus den so gewonnenen Zahlen, unter Annahme eines mittleren Wertes für den Aortenquerschnitt, die mittlere Stromgeschwindigkeit des Blutes sowie das Schlagvolum des Herzens und hieraus die Herzarbeit berechnen, die, wie wir schon gehört haben, gleichzusetzen ist Schlagvolum × arteriellem Blutdruck?

Die Bedeutung der pulsatorischen Druckschwankung ist zuerst von Hürthle hervorgehoben, dann von Hensen, Sahli und Strasburger betont, zuletzt in trefflicher Weise von Fellner diskutiert worden.

Untersuchen wir Blutdruck einerseits, pulsatorische Druckschwankung andrerseits bei einem Individuum in Aufrechtstellung und in horizontaler Rückenlage desselben. Im Liegen strömt das Blut leichter in die Venen ab und rascher wieder zum Herzen zurück, das Herz erhält daher in der Zeiteinheit ein größeres Blutquantum und kann nun auch mehr Blut auswerfen. Die dadurch bedingte Mehrleistung im Liegen wird u. a. durch die geringere Schlagzahl sofort aufgehoben, der mittlere Blutdruck bleibt unverändert. Die pulsatorische Druckschwankung aber läßt die durch Änderung der Schlagvolumina bewirkte Änderung der Kreislaufsverhältnisse durch Änderung der Minima und Maxima und der Kurvenform (s. weiter unten) deutlich erkennen. Die durch einfache Blutdruckmessung gewonnenen Werte der Maxima allein kehren nach kurzen Schwankungen um die Urprungslage früher oder später zu derselben zurück; über die inzwischen eingetretene Änderung der Kreislaufsverhältnisse können wir aus denselben also direkt nichts Wesentlicheres erfahren.

Die pulsatorische Druckschwankung[*]) gibt uns ein wirkliches Bild von dem Druckablauf in der Aorta während einer Herzrevolution. Es gelingt daher auch an der Hand der pulsatorischen Druckschwankung, den Puls sicher als Pulsus celer oder als Pulsus tardus zu qualifizieren, was mit dem Sphygmogramm allein, dessen Ordinatenwerte nicht bekannt sind, unsicher erscheint.

Auch auf das Schlagvolum des Herzens ist aus der pulsatorischen Druckschwankung ein Rückschluß zulässig. Hoorweg nämlich hat experimentell und rechnerisch bewiesen, daß der Flächeninhalt der Pulskurve und das Schlagvolum einander proportional sind. Die Kurve des Pulsschlags hat in der Hauptsache Dreieckform. Bei Dreiecken mit gleicher Grundlinie ist der Flächeninhalt proportional der Höhe des Dreiecks. Unter der zulässigen Annahme der Gleichheit des Systolen- resp. der Kurvenbasis darf man also sagen: Das Schlagvolum ist der Höhe der Pulskurve proportional. Nun gestattet uns aber erst die Bestimmung des diastolischen neben dem systolischen Blutdrucke, die sphygmographische Kurve auszuwerten und ihre wirkliche Höhe zu bestimmen. Daß sich hierbei unberechenbare Reflexionen störend bemerkbar machen können, hat Strasburger genügend hervorgehoben, doch kommt dies weniger in Betracht, wenn die Messungen an dem nämlichen Individuum in genügend kurzen Zeitintervallen vorgenommen werden.

Die pulsatorische Druckschwankung belehrt uns sodann über das gegenseitige Verhalten des Schlagvolums des Herzens und die Ausdehnbarkeit der Arterien (wenn auch nicht über den absoluten Wert beider Größen), denn das Schlagvolum des Herzens muß größer sein (Hürthle, Roy), wenn es denselben Druckzuwachs auf ein höheres Ausgangsniveau aufzusetzen hat, als wenn der diastolische Druck niedriger ist. Allerdings kann Sklerose der Gefäße in gleicher Weise den diastolischen Druck beeinflussen wie Erhöhung des Gefäßtonus und könnte die pulsatorische Druckschwankung bei relativ hohem Ausgangsniveau trotz elastischer peripherer Arterien niedrig ausfallen, wenn das Schlagvolum des Herzens stark herabgesetzt ist, was bei Sklerose des Anfangsteils der Aorta und Veränderung des Myokards der Fall sein wird. Doch dürften sich solche Fehlerquellen in jedem Einzelfalle durch anderweitige klinische Untersuchung ausscheiden lassen.

Ebenso wird eine andere Lücke der ausgewerteten Pulskurve, die darin zu suchen ist, daß zwei Systolen, welche die gleiche Blutmenge aus dem Herzen heraustreiben, bei gleichem Initialdrucke im arteriellen System je nach der Plötzlichkeit der Herzkontraktion den Blutdruck in verschieden hohem Grade steigern, durch gleichzeitige kardiographische Registrierung des Spitzenstoßes auszufüllen sein.

Über die Geschwindigkeit des Blutstromes in der Aorta können wir allerdings auch aus der pulsatorischen Druckschwankung direkt nichts erfahren, und damit muß der Versuch, die Herzarbeit direkt zu berechnen, trotz der Erweiterung unserer Methodik erfolglos bleiben. Ein solcher Versuch scheitert eben, wie Sahli hervorhebt, daran, daß das Blut aus einem in den nächstfolgenden Aortenquerschnitt nicht gegen einen konstanten Druck resp. auf das Niveau des Minimaldrucks austießt, sondern gegen einen stetig wechselnden Druck, in dem die mannigfachen rechtläufigen und rückläufigen Wellen, welche im Arteriensystem unaufhörlich interferieren, zum Ausdrucke kommen.

Jedenfalls aber haben wir — und das ist überaus wichtig — in Übereinstimmung mit Kronecker und Hamel im Pulse die Transformation eines Teiles der lebendigen Kraft des Herzens und ein richtiges Maß für die Zirkulationsgröße zu erkennen, das uns nunmehr in der pulsatorischen Druckschwankung in bestimmbaren Werten vor Augen tritt.

Aus der Größe der pulsatorischen Druckschwankung werden wir schließlich nach dem Gesagten in viel einwandfreierer Weise als durch die Sphygmographie und Sphygmomanometrie allein die Änderungen der Herzarbeit vor und nach therapeutischen Maßnahmen wie in den verschiedenen Stadien einer eingetretenen Herzinsuffizienz resp. zurückgekehrten Suffizienz erkennen und beurteilen lernen. Sahli, Strasburger und Fellner haben diesen diagnostischen Weg bereits betreten und den Wert der erweiterten Sphygmomanometrie an konkreten Fällen zu erweisen vermocht.

Ist nun die Bestimmung der pulsatorischen Druckschwankung von solchem Werte für die Klinik, wie gestaltet sich die Technik des so jungen Verfahrens?

Mühsam, voll Anforderungen an die Geduld des Untersuchten und zu Untersuchenden und dazu noch reich an mannigfachen Fehlerquellen.

Die Auswertung der sphygmographischen Kurve hat zuerst Hensen versucht. Er legt an einem Arme den Sphygmographen an, an dem andern das Sphygmomanometer von Riva-Rocci, läßt nun zunächst das Sphygmogramm schreiben und bestimmt den systolischen Blutdruck, indem er den Manschettendruck notiert, bei welchem der Radialispuls unfühlbar wird. Nun wird der Blutdruck dadurch gesteigert, daß ein Gehilfe die Bauchaorta komprimiert, bis der Femoralpuls verschwindet, und gleichzeitig wird wiederum der Blut-

[*]) Resp. das von Sahli aus derselben konstruierte absolute Sphygmogramm.

druck bestimmt. Man erhält so zwei Sphygmogramme und zwei Blutdruckmessungen, die eine bei niedrigerem, die andere bei höherem Maximaldruck. Schließlich wird zur Kontrolle die Aortenkompression wiederholt. Der erste Blutdruckwert entspricht der Ordinate des unteren, der zweite jener des oberen Kurvengipfels. Da für den Fall, als die Kurven nicht zu hoch geschrieben sind, der sphygmographische Ausschlag den wahren Druckwerten proportional ist, läßt sich, nunmehr zwei Ordinaten ihrem absoluten Werte nach bekannt sind, der Druckwert für jeden einzelnen Punkt der Kurve berechnen.

Bei inäqualen und bei inspiratorisch kleiner werdenden Pulsen geht HENSEN so vor, daß er die Drucke bestimmt, welche den größeren und den kleineren Pulsen entsprechen; der den größeren Pulsen entsprechende Druck ist dann abzulesen, wenn alle Pulse peripher von der Manschette verschwinden. Läßt man nun einen geringeren Druck auf die Manschette einwirken, so werden auf der Seite des Sphygmomanometers weniger Pulse gefühlt, als das Sphygmogramm gleichzeitig auf der andern Seite registriert, da ja die niedrigen Pulse ausfallen. Der Manschettendruck entspricht dann der Druckhöhe der höchsten unter diesen ausgefallenen Kurvengipfeln und man kann demnach, indem man im Sphygmogramm die niedrigsten Pulse aufsucht, den Kurvengipfel bestimmen, welcher diesem niedrigeren Manschettendruck entspricht. Nun kennt man wiederum zwei Ordinaten nach ihrem wahren Werte und kann alle anderen Ordinaten des Sphygmogramms berechnen.

HENSENS Methode [*]) mit Aortenkompression ist gerade an Herzkranken, deren Sphygmogramm am notwendigsten zu qualifizieren wäre, undurchführbar und zudem auch seinen Zahlenwerten nach fehlerhaft; das zweite Verfahren setzt geeignete Fälle voraus, die nicht immer zu finden sind.

Eine zweite von v. RECKLINGHAUSEN ausgearbeitete Methode kann gleichfalls der Kritik nicht standhalten. Auch v. RECKLINGHAUSEN verwendet die RIVA-ROCCIsche Manschette, füllt dieselbe jedoch mit Wasser und kann nun mit einem Tonographen die in der Manschette eintretenden Druckschwankungen graphisch registrieren.

Um ihre Füllung variieren zu können, ist die Manschette mit einer Pumpe in Verbindung. v. RECKLINGHAUSEN versucht es nun mit einem Verfahren, das er das „Verfahren der Treppenkurven" nennt, das Sphygmogramm in natürlichen Verhältnissen zu erhalten, d. h. dasselbe auszuwerten. Seine Versuchsanordnung ist von SAHLI in geistvoller Weise diskutiert und als unzureichend erklärt worden. Die Methode scheitert — meint SAHLI — vor allem daran, daß mit zunehmender Kompression unberechenbare Veränderungen der Tonographen-Exkursion durch Änderung der Reflexion unterhalb der komprimierenden Manschette eintreten müssen; denn die Pulswelle tritt auch dann noch unter die proximale Fläche der Manschette ein, wenn sie am peripheren Ende derselben unterdrückt ist. Daher spielt sich die Wirkung der Wellenreflexion nicht bloß oberhalb der Manschette, sondern zu einem Teile auch innerhalb der Manschette und im Tonographen ab. Je stärker die Stauung ist, desto mehr lebendige Kraft wird mit jeder Welle auf Manschette und Tonographen übertragen. Neben dem die Exkursion des Tonographen steigernden Einfluß der zunehmenden Arterienkompression kommt aber auch noch ein vermindernder Faktor in Betracht, da ein immer größer werdender Teil der Kurvenbasis der Übertragung auf den Tonographen entzogen wird, und diese interferierenden Einflüsse müssen nun bei den verschiedenen Druckhöhen in verschiedener, nicht näher bestimmbarer Weise den Tonographenausschlag beeinflussen. Es existiert also keine bestimmte Beziehung zwischen dem absoluten Werte der Tonographenexkursion und der betreffenden arteriellen Druckschwankung.

In einwandfreier Weise mißt SAHLI mittelst des RIVA-ROCCIschen Sphygmomanometers sowohl den Maximaldruck als den Minimaldruck, indem er den Puls peripher von der Kompressionsstelle durch einen JAQUETschen Sphygmographen schreiben läßt und den Maximaldruck dann notiert, wenn das Sphygmogramm in eine gerade Linie übergeht, den Minimaldruck in dem Momente, wo die Kurvenhöhe abzunehmen beginnt resp. das Wellental eine mehr abgeplattete Form annimmt.

Die Methode STRASBURGERS ist jener SAHLIS ebenbürtig. Man geht hier so vor, daß man mit RIVA-ROCCIS Manschette bis zu einem Überdruck komprimiert, d. h. bis der Puls peripher von der Manschette verschwunden ist, dann läßt man das Manometer sinken und notiert die Höhe, bei der der erste schwache Pulsschlag erscheint. Indem man nun das Quecksilber steigen und sinken läßt, findet man leicht den maximalen Druck. Nun läßt man mit dem Drucke so lange nach, bis die Pulswelle an Größe nicht weiter zunimmt, steigert und senkt den Druck abwechselnd und findet so deutlich den Zeitpunkt des Kleinerwerdens des Pulses. In diesem Augenblicke ist der diastolische Blutdruck erreicht.

Beide Methoden, sowohl jene von SAHLI als auch die Methode STRASBURGERS, setzen sehr große Übung und einen hohen Grad von manueller Geschicklichkeit voraus. Ist doch zu bedenken, daß man es bei SAHLIS Anordnung gleich mit zwei nicht leicht zu handhabenden Instrumenten zu tun hat und daß es überaus schwer fällt, einerseits auf die Unverändertheit der Lage des Sphygmographen und auf den Blutdruckapparat, andrerseits auf die so kleinen Unterschiede zu achten, die aber beachtet, ja genauestens qualifiziert werden müssen, soll die Methode verwertbare Resultate liefern. Und wenn man, was in noch höherem Maße für STRASBURGERS Vorschrift gilt und sich sicherlich bei Herzaffektionen oft ereignen wird, die Kompression einmal oder wiederholt unterbrechen muß, um den Kranken zu schonen, ist man dann auch nur einigermaßen sicher, daß die abgelesenen Maxima und Minima aufeinander bezogen werden dürfen?

Die Eichung des Sphygmogramms ist nun aber in einer von mir versuchten Modifikation in etwas rascherem Tempo und an jedem Kranken durchführbar. Ich gehe von der Tatsache aus, daß der Übergang von Aufrechtstellung resp. sitzender Stellung in horizontale Rückenlage eine vorübergehende Änderung (zumeist Steigerung) des Blutdrucks zur Folge hat und bestimme nun ein Maximum (durch Kompression bis zum Verschwinden des Radialpulses) in Aufrechtstellung, dann aber ein zweites Maximum, nachdem ich den Kranken in horizontale Rückenlage gebracht, durch weitere Kompression bis zum neuerlichen Verschwinden des wieder aufgetauchten Radialpulses. Das kann ohne jedwede Kraftleistung resp. Muskelanstrengung des Untersuchten auf einem verstellbaren Operationstische oder in einem der bekannten Krankenstühle mit verstellbarer Rückenlehne und verstellbaren Fußteilen geschehen, auch, in minder einwandfreier Weise, indem man den am Bettrande sitzenden Kranken sich langsam, ihn unterstützend, zurücklegen läßt und seine unteren Extremitäten auf das Bett hinaufhebt. Der Arm mit den beiden Instrumenten (Manschette, Jaquet) liegt auf der Armlehne des Krankensessels oder auf einer verschiebbaren Stützvorrichtung in unveränderter Haltung. So gewinnt man zwei Maxima des Sphygmogramms, die sich dann, wie es bei HENSENS Verfahren geschieht, zur Auswertung des gleichzeitig registrierten Sphygmogramms verwenden lassen.

Befolgt man die Vorschrift SAHLIS, den Sphygmographen so anzulegen, daß die Lage der Pelotte von der durch die Änderung der Körperlage veränderten Gefäßfüllung des Armes nicht beeinflußt wird, so läßt sich gegen diese Methode wohl kein Bedenken erheben. Die ganze Manipulation wird recht einfach, wenn man statt des Sphygmographen einen GÄRTNER-

*) Eine eingehende und lehrreiche Diskussion dieser sowie der folgenden Methoden findet sich in der mehrfach zitierten Publikation von SAHLI: „Über das absolute Sphygmogramm etc.".

schen Pulskontroller verwendet. — Über den weiteren Fortgang dieser Untersuchungen, welche vielleicht geeignet sind, die Bestimmung des Herzzustandes ein wenig zu erleichtern, werde ich seinerzeit berichten.

Über Pneumothorax.

Klinische Vorlesung des **Prof. Skoda** in Wien.*)

Unter Pneumothorax versteht man bekanntlich die Ansammlung von Luft oder Gas im Pleurasacke.

Er kommt vor bei Tuberkulose, wenn sich Kavernen bilden, und zwar häufiger bei kleinen als bei großen Kavernen, weil diese sich im Zentrum der Lunge entwickeln und sich gegen die Oberfläche zu erweitern, und da findet in der Mehrzahl der Fälle eine Anheftung an die Kostalpleura früher statt oder die Wandung der Kaverne wird so schwielig, daß eine Berstung der Lunge nicht erfolgt. Wenn aber die Schmelzung an der Oberfläche der Lunge erfolgt, wird leicht eine Berstung eintreten, weil nicht leicht eine Verwachsung der Kostal- mit der Pulmonalpleura früher eintritt.

Wenn nun entweder die Lunge berstet oder verletzt wird oder wenn die Brustwand durchbohrt oder durchbrochen wird, dringt Luft in den Pleuraraum ein, und zwar infolge der Kontraktionsfähigkeit der Lunge. Wenn in der Brustwand eine Öffnung durch ein spitziges Instrument oder durch eine Kugel entsteht, wird die Lunge sich augenblicklich retrahieren und die äußere Luft stürzt durch die Öffnung hinein und füllt den Brustraum aus. Die inspiratorische Bewegung bewirkt nur eine Ausdehnung derjenigen Lungenhälfte, über welcher die Verletzung nicht stattgefunden hatte; die verletzte Lunge wird dadurch gar nicht ausgedehnt, sondern verbleibt immerwährend in dem Zustande der Kontraktion, und der Lufteintritt erfolgt, wenn die Öffnung hinreichend groß ist, so rasch, daß mit der nächsten Inspiration schon der ganze Brustraum voll ist von atmosphärischer Luft, der Pneumothorax ist daher in einem Momente vollständig. Wenn aber die penetrierende Wunde oder Öffnung klein ist, wird es wohl einer längeren Zeit bedürfen, bevor die Pleurahöhle mit Luft ausgefüllt ist, und da kann es wohl geschehen, daß bei den inspiratorischen Bewegungen noch einige Male eine Ausdehnung der Lunge erfolgt, um dann einer Zusammenziehung Platz zu machen.

Wenn die penetrierende Wunde hinreichend groß ist, wird mit jedem Inspirium, indem sich der Brustraum erweitert, Luft durch die Wunde eingezogen, bei jeder exspiratorischen Bewegung wird die Luft wieder herausgetrieben.

In den früheren Zeiten hatten die Chirurgen eine entgegengesetzte Ansicht von diesem Vorgange und sie stellten sich vor, daß die inspiratorische Bewegung die Luft austreibe, welche in den Pleuraraum gedrungen war, und die exspiratorische Bewegung sollte es sein, welche die Luft einzieht. Sie gaben aus dem Grunde den Rat, bei penetrierenden Brustwunden starke Inspirationsbewegungen vornehmen zu lassen, in der Meinung, daß dadurch die im Pleurasacke vorhandene Luft herausgetrieben werde und daß auch das etwa hineingedrungene Blut dadurch herausgepreßt werde. Erst als man auf anderen Wegen über die Respiration ins Reine kam, bildete sich auch hierüber die richtige Ansicht und es ist leicht durch Beobachtung an Tieren oder an Kranken zu konstatieren, daß sich die Sache ganz anders verhält. Man darf niemals vergessen, daß die Lunge in einer stetigen Kontraktion sich befindet und keinen Augenblick aus sich selbst eine Expansion vornimmt, sie wird nur ausgedehnt erhalten durch die atmosphärische Luft, welche durch den Druck der Atmosphäre hineingetrieben wird: aber nur insoweit, als der Brustraum durch die Respirationsmuskeln erweitert wird. Wenn die Inspirationsmuskeln nicht wirksam sein können oder sobald die Luft einen Zutritt erhält zum Pleuraraume, zieht sich die Lunge gleich zusammen, und diese Zusammenziehung erfolgt sehr rasch, und zwar in demselben Verhältnisse, als die Ausfüllung des Pleuraraumes durch die eindringende Luft ermöglicht wird.

Daraus wird man auch einsehen, wie es sich verhält, wenn Luft aus einer geborstenen Lunge austritt.

Die Kaverne, deren verdünnte Wandung durch die Inspiration oder eine andere Anstrengung gerissen ist, kann mittelst eines oder mehrerer Bronchien mit den übrigen Bronchien und der Trachea kommunizieren oder auch nicht. In dem letzteren Falle wird kein Pneumothorax entstehen, weil keine Luft durch die verletzte Lunge austreten kann; es wird in diesem Falle eine Pleuritis entstehen. Es kann wohl aus der Kaverne ein geringes Quantum Luft in den Pleuraraum treten, welche geringe Menge aber noch nicht den Pneumothorax darstellt; es wird aber bei der Berstung der Kaverne der Inhalt derselben in den Pleurasack treten, nämlich Eiter, und dieser verursacht Pleuritis.

Damit ein Pneumothorax entstehe, ist es nötig, daß die Kaverne mit den Bronchien und der Trachea kommuniziert. Es ist allerdings denkbar, daß eine direkte Kommunikation mit der Trachea nicht vorhanden ist infolge einer Obliteration durch Schleim- oder Eiterpfröpfe; wenn aber mit gewissen Abschnitten der Bronchien eine Kommunikation vorhanden ist, so wird dessenungeachtet die Luft aus einer solchen Kaverne austreten können, und zwar entleert sich die Luft aus dem dazu gehörigen Abschnitte der Lunge hinein in die Pleurahöhle. Wenn wir exspirieren und die Lunge ist ganz unversehrt, so drängt sich alle Luft durch die Bronchien in die Trachea; wenn aber irgendwo in der Lunge ein Riß ist, drängt sich beim Exspirieren, wo sich die Lunge kontrahiert, nicht alle Luft in die Bronchien und die Trachea hinein, sondern ein Teil der Luft geht im Bronchus zurück, der zur zerrissenen Stelle führt, und von da in den Pleurasack.

Es dürfte sich hie und da ereignen, daß ein solcher Bronchus nicht unmittelbar mit der Trachea kommuniziert, und dann entwickelt sich der Pneumothorax nicht so schnell. Von der Größe des Risses ist die Schnelligkeit abhängig, mit der sich der Pneumothorax entwickelt. Wenn der Riß groß ist und der Bronchus, der mit der Kaverne kommuniziert, auch hinreichend groß, wird im Momente, als der Riß eintritt, auch schon der Pneumothorax ausgebildet sein, der ganze Pleuraraum wird rasch mit Luft ausgefüllt sein und die Lunge sich retrahieren.

Was geschieht in einem solchen Falle bei der exspiratorischen Bewegung? Bei einer penetrierenden Wunde geht beim Exspirium die Luft nicht wieder durch diese Öffnung zurück, weil die Öffnung sich infolge der Retraktion der Lunge verkleinert und weil der Druck der Luft auch die ganze Öffnung der Lunge verschließt. Es müßte die Öffnung, damit die Luft beim Exspirium austreten könnte, hinreichend groß sein und starre Wandungen haben, welche durch den Druck der Luft gar nicht zusammengepreßt werden könnten. Ein solches Verhältnis läßt sich nur unter gewissen Umständen als möglich denken, und zwar dann, wenn die Kaverne von sehr dicken, infiltrierten Wandungen umgeben ist und wenn sie mittelst eines etwa längeren Fistelganges sich in den Pleuraraum geöffnet hat. Da geht die Luft beim Exspirium wieder zurück durch den starren Gang in die Kaverne und in den Bronchus. Doch dürfte dies nur sehr selten vorkommen. Eine andere Möglichkeit wäre folgende: Es ist eine Verwachsung zwischen Kostal- und Lungenpleura beinahe in der ganzen Ausdehnung der Kaverne vorhanden und nur an einer einzelnen Stelle eine nicht beträchtliche Spalte, durch welche

---

*) Wir glauben die Reihe der wissenschaftlichen Artikel dieser dem Andenken Joseph Skodas gewidmeten Nummer nicht würdiger beschließen zu können, als durch Wiedergabe eines Vortrages des großen Klinikers selbst. Diese Vorlesung ist im Jahre 1866 in der „Wiener Med. Presse" (Nr. 50 u. ff.) nach dem vom Vortragenden revidierten Stenogramme zur Veröffentlichung gelangt. Red.

bei großer Dyspnoe noch nicht hinreichend zur Diagnose des Pneumothorax, weil ein oder mehrere größere oder alle feineren Bronchien auf einer Seite so geschwellt sein können, daß das Respirationsgeräusch schwach oder ganz unhörbar sein kann. Wir müssen daher nach weiteren Symptomen für die Diagnose des Pneumothorax forschen. Wir müssen zunächst konstatieren, daß das Zwerchfell aus seiner Lage gerückt ist; das Zwerchfell wird beim Pneumothorax heruntersinken, weil es durch die Kontraktionskraft der Lunge nicht mehr nach oben gehalten wird, die tiefere Stellung des Zwerchfells konstatieren wir dadurch, daß das Herz bei linkem Pneumothorax nach rechts geschoben ist und daß beim linksseitigen Pneumothorax die Leber tiefer steht.

Durch diese drei Momente, nämlich 1. einen Perkussionsschall, welcher Luft anzeigt, 2. Abwesenheit der respiratorischen Geräusche, 3. tiefere Lagerung des Zwerchfells, haben wir nun viel gewonnen bezugs der Diagnose des Pneumothorax, dennoch kann uns ein Lungenemphysem die Erkenntnis des Pneumothorax unmöglich machen. Aber es wird nicht ein jedes Emphysem der Lunge die Sache so gestalten, daß diese 3 Punkte keinen Ausschlag geben. Es kann zuweilen beim Lungenemphysem jedes Atmungsgeräusch fehlen, das Zwerchfell steht tiefer und der Perkussionsschall zeigt Luft an. Doch sind es nur wenige Fälle, welche unentschieden sind, ob es sich um Pneumothorax oder ein Lungenemphysem handelt.

Man muß sich daher um weitere Erscheinungen umsehen. Das Auftreten des eigentümlichen Schalles, welches beim Perkutieren und Auskultieren zuweilen vorkommt, nämlich das metallische Klingen und der amphorische Widerhall, kommt nicht jedesmal bei Pneumothorax vor. Kommt dieses Phänomen nebst den oben angegebenen Momenten vor, so wissen wir sicher, daß es sich um einen Pneumothorax handelt. Wenn wir aber das metallische Klingen oder den amphorischen Widerhall allein haben und die anderen drei Umstände sind nicht so ausgeprägt, so muß es nicht allein Pneumothorax sein, sondern es kann auch eine große Kaverne sein.

Mehrere dieser Erscheinungen zusammengenommen charakterisieren den Pneumothorax vollständig, ein einzelnes allein durchaus nicht. Erkennt man aus dem metallischen Klingen den Pneumothorax mit Sicherheit oder nicht? Eine Kaverne kommt entweder in den Spitzen der Lunge vor, oder in der Mitte oder unten unter gewissen Umständen. Kommt die Kaverne in der Lungenspitze vor, so wird der Perkussionsschall über derselben tympanitisch, voll und hell sein, oder er kann auch leerer und dumpfer sein, wenn die Wandung der Kaverne ziemlich dick ist: der Perkussionsschall wird dann nicht jene Völle und Helligkeit haben wie beim Pneumotherax, sondern leerer sein; die Höhle kann aber ganz oberflächlich liegen und der Schall wird tympanitisch und der übrige Brustraum wird einen normalen Perkussionsschall zeigen, wenn die Lunge sonst normal ist, oder er ist dumpf, wenn ein Infiltrat da ist. Ist daher der Schall oben tympanitisch, oder aber ein gewöhnlicher, so zeigt es keinen Pneumothorax an, sondern eine Kaverne, besonders wenn oben der Schall tympanitisch ist und ein metallisches Klingen vernommen wird. — Ist unten ein Exsudat, so wird der Schall dumpf, während er oben tympanitisch ist. Es fragt sich nun, kann das nicht auch beim Pneumothorax sein? Man braucht den Kranken nur anders zu legen; ist es ein Exsudat, so wird beim Pneumothorax der dumpfe Perkussionsschall seine Lage ändern, bei einer Kaverne wird der dumpfe Perkussionsschall seine Stelle immer behalten.

Zur Unterscheidung des Pneumothorax vom Lungenemphysem haben wir noch einen Gesichtspunkt an der Lagerung des Herzens. Beim Emphysem kommt das Herz nur bis zur Mitte der Brust, beim linksseitigen Pneumothorax kann das Herz auch über die Mitte hinausgeschoben sein. Das Emphysem kommt ferner in der Regel doppelseitig vor, sehr selten einseitig. Beim Emphysem hat man die Stellung des Zwerchfells nach unten auf beiden Seiten tiefer. Man muß ferner die Auskultation öfter vornehmen, läßt den Kranken öfter husten und wird hierauf doch ein Atmungsgeräusch hören, wenn es ein Emphysem ist; beim Pneumothorax werden alle Versuche, ein Atmungsgeräusch zu hören, mißlingen.

Referate.

Aus der II. medizinischen Klinik zu München.

F. Geissbock: Die Bedeutung der Blutdruckmessung für die Praxis.

Verf. hat seine Untersuchungen mit dem Gärtnerschen Tonometer angestellt („Deutsches Arch. f. klin. Med.“, Bd. 81). Dieselben ergaben, daß bei Lungentuberkulose die Blutdruckzahlen an der unteren Grenze der Norm oder noch tiefer sich bewegen (zwischen 70—90 *mm*). Komplikationen, wie starke Dyspnoe, Fieber, Pulsbeschleunigung, üben keine besondere Wirkung aus. In schweren Fällen fand sich eine auffallende, wohl toxisch bedingte Blutdrucksenkung, regelmäßig nach Alt-Tuberkulin-Injektionen, so daß vielleicht die Blutdrucksenkung eine noch feinere Reaktion auf Tuberkulose darstellt als die Temperaturerhöhung. Bei leichten Pneumonien blieb der Blutdruck unbeeinflußt oder leicht gesteigert (Dyspnoe), in schweren Fällen dagegen von Anfang an oder während der Krise, manchmal bis in die Rekonvaleszenz hinein erniedrigt. Bei Komplikationen mit gesteigerter Atemnot, z. B. Pleuritis, kann der Blutdruck erhöht sein, oder der abnorm niedrige Druck zur Norm gehoben werden. Koffein, Digitalis und kleine Alkoholgaben brachten bei Pneumoniefällen keine Blutdrucksteigerung. Bei Typhus bewegte sich der Blutdruck zwischen 70—90 *mm*; das kühle Bad brachte eine leichte Steigerung, besonders die kalten Übergießungen gegen Schluß des Bades, ebenso die aufs Abdomen gelegte Eisblase, was sich bei Typhus und Pneumonie vielleicht therapeutisch verwerten läßt. Bei akuter Nephritis steigt der Blutdruck innerhalb weniger Tage nach dem Einsetzen der Albuminurie an, um mit dem Abklingen der Nephritis zur Norm zurückzugehen. Bei Pyelitis und Pyelonephritis fand sich kein erhöhter Blutdruck, ebensowenig bei akuter Nephritis als Komplikation von Typhus und Sepsis oder schwerer Lungentuberkulose. Bei leichten Kreislaufstörungen hat körperliche Tätigkeit ein stärkeres Ansteigen des Blutdruckes bis auf das Doppelte und Dreifache des Normalen zur Folge. Bei höheren Graden von Leistungsschwäche des Zirkulationsorgans steigt der Blutdruck schon bei ganz geringer körperlicher Tätigkeit, z. B. beim Aufsitzen im Bette, höher als beim Gesunden, um nach dem Aufhören der Tätigkeit tiefer als zur Norm zu fallen; dazu kommt Atemnot und Müdigkeitsgefühl. Bei noch höheren Graden tritt keine Steigerung, sondern sofort eine Senkung des Blutdruckes nach körperlicher Tätigkeit ein, unter Steigerung der Atemnot. Mit dem Auftreten von Kompensationsstörungen bei anatomisch nachweisbaren Veränderungen am Herzen zeigen sich hohe Blutdruckwerte, die mit der Abnahme der Ödeme nach Diureticis zurückgehen. Bei leichten Fällen von Myodegeneratio cordis erwies sich der Blutdruck in der Ruhe normal. Bei Arteriosklerose schwankt der Blutdruck von völlig normalen Werten bis zu dauernder, bedeutender Druckerhöhung. Die Beziehungen der Arteriosklerose zum Blutdruck sind nicht eindeutig. Die typischen Anfälle von Angina pectoris gehen mit bedeutenden, aber rasch vorübergehenden Blutdrucksteigerungen einher. Die Gicht hat keinen direkten Einfluß auf den Blutdruck. Im Blutdrucke beider Seiten können wesentliche Unterschiede bestehen, z. B. bei Aortensklerose mit Stenosierung der Abgangsstelle der Subklavia oder bei Aneurysmen. Bei Klappenfehlern hängt die Blutdruckhöhe nicht so sehr von der anatomischen Beschaffenheit der Klappen, als von der Funktion des Herzmuskels und der Gefäße ab. Koffein steigert den Blutdruck nicht. Digitalis nähert den krankhaft veränderten Blutdruck den normalen, mittleren Werten, senkt den gesteigerten, hebt den zu niedrigen Blutdruck, manchmal änderte sich der Blutdruck gar nicht. Übrigens ist die günstige Wirkung der Digitalis nicht ausschließlich in der Beeinflussung des Blutdruckes zu suchen, sondern auch in einer Herabsetzung der peripheren Widerstände und in einer

Beschleunigung des Blutumlaufes, die nicht mit einer Erhöhung des arteriellen Druckes einherzugehen braucht. Auch Theocin kann durch Blutdrucksenkung günstig wirken, ganz besonders aber die Aszitespunktion. Chloralhydrat brachte bei Herzkranken besseren Schlaf und keine Herabsetzung des Druckes; Jod und Jodothyrin brachten nur geringe vorübergehende Druckherabsetzung. Bei einigen Patienten mit gespanntem Puls und auffallend hohem Blutdrucke ohne sicher nachweisbare Ursache fand sich eine ungewöhnliche Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hb-Gehaltes, also eine Kombination von Hochdruck und Polyzythämie (Polycythaemia hypertonica), welche an das eigenartige Bild der alten Plethora erinnerte. BR.

EINHORN (New-York): **Zur Klinik der Ischochymie und deren Behandlung.**

Die Indikationen für die interne und chirurgische Behandlung der Ischochymie oder klinischen „Mageneктasie" der älteren Autoren lassen sich am besten in folgender Weise formulieren („Archiv für Verdauungskrankheiten", Bd. 11, H. 3): Die benigne Ischochymie erheischt zunächst eine medizinische Behandlung; schlägt dieselbe fehl, d. h. ist nach längerer Behandlung, selbst bei flüssiger Kost, der Magen nüchtern nicht leer (enthält Speisereste), so ist eine Operation am Platze. Die benigne Ischochymie, welche sich nach einer länger bestehenden, kontinuierlichen Hypersekretion des Magensaftes entwickelt (sei es, daß eine Blutung vorausgegangen ist oder nicht), erheischt gleichfalls eine Operation. Die maligne Ischochymie oder eine solche zweifelhafter Natur, bei der sich jedoch eine Verdickung am Pylorus vorfindet, sollte gleichfalls einer Operation (Gastroenterostomie und womöglich Resektion des Pylorus) unterworfen werden. Die Gründe für die ersten zwei Sätze ergeben sich ohne weiteres aus der EINHORNschen Arbeit. Die benigne Ischochymie soll zunächst diätetisch-medikamentös behandelt werden, weil erstens viele, selbst scheinbar schwere Fälle dieser Art häufig genug auf diesem Wege gesunden, und zweitens, weil die Operation doch immer ein mehr oder weniger mit Gefahren verbundenes Verfahren darstellt, das nur wenn unbedingt nötig einzuschlagen ist. Die Fälle von Ischochymie mit vorausgehender kontinuierlicher Magensafthypersekretion bilden eine Ausnahme und erheischen eher eine Operation, weil sie gewöhnlich mit ulzerösen Prozessen in der Pylorusgegend kompliziert sind und häufig genug gefährliche Komplikationen (Perforation, schwere Blutung) zur Folge haben. Die Gefahren der Operation sind in dieser Kategorie von Ischochymie geringer als die oben genannten Eventualitäten: deswegen wird hier die Operation am Platze sein. Bei der malignen Form ist das operative Verfahren einzuschlagen. G.

GROBER (Jena): **Das Schicksal der eiweißlösenden Verdauungsfermente im Darmkanal.**

Als Ergebnis der Untersuchungen GROBERS läßt sich folgendes verzeichnen („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 83, H. 3 u. 4): Die Darmfermente stammen nicht von ins Darmlumen sezernierten, dann wieder resorbierten Fermenten ab, sondern werden, entsprechend der Annahme von GRÜTZNER und NEUMEISTER, aus den Drüsen selbst resorbiert. Die ins Darmlumen sezernierten Fermente werden nicht wieder resorbiert, sondern im Darm zerstört. Die Zerstörung erfolgt wahrscheinlich auf Grund der von LANGLEY gefundenen Tatsachen, nur im Darm viel langsamer als im Reagenzglas: Pepsin wird durch die alkalische Reaktion des Dünndarminhaltes allmählich zerstört, so daß es nur in der oberen Hälfte desselben nachgewiesen werden kann. Die Zerstörung des Trypsins erfolgt beim Pflanzenfresser durch die saure Reaktion des Darminhaltes im Rektum. Die Zerstörung geht in Phasen vor sich, gelegentlich finden vielleicht schrittweise Reaktivierungen statt. Die Fäzes enthalten beim Menschen kein Pepsin und Trypsin, bei beschleunigter Peristaltik tritt zuerst das letztere, später Pepsin auf. Die Eingeweidewürmer (Hundeaskariden) besitzen einen spezifischen, in seiner Entstehung an das protoplasmatische Leben gebundenen Schutz gegen die proteolytischen Fermente des Verdauungskanales (Antifermente). L.

H. P. T. OERUM (Kopenhagen): **Untersuchungen mit SAHLIs Probemahlzeit.**

SAHLIs Probemahlzeit ermöglicht uns ein besseres Verständnis der Magenleiden, da sie gleichzeitig die Sekretion zu bestimmen erlaubt („Deutsches Arch. f. klin. Med.", Bd. 83, H. 3 u. 4). Sie erlaubt eine Hyperchlorhydrie von der Superazidität oder -sekretion abzutrennen. Supersekretion findet sich bei nervöser Dyspepsie, symptomatischer Dyspepsie, bei Obstipation, Darmentzündung, Nephrolithiasis, Cholelithiasis, Taenia usw. Sie kann auch eine Hyperchlorhydrie begleiten. Hyperchlorhydrie findet sich bei den meisten Fällen von Ulcus ventriculi und Chlorose. Die Probemahlzeit erlaubt, zwischen Atonie und Supersekretion zu unterscheiden. Die Motilitätsstörungen treten deutlicher als bei der EWALDschen Probemahlzeit hervor. Die Fettbestimmung ist bei der von OERUM geübten Modifikation leicht auszuführen und erfordert keine besonderen Apparate. Die Aziditätszahlen für freie Salzsäure sind dieselben, für die Gesamtazidität ein wenig geringer als bei der EWALDschen Probemahlzeit (25—30 freies HCl, 40—50 Gesamtazidität). L.

ZUNTZ (Berlin): **Über den Eiweißbedarf des Menschen.**

Verf. berichtet („Fortschr. d. Med.", 1905, Nr. 26) über die umfangreichen Untersuchungen von CHITTENDEN (Newhaven), die sich über 6 bzw. 18 Monate bei Versuchspersonen dreier Kategorien erstrecken: *a)* vorwiegend geistig tätige Dozenten der dortigen Universität; *b)* mäßige körperliche Arbeit leistende Lazarettgehilfen; *c)* in athletischen Spielen und Sport intensiv sich betätigende Studierende. Während der ganzen Versuchszeit wurden diese Personen in ihrer Lebensweise, ihrer Stickstoffausscheidung und ihrer Leistungsfähigkeit beobachtet. Bei allen drei Gruppen wurde die ursprüngliche, sehr eiweißreiche Nahrung allmählich in ihrem Stickstoffgehalt reduziert und auch der Brennwert der Gesamtnahrung in mäßigem Umfang vermindert. In der ersten Gruppe bewegte sich die tägliche N-Ausscheidung zwischen 5·69 *g* und 8·99 *g*, in der zweiten Gruppe zwischen 7·13 und 8·94 *g*, in der dritten Gruppe 7·5—10 *g*. Bei einzelnen Personen traten Verluste an Stickstoff und Körpergewicht auf, die sich sofort ausglichen, als der N-Gehalt auf 9·5 *g*, der Brennwert auf 2500 Kalorien erhöht wurde. Der durchschnittliche N-Gehalt des Urins betrug 0·12 *g* pro Kilo, während VOIT 0·22 *g* fordert. Bei allen Versuchspersonen wurden in regelmäßigen Zwischenräumen dynamometrische Messungen vorgenommen, die unwiderleglich eine Zunahme der Körperkraft und Gewandtheit bei der knappen eiweißarmen Kost ergaben. Zur Prüfung der nervösen Zentra wurde die Reaktionszeit bestimmt und keine Schädigung gefunden. Die Harnsäureausscheidung nahm ab; gichtische und rheumatische Beschwerden schwanden. ZUNTZ erkennt die hohe Bedeutung der Studien CHITTENDENS darin, daß sie die Berechtigung einer lange Zeit durchgeführten eiweißarmen Kost erweisen. Es ist klar, daß eine solche Lebensweise, deren Zulässigkeit hiermit festgestellt ist, durch Verminderung der stickstoffhaltigen Zerfallsprodukte die Nieren entlastet und auch sonst dem Körper manche Schädlichkeit erspart. BR.

REINHOLD KUTNER (Breslau): **Die Lumbalpunktion in der Diagnostik von Nerven- und Geisteskrankheiten und ihre Bedeutung für die allgemeine Praxis.**

Die Lumbalpunktion scheint nunmehr auch bei Tabes dorsalis und der progressiven Paralyse für die allgemeine Praxis eine Bedeutung zu gewinnen („Medizinische Klinik", 1905, Nr. 30). In Betracht kommt derzeit der Gehalt des Liquor cerebrospinalis an Eiweiß und geformten Bestandteilen. Alle übrigen Bestimmungen: Druck, Gefrierpunktserniedrigung, Gehalt an Zucker, Cholin etc. sind in ihrer Bedeutung noch nicht genügend geklärt, zum Teil auch wegen ihrer Kompliziertheit und Umständlichkeit für die allgemeine Anwendung nicht geeignet. Bei ausgeprägten Fällen von Tabes dorsalis findet sich mit verschwindenden Ausnahmen ein positiver (Durchschnittsgehalt von über sieben Zellen im Immersionsgesichtsfeld), und zwar überwiegend ein stark positiver (über 20 Zellen) Zellenbefund. Dasselbe gilt von den klinisch einwandfreien Fällen von progressiver Paralyse. Die differentialdiagnostische Bedeutung

dieser Befunde liegt einmal darin, daß sie in ausgebildeten, aber diagnostisch unklaren Fällen einen wichtigen Hinweis geben, dann aber erscheint die Zellvermehrung in der Spinalflüssigkeit schon im frühesten Beginn dieser Erkrankungen. Für die Tabes dorsalis scheint wenigstens festgestellt, daß sie vielleicht das erste objektive Frühsymptom ist, und auch für die progressive Paralyse wird dies behauptet. In der Tatsache, daß die beiden Erkrankungen in ihren Anfangsstadien unter dem einfachen Bilde einer Neurasthenie erscheinen und in seltenen Fällen sogar jahrelang kein spezifisches Symptom weiter zeigen, liegt die praktische Bedeutung der frühzeitigen Erkennung dieser Leiden. Die Zellvermehrung der Spinalflüssigkeit wird ferner, wenn auch nicht in gleichem Umfange und in gleicher Intensität, bei Syphilis beobachtet. Auch hier sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen; bisher steht fest, daß auch viele Jahre nach der Infektion sich noch eine Vermehrung des Zellgehaltes der Spinalflüssigkeit in einigen Fällen nachweisen läßt. Meist handelt es sich um einen schwach positiven Befund. Br.

A. GÜRBER (Würzburg): **Zur Methodik des Indikannachweises im Harn.**

Man versetzt etwa $^1/_3$ Reagenzglas Harn mit dem doppelten Volumen konzentrierter Salzsäure, gibt 2—3 Tropfen einer 1%igen Osmiumsäure dazu und mischt gut. Schon nach wenigen Sekunden färbt sich der Harn, je nach seinem Indikangehalt, violett, blauviolett oder fast rein blau. Ein Überschuß an Osmiumsäure schädigt den Verlauf der Reaktion nicht. Erst bei längerem Stehen der Probe wirkt die Osmiumsäure auch auf das gebildete Indigoblau. Es empfiehlt sich daher, das Indigoblau mit Chloroform auszuschütteln, was leicht gelingt; heftiges Schütteln ist zu vermeiden, um das die Reaktion beeinträchtigende Emulgieren des Chloroforms bei der Mischung mit Harn zu verhindern. Auf die angegebene Harnmenge sind 4 bis 5 cm^3 Chloroform zuzusetzen, das sich dann nach kurzer Zeit zu einer meist rein blauen und durchsichtigen Flüssigkeit auf dem Boden des Reagenzglases sammelt. Bei stark gefärbtem und sehr konzentriertem Harn, oder wo auch Spuren von Indikan sicher nachgewiesen werden sollen, ist es unerläßlich, den Harn mit Bleiessig vorzubehandeln. Man vermischt den Harn mit $^1/_6$ Volumen des offizinellen Liquor Plumbi subacetici, filtriert nach kurzem Stehen und prüft das Filtrat auf Indikan, indem man das entstandene Indigoblau mit Chloroform ausschüttelt. G.

YVON (Paris): **Über ein Verfahren zum Verdecken des bitteren Geschmackes des Chinins.**

Y. schlägt vor, die Chininsalze mit einer dünnen Fettschichte zu überziehen, welche eine Zeitlang der auflösenden Wirkung des Speichels widersteht („Gazette des hôpitaux", Nr. 86, 1905). Man löst den Fettkörper in Äther und tränkt das Chininsalz mit dieser Lösung. Nach Herstellung einer homogenen Masse wird mit Pfefferminz- oder Zitronenöl aromatisiert. Sodann wird der Äther in der freien Luft und im Trockenschrank verdampft. Die verwendete Fettmenge beträgt 15—20%. Das derart imprägnierte Chinin wird mit Wasser oder einer anderen Flüssigkeit genommen. Man läßt dann etwas Zitronensaft oder Milch nachnehmen. J. St.

LABBÉ und MORCHOISNE (Paris): **Die Harnstoffausscheidung des Gesunden.**

Die Bildung und Ausscheidung des Harnstoffs im Organismus wird nach LABBÉ und MORCHOISNE („Acad. d. Sciences", 1905) von zahlreichen Faktoren reguliert, deren wichtigster die Ernährung zu sein scheint. Der Einfluß derselben richtet sich nach der Qualität und Quantität der eingeführten Eiweißkörper. Verff. haben die Bedeutung, die diese beiden Faktoren für den Harnstoffwechsel besitzen, untersucht. Hinsichtlich des Einflusses, den die Qualität der Nahrung ausübt, unterwarfen sie ein und dieselbe Person nacheinander einer Fleischdiät, dann einer gemischten und vegetarischen Diät. Als Ergebnis dieser ersten Versuchsreihe ist zu bemerken, daß bei Ernährung mit vegetabilischem Eiweiß eine geringere Harnstoffmenge im menschlichen Organismus gebildet wird, etwa ein Drittel weniger als bei Ernährung mit animalischem Eiweiß. Den Einfluß der Quantität des eingeführten Eiweißkörpers auf die Harnstoffausscheidung prüften LABBÉ und MORCHOISNE bei vegetabilischer Ernährung, welche besser vertragen wird. Die Art der Harnstoffausscheidung läßt sich genau prüfen, indem man die täglichen Schwankungen des Harnstoffquotienten bestimmt: $\frac{\text{Harnstoff-N}}{\text{Nahrungs-N}}$. Dieser Quotient, der für eine Reihe von Tagen bei gleichbleibender Eiweißzufuhr bestimmt wurde, blieb konstant, wenn die eingeführte Eiweißmenge sich zwischen 90 und 60 g bewegte. Er nahm erheblich zu, die ausgeschiedene Harnstoffmenge erreichte ihren Höhepunkt bei Zufuhr von nur 60—25 g Eiweiß, und er wurde am kleinsten bei Zufuhr von nur 25—8 g. Dabei nahm die absolute Harnstoffmenge im Urin gleichmäßig ab; die Quelle des Harnstoffs scheint also lediglich das Nahrungseiweiß zu sein. In der Tat würde eine auch nur minimale Harnstoffmenge, die sich aus zerfallendem Körpereiweiß bildete, den Harnstoffquotienten wesentlich variiert haben. Die Bestimmung des Stickstoffquotienten an sich gibt uns kein Bild von diesen verschiedenen Stoffwechselerscheinungen. L.

KNECHT (Liebenstein): **Über den Einfluß des Aufstehens auf die Urinausscheidung Herzkranker.**

Wenn man aus dem Verhalten der Urinmenge und des Quotienten Schlüsse auf die Zirkulation ziehen darf, so läßt sich zusammenfassend folgendes sagen („Deutsches Archiv f. klin. Med.", Bd. 83, H. 3 u. 4): Beim Aufstehen Gesunder steigt die Urinmenge oder vermindert sich wenigstens nicht. Der Quotient wird kleiner oder bleibt gleich. Es sind also im Gefäßapparat die Nierenzirkulation gut regulierende Einflüsse tätig. Ebenso können sich Herzkranke mit vollausgebildeter Kompensation verhalten. Meist aber nimmt bei Herzkranken die Urinmenge im Stehen ab, der Quotient zu. Bei den wirklich Insuffizienten ist die Abnahme der Urinmenge beim Aufstehen eine stärkere als bei der vorigen Gruppe, dabei nimmt $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ erheblich zu. Sache weiterer Untersuchung muß es sein, über das Verhalten von $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ in der auf das Aufstehen folgenden Periode Aufschluß zu geben, da öfters ein weiteres Ansteigen des Quotienten an Stelle des wegen der kompensatorischen Erholung zu erwartenden Absinkens eintrat. Br.

Kleine Mitteilungen.

— In Untersuchungen von HEILE („Grenzg. d. Med. u. Chir.", Bd. 14) über die **Resorption im Dünn- und Dickdarm**, u. zw. 1. an Hunden mit einer Fistel im untersten Teil des Ileum, 2. an Hunden und Menschen mit ausgeschaltetem Dickdarm zeigte sich, daß der Dünndarm das eingeführte Eiweiß ebenso wie Rohr- und Traubenzucker vollständig resorbiert, wenn die Mengen der Nahrungsstoffe dem Nahrungsbedürfnis des Körpers entsprechen. Bei Überernährung treten Teile der eingeführten Nahrung unresorbiert in den Dickdarm über, ebenso wenn bei Katarrhen die Resorptionskraft des Dünndarms leidet. Diese unresorbierten Nahrungsbestandteile können im Dickdarm vielleicht von gleichzeitig übergeführten Verdauungsenzymen weiter in resorbierbare Produkte verwandelt werden. Unverändertes Eiweiß vermag der Dickdarm nicht zu resorbieren; Eiweißklistiere sind also wertlos. Auch die Resorption von Wasser, Rohrzucker und Traubenzucker ist im Dickdarm auffallend gering. Dagegen resorbiert der Dickdarm das Alkali, das in ihn mit dem Dickdarmkot gelangt. Beim Anus praeternaturalis können also durch die Alkalientziehung unter Umständen schwere Stoffwechselstörungen eintreten.

— In der **Ischiastherapie** gebraucht BURNET mit Erfolg das Ichthyolvasogen („Fortschr. d. Med.", 1905, Nr. 21). Von diesem Präparat wird etwas auf die Haut des Patienten gebracht und dann gut verrieben. Nach einer Inunktion von einigen Minuten Dauer pflegt von dem Präparat keine Spur mehr zurückzubleiben, da es gänzlich in die Haut eindringt und von den tiefer liegenden Schichten resorbiert wird, so daß es schließlich mit dem Nerven selbst in Berührung kommt. Sobald die erste Portion Ichthyol-Vasogen vollständig



verschwunden ist, bringt man eine weitere Quantität von dem Mittel auf die Haut und wiederholt dieselbe Manipulation, was 15 Minuten lang ununterbrochen fortgesetzt wird. An und für sich ist die Inunktion 3—4mal täglich vorzunehmen. In vielen Fällen hat Verf. dieses Verfahren mit der inneren Verabreichung von Pillen kombiniert, die aus Ichthyol und arseniger Säure (0·0006) bestehen. Die in dieser Weise behandelten Fälle sind meist rasch zur Heilung gelangt, namentlich, wenn die Behandlung unter persönlicher Überwachung des Arztes vorgenommen wurde.

— Das **Regime des Cirrhotikers** erörtert ROBIN („Méd. mod.", 1905, Nr. 16). Die Affektion ist nach Ansicht des Verf.s durch Milchdiät heilbar, wenn die Leber, wo nicht vergrößert, so doch nicht atrophisch ist. Während des zweiten Stadiums der Lebercirrhose muß die Kost leicht anregend für die Leber sein. Erlaubt sind vor allem zubereitete Vegetabilien, als einzige rohe Frucht Trauben; Kaviar, Austern, Seezungen werden gut vertragen. Essig ist durch Zitronensaft zu ersetzen. Von Fleischsorten sind am meisten zu empfehlen: Hühner- und Rindfleisch, Hirn, Kalbsthymus und Kalbskopf. Stark verdünnter Alkohol ist in geringen Mengen statthaft. Verboten sind: Fette Speisen, Saucen, Ragout und Backwerk, Wild, Kalbfleisch, schwere Gemüse, Schwämme, Käse und Schokolade. Milch diene als Zugabe zu den andern Speisen.

— Das **Dormiol als Anthidroticum** hat WEDERHAKE gebraucht („Therap. Monatsh.", 1905, Nr. 7). Bei Verwendung desselben als Schlafmittel machte er nämlich die Beobachtung, daß es die Nachtschweiße der Phthisiker beschränkte und sogar zeitweise beseitigte. Er reichte es in einer Dosis von 1·5—2·0 *g*, da geringere Dosen nicht wirksam sind. Dies hat keinerlei Bedenken, da das Dormiol keinen Einfluß auf das Zirkulationssystem hat, im wohltätigen Gegensatze zum Chloral. Man kann ohne Schaden bis zu 3·5 *g* geben.

— Den **Einfluß der Temperatur der Speisen auf die Magenfunktionen** hat MÜLLER untersucht („Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther.", Bd. 8, H. 11). Er fand, daß andere als die körpertemperierten Speisen rasch die Körpertemperatur annehmen, wozu schon die Mundhöhle ausgiebig beiträgt. Bei Genuß größerer Mengen sehr kalter Flüssigkeiten tritt ein beträchtlicher Teil derselben in den Darm über; aus dieser mangelhaften Schutzwirkung des Magens erklären sich die ungünstigen Folgen eines kalten Trunkes bei empfindlichen Verdauungsapparaten. Im Magen selbst wird der Temperaturausgleich nicht nur durch Wärmeabgabe resp. -Aufnahme von dem Blut und den benachbarten Geweben bewirkt, sondern es findet auch eine temperaturausgleichende Flüssigkeitssekretion statt. Die Entleerung des Magens geht bei Körpertemperatur am schnellsten vor sich. Sehr kalte und heiße Flüssigkeiten verlassen den Magen langsamer. Bei sehr kalten Flüssigkeiten stockt die Austreibung zunächst durch Pylorusverschluß. Ein Einfluß der Temperatur auf die Säuresekretion ließ sich nicht feststellen. Alkoholhaltige, kalte Getränke wirken sekretionserregend, während kaltes Wasser dazu nicht genügt. Die auf Alkoholzusatz abgesonderten Säuremengen sind nicht bedeutend. Hinsichtlich des Einflusses der Temperatur auf eingeführte Zuckerlösungen wurde konstatiert, daß bei Körperwärme in gleichen Zeiten davon beträchtlich mehr aus dem Magen entleert wird als bei niederen und hohen Temperaturgraden.

— Aus Beobachtungen über **Schlaflosigkeit**, die MANGELSDORF („Inaug.-Diss.", 1905) in der Idiotenanstalt bei Stettin erheben konnte, geht hervor, daß das Isopral in allen Fällen, in denen es gilt, einfache Agrypnie oder solche auf der Basis melancholischer oder manischer Zustände, ferner Erregungszustände aller Art bis zu schwer furibunden herauf (zumal auf der Basis kongenitalen oder erworbenen Schwachsinns) zu bekämpfen, sich als vollwertiges Medikament zeigt; es versagt teilweise nur bei solchen Erregungen höchsten Grades, wo auch die sonstigen bisherigen Mittel sich nicht fähig erweisen, eine erhebliche Beruhigung herbeizuführen. Als Kügelchen zu 0·5 in Gelatinekapseln gehüllt zur Verhinderung des Geruchs und Geschmacks, könnte man das Isopral in der Praxis elegantissima dem verwöhntesten und empfindlichsten Patienten mit schweren Herz- und Lungenerkrankungen völlig unbedenklich verordnen.

— Über die Dauer des Kurgebrauches in **Karlsbad bei Gallensteinleiden** berichtet FRANZ FINK („Münchener med. Wochenschrift", 1905, Nr. 40) folgendes: Die Bestimmung der Dauer der Kur soll nicht durch den Patienten, nicht durch die fern vom Ort stehenden ärztlichen Berater allein, sondern durch den behandelnden Arzt an Ort und Stelle geschehen. Es ist Sache der Untersuchung und der Erfahrung, zu bestimmen, in welchen Fällen eine Kur von kurzer oder von längerer Dauer sein soll, in welchen Fällen eine Wiederholung in demselben oder im nächsten Jahre zu erfolgen hat. Nur die am Gallensystem gefundenen objektiven Veränderungen und ihr Verhältnis zum Gesamtorganismus, ihre Art und Weise, ihr Grad der Reaktion auf die Thermalwässer und die angewandten Kurmittel sind bestimmend für den Grad und die zeitliche Dauer der Anwendung der Kur. Die Art und Weise des Kurgebrauches wird bei jedem einzelnen Kranken außer durch die Veränderungen am Gallensystem durch den Zustand des Gesamtorganismus beeinflußt; bei schwer Leidenden, bei zarter Konstitution, auch bei geringen Störungen am Gallensystem kann die Anwendung der Thermalwässer und der Kurmittel im allgemeinen nicht auf so kurze Zeit zusammengedrängt werden, wie bei einem mit kräftiger Konstitution ausgestatteten Kranken. Der kurze Kurgebrauch von drei Wochen ist für die Mehrzahl der Patienten ungenügend. Solche Patienten haben bald nach ihrer Rückkehr in die Heimat neue Anfälle, die Latenz hält nur eine relativ kurze Zeit an, die Beschwerden kehren bald wieder. Der übliche schablonenmäßige Kurgebrauch von drei, längstens vier Wochen ist für Gallensteinkranke im allgemeinen viel zu kurz, meist sind 5—6 Wochen nötig; bei schweren Erscheinungen ist sogar eine zweimalige Kur im Jahre, im Frühjahr und Herbst, zweckmäßig und notwendig; in einer kleinen Zahl von Fällen ist rechtzeitig zur Operation zu raten.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Von **Prof. Dr. Hermann Eichhorst.** 7., umgearbeitete und vermehrte Auflage. II. Bd. Mit 121 Abbildungen. Wien und Berlin 1905, Urban & Schwarzenberg.

Der vorliegende Band enthält die Krankheiten des Verdauungsapparates in 10 Abschnitten (Mundhöhle, Speicheldrüsen, Mandeln, weicher Gaumen und Rachen, Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse, Bauchfell), die Krankheiten des Harnapparates in 4 Abschnitten (Nieren, Blutgefäße der Nieren, Nierenbecken und Harnleiter, Harnblase), schließlich die Krankheiten des männlichen Geschlechtsapparates. Wir begrüßen in dem gesamten Werke eine neuerliche Leistung des unermüdlichen Züricher Klinikers, der jegliche Errungenschaft seiner Disziplin sorgsam registriert und verwertet, um sie in klarer Darstellung seinen Schülern zu übermitteln. Nicht nur die Symptomatologie, auch die Pathologie und die Therapie der inneren Erkrankungen sind hier mit wahrhaft klinischem Blicke geschaut und künstlerisch beschrieben. EICHHORSTs Handbuch ist nach wie vor eines der besten Werke der internen Medizin, eine Fundgrube des Wissens, ein standard work im vollsten Sinne des Wortes. BR.

Die Ursache des gelben Fiebers und die Resultate der prophylaktischen Behandlung desselben. Von **W. Havelburg** (Rio de Janeiro-Berlin). Sammlung klinischer Vorträge von RICHARD v. VOLKMANN. Leipzig 1905, Neue Folge, Nr. 390.

Verf., der selbst an der Erforschung der Ätiologie des gelben Fiebers regen Anteil nahm, gibt in der vorliegenden Schrift eine recht übersichtliche und objektive Darstellung des heutigen Standes dieser Frage. Insbesondere bespricht er eingehend jene Tatsachen, welche gegen die ätiologische Rolle der bisher gefundenen Erreger dieser Krankheit sprechen, die vielmehr zeigen, daß die Krankheit durch eine Moskitoart (Stegomyia) übertragen wird und daß der Infektionsstoff selbst noch unbekannt ist. Des weiteren zeigt er an Hand des bisher vorliegenden Tatsachenmateriales, daß eine wirksame Moskitobekämpfung auch eine erfolgreiche Prophylaxe des gelben Fiebers darstellt, analog wie die Vernichtung der Anopheles zur Unterdrückung der Malaria führt. Dr. S.

Tuberkulosearbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. 4. Heft. Berlin 1905, Julius Springer.

Das vorliegende Heft enthält den 2. Teil der „geschichtlichen und statistischen Mitteilungen über deutsche Heilstätten für Lungenkranke" von Dr. Hamel und bildet die Fortsetzung des im 2. Heft der „Tuberkulosearbeiten" erschienenen Berichtes. Der neue Bericht behandelt die Heilstätten Friedrichsheim, Albertsberg, Belzig nebst Samuel Bleichröder-Stiftung und Sülzhayn auf Grund des dem kaiserlichen Gesundheitsamte bis Ende 1901 zugekommenen Zählkartenmaterials über solche Pfleglinge, welche mindestens 6 Wochen in Anstaltsbehandlung gewesen waren. Auf diese Weise erschien ein überaus reiches und wertvolles Material für die statistische Bearbeitung gewonnen, das in übersichtlicher Weise verarbeitet wurde.

Dr. S.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XI.

Abteilung für innere Medizin.

Natur und Behandlung der Pellagra.

I. Referent Neusser (Wien): (Ist in Nr. 41 der „Wiener Med. Presse" in extenso publiziert.)

II. Referent Sturli (Wien): Vortr. kommt nach Skizzierung der Anschauungen, die sich im Laufe der Jahre über die Ätiologie der Pellagra Geltung zu verschaffen gesucht hatten, unter Berücksichtigung des Umstandes, daß fast nur die von Mais lebende Bevölkerung, und zwar deren arme Schichten erkranken, zum Schlusse, daß die Ätiologie dieser Krankheit zwar noch nicht aufgeklärt ist, daß sie aber eine Intoxikation, wahrscheinlich exogener Natur, zu sein scheint und daß der Zusammenhang der Krankheit mit dem Genuß von verdorbenem Mais und Pollenta, wenn auch mehr als wahrscheinlich, so doch noch keineswegs gesichert ist. Eine Disposition ist notwendige Voraussetzung der Erkrankung, denn es ist nicht selten, daß manchmal in einer Familie nur ein Individuum erkrankt.

Die von ihm vorgenommene Nachprüfung der Resultate italienischer Forscher, welche in den Aspergilluskulturen heftige Gifte gefunden haben, ergaben bis jetzt nur negative Resultate.

Die Mitteilung von dem Vorkommen einer Pellagraendemie in Aragonien ohne gleichzeitige Maisnahrung ist sehr interessant, bedarf aber vorläufig noch der Aufklärung und Bestätigung; möglich, daß da keine Pellagra vorlag.

III. Referent Tuczek: Vortr. hat nur wenig persönliche Erfahrungen auf dem Gebiete der Pellagra und berichtet deshalb zum Teil nach den Mitteilungen anderer Autoren. Die Erkrankungen des Nervensystems sind bei der Pellagra die konstantesten und umfassen das gesamte Nervensystem; auch hier ist der Verlauf langsam und über viele Jahre sich erstreckend, rezidivierend, exazerbierend, und alle Symptome nur verständlich unter Anwendung des Grundsatzes der funktionellen Diagnostik; ihre anatomische Grundlage ist noch nicht sichergestellt. Eine schematische Einteilung in Stadien ist unzutreffend und verwirrend. Die Erscheinungen sind erst rein funktionell, und erst allmählich kommt es zu solchen organischer Natur. Die Krankheit beginnt mit Äußerungen reizbarer Schwäche, denen allmählich solche am Sympathikus folgen; sie gehen im ersten Jahre meist wieder zurück, um im folgenden zurückzukehren, sich zu verstärken und zu allen jenen schweren Störungen zu führen, die dem Leser aus obiger Schilderung Neussers jetzt im großen und ganzen bekannt sind. Die motorischen Anfälle überwiegen die sensiblen Störungen und haben zuweilen den Typus einer myatrophischen Lateralsklerose. Ganz im Vordergrund der Erscheinungen stehen die psychischen Symptome, welche von den leichtesten Ausfallserscheinungen bis zur Melancholie, Manie, Stupor, Verblödung und zum Bilde einer richtigen Dementia paralytica führen können.

Anatomisch findet man im Zentralnervensystem Pigmentierung, Ossifizierung, reichlich Corpore amylacea im Zentralkanal, also senile Veränderungen, Atrophien und Zerfall in Nervenfasern und Ganglienzellen; die Atrophie betrifft im Rückenmark vorwiegend einen Teil der Hinter- und Seitenstränge und ist somit als kombinierte Systemerkrankung aufzufassen.

Die Ansicht, daß die Pellagra eine Intoxikation sei, ist klinisch und ätiologisch gestützt und es ist dieselbe als eine Zerebrospinalerkrankung aufzufassen, welche durch das Eindringen des Giftes ins Blut erzeugt wird, gleich dem Ergotismus und Saturnismus. Sie ist aber nur völlig zu verstehen vom Gesichtspunkte der funktionellen Abnutzung, wie er von Edinger für die Aufbrauchkrankheiten aufgestellt worden ist. Nur dadurch ist verständlich, daß gerade die armen, schwer arbeitenden Landleute erkranken und nur dadurch ist die Auswahl gewisser Fasergruppen verständlich, während die Intoxikation nur, wie bei anderen Erkrankungen die Syphilis und der Alkohol, die Prädisposition gibt, die Widerstandsverminderung bedingt.

Dies ist auch therapeutisch von Wichtigkeit, indem von diesem Standpunkte aus eine bessere Therapie bei frühzeitigem Einsetzen derselben zu erwarten ist, zu einer Zeit, wo die Störungen noch rein funktionell sind und irreparable Defekte fehlen.

IV. Referent Merk (Wien): Es geht mit den Hautsymptomen der Pellagra, wie es mit den Masern und dem Scharlach beispielsweise gegangen, die man auch lange nicht unterschied, während es doch heute jedem Anfänger schwer fallen würde, sie zu verwechseln. So müsse auch die Pellagra scharf von anderen Erythemen unterschieden werden.

Es ähnelt dem Erythema exsudativum multiforme und ist ausgezeichnet durch einen deutlichen rosaroten Saum und besitzt innerhalb blässerer Stellen braunrote Flecken. Nach längerem Bestande geht die Farbe in eine graubraune über; es bilden sich dann schmutzige Schuppen und die Haut ist bald verdickt, bald atrophisch. Befallen sind mit Vorliebe die Handgelenke und -flächen, die Füße, das Gesicht, der Hals, die Genitalregion, also zwar vorwiegend, aber keineswegs ausschließlich die belichteten Stellen. Die Krankheit kommt im meteorologischen Frühjahr zum Ausbruch, somit in manchen Gegenden im Juni, und man kann Pellagra zu jeder Jahreszeit zu sehen bekommen. In der Regel kommt sie nur einmal im Jahre vor, doch soll sie auch zweimal ausbrechen können.

Nach Merks Meinung ist die Diagnose Pellagra der Haut eine mit Sicherheit zu stellende, und man solle deshalb dahin trachten, auch das übrige Bild dieser Krankheit genau zu präzisieren.

V. Referent v. Haberler (Innsbruck): Die Maßnahmen, welche zur Bekämpfung der Pellagra von seiten der Behörden zu ergreifen sind, dürfen sich nicht auf die Sonderung der Gesunden von den Kranken (Pellagraheime) und sonstige hygienische Verbesserungen kleinen Stiles beschränken, sondern müssen vorwiegend in einer wirtschaftlichen Hebung der befallenen Landstriche bestehen; denn daß die Städter weniger ergriffen werden als die Landbewohner, liegt in den besseren Erwerbs- und damit Ernährungsverhältnissen ersterer und darin begründet, daß der Städter Krankheiten mit mehr Sorgfalt beachtet und ihnen vorzubeugen sucht.

Daß die Ernährung von größter Bedeutung ist, ist allseitig anerkannt, ob dabei dem Mais allein alle Schuld zuzuschreiben ist, sei nicht so ganz sicher, wie die Erfahrungen in Frankreich gezeigt haben. Immerhin sei dahin zu trachten, den Maisbau einzuschränken und die Bevölkerung wieder zum Kornbau zurückzuführen.

Der Maisüberwachung sei auch deshalb ein besonderes Augenmerk zugewandt, da nachgewiesen ist, daß die arme Bevölkerung zum Teil solchen Mais zur Nahrung erhält, der zum Viehfutter bestimmt war, Abfälle und verdorbene Körner bzw. solches Mehl. Zur Besserung der Ernährungsverhältnisse sei es aber auch nötig, die Frauen wieder dahin zu bringen, sich mehr mit Kochen zu beschäftigen und nicht mit Pollenta- und Kaffeebereitung zufrieden zu sein. Das Haupterfordernis sei aber dann freilich, bessere Erwerbsverhältnisse zu schaffen; darum seien Arbeiterinnen in die Schweiz geschickt worden, um dort die Stickerei zu lernen; ähnlich müssen Männer zum Handwerk und Industrie herangezogen werden und endlich müsse auch die Landwirtschaft gehoben werden. Für alle diese Dinge seien schon kräftige Ansätze vorhanden. Die Zahl der Pellagrösen im südlichen Österreich beträgt 8053; die Zahl der ergriffenen Gemeinden sei von 93 im Jahre 1895 auf 153 im Jahre 1904 gestiegen. Im letzten Jahre sind 183 an Pellagra gestorben, ohne die durch Pellagra verursachten Selbstmorde.

Zlocisti (Berlin): Wer darf stillen?

Die Säuglingssterbe ist keine Rassenauslese. Die Bemühungen zur Herstellung immer besserer künstlicher Nährmittel seien unzweckmäßig, man richte sein Augenmerk vielmehr auf Steigerung der Zahl der stillfähigen Mütter. Hygienisch-diätetische Maßnahmen könnten dazu beitragen; die Mehrzahl der Mütter ist so wie so stillfähig; nur ernste Krankheiten dürfen als Gegenanzeige betrachtet werden.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 23. November 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

J. Mannaberg stellt einen 63jährigen Mann mit einem Aneurysma der Bauchaorta vor. Bei dem Patienten, welcher Pneumonie, Malaria, Bleikolik und Magenkrämpfe überstanden hat und in der letzten Zeit über Mattigkeit, Appetitmangel und zeitweise auftretende Kreuzschmerzen klagte, fand man bei der Untersuchung eine Infiltration des Oberlappens der rechten Lunge, Tabes dorsalis und eine flache, prall elastische, nicht druckempfindliche und bei der Respiration sich nicht verschiebende Vorwölbung, über welcher die Perkussion einen gedämpft tympanitischen Schall ergibt. Beim Anhalten des Atems zeigt der Tumor Pulsation, über demselben sind systolische und diastolische Geräusche zu hören. Die Femorales pulsieren, die Radialis und Temporalis sind geschlängelt, sonst findet sich nichts Abnormes am Zirkulationssystem. Vortr. hält den Tumor, welcher bisher keine subjektiven Symptome verursacht hat, für ein Aneurysma der Bauchaorta.

v. Neusser berichtet über einen Fall, in welchem tuberkulöse Peritonitis ein Aneurysma der Bauchaorta vortäuschte.

v. Schrötter mahnt bei der Seltenheit der Aneurysmen der Bauchaorta zur Vorsicht in der Diagnose und möchte sich weder für noch gegen dieselbe aussprechen, er vermisse aber die bei Aneurysmen vorkommende dilatatorische Pulsation.

J. Mannaberg erwidert, daß er außer dem vorgestellten noch zwei Fälle von Aneurysma der Bauchaorta beobachtet habe; bei dem einen hörte man über dem Aneurysma nur systolische, bei dem andern auch noch diastolische Geräusche.

W. Türk demonstriert einen Fall von myeloider Leukämie mit sublymphämischem Befunde. Bei dem 60jährigen Patienten wurde vor 3 Jahren zum ersten Male eine Anschwellung im linken Hypochondrium festgestellt, gegenwärtig reicht dieselbe (Milztumor) bis zur Nabelhöhe und nähert sich bis auf 1 Querfinger der Mittellinie; auch die Leber ist vergrößert. Das Beklopfen des Sternums ist schmerzhaft. Die Blutuntersuchung ergab 5,100.000 Erythrozyten, Färbeindex 1, 31.000 weiße Blutkörperchen mit den für myeloide Leukämie typischen Charakteren. Unter der Röntgenbehandlung hat sich die Milz verkleinert, die Schmerzhaftigkeit des Sternums ist fast vollständig verschwunden, die Zahl der weißen Blutkörperchen ist bis auf 9700 gesunken; besonders haben sich die Myelozyten und die gelappt-kernigen neutrophilen Zellen vermindert.

J. Flesch stellt einen Fall von linksseitiger paralytischer Fazialiskontraktur vor. Die Patientin bekam im Jahre 1903 plötzlich Fazialislähmung mit Kontraktur der befallenen Muskeln, der krankhafte Zustand verschwand nach elektrischer Behandlung. Im Mai 1905 stellte sich wiederum plötzlich eine Lähmung des Fazialis von gleichem Typus ein; durch elektrische Behandlung wurde die aktive Beweglichkeit der Gesichtsmuskulatur ziemlich hergestellt, dagegen blieben der Kontraktionszustand der Muskeln, Nystagmus und ticartige Bewegungen im linken Zygomatikus. In einem zweiten demonstrierten Falle blieb nach der Fazialislähmung nur eine geringe Kontraktur in einem Zygomatikus zurück.

Rud. Schmidt führt einen Fall von Polycytaemia rubra vor. Pat. hatte vor 2 Jahren heftige Nierenkoliken. Als er vor kurzem wegen eines Ohnmachtsanfalles untersucht wurde, fand man im Harn Eiweiß, im Harnsediment ausgelaugte Erythrozyten, eine Vermehrung der roten Blutkörperchen auf $6^1/_2$ Millionen, Steigerung des Hämoglobingehaltes, polynukleäre Leukozytose und eine vergrößerte Milz, welche anfänglich für einen Nierentumor gehalten worden war.

Ferner demonstriert **R. Schmidt** einen Mann mit myeloider Leukämie und kolossalem Milztumor. Auch in diesem Falle waren Nierenkoliken vorausgegangen; Vortr. möchte dieselben durch Druck der Milz auf Niere und Ureter oder durch eine infolge des Druckes entstandene Behinderung der Nierenfunktion erklären.

Josef Wiesel: Über Gefäßerkrankungen im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten.

Die Untersuchungen bilden die Fortsetzung der seinerzeit publizierten Studien über Gefäßveränderungen im Verlaufe des Typhus abdominalis. Es konnte damals nachgewiesen werden, daß im Verlaufe des Typhus herdförmige Nekrosen an der glatten Muskulatur und den elastischen Fasern der mittleren Gefäßhaut größerer Arterien konstatierbar sind. Die jetzigen Untersuchungen erstrecken sich auf über 200 Fälle von anderen akuten Infektionskrankheiten, vor allem Diphtherie, dann Scharlach, Pneumonie, Influenza, septisch-pyämische Erkrankungen, Morbillen usw. In allen diesen Fällen ließen sich an den Arterien mehr oder weniger hochgradige Veränderungen konstatieren, die wieder ihren anatomischen Ausdruck in herdförmigen Nekrosen der glatten Gefäßmuskulatur sowie des elastischen Gewebes finden. Die hochgradigsten Veränderungen des elastischen Gewebes zeigt die Diphtherie, die glatte Muskulatur, der Scharlach sowie die septisch-pyämischen Erkrankungen. Die Degeneration des elastischen Gewebes beginnt mit Streckung und schlechterer Färbbarkeit der elastischen Fasern und führt zu ausgedehnten Kontinuitätstrennungen, Querzerfall und völligem Schwund der elastischen Elemente. An ihre Stelle tritt eine teils schollige, teils homogene Masse als Ausdruck weit gediehener Nekrose. Erst sekundär werden die oberflächlichen Schichten der Intima befallen. Verkalkungen fehlen. An der glatten Muskulatur kommt es ebenfalls zu ausgiebigen Nekrosen. Die Ausheilungsvorgänge resp. die weiteren regressiven Metamorphosen konnten vorläufig wegen Mangels an geeignetem Material nicht ausgiebig studiert werden. Ebenso erfordern die Veränderungen des Herzmuskels und der Koronargefäße eine eigene Bearbeitung.

Vortr. weist darauf hin, daß möglicherweise die Fälle von sogenannter jugendlicher Arteriosklerose ihren Ausgangspunkt von den eben skizzierten Veränderungen nehmen. Allerdings wären dann diese Fälle mehr als Arteriosklerose im landläufigen Sinne des Wortes aufzufassen. Denn die Arteriosklerose geht immer nur von der Intima aus, während die Veränderungen der mittleren Gefäßhaut sekundärer Natur sind. Im Verlaufe anderer Infektionskrankheiten aber ist Ursprung und Sitz der Erkrankung die Media. Eine gewisse Analogie besteht ferner mit den experimentell erzeugten Erkrankungen nach intravenöser Einverleibung von Adrenalin, Phloridzin, Digalen usw. Auch hier besteht die ursprüngliche Erkrankung in Nekrose der glatten Gefäßmuskulatur und des elastischen Gewebes in der mittleren Gefäßhaut. Zum Schlusse weist Vortr. auf eine Reihe von klinischen Beobachtungen hin, die durch seine Befunde ihre Erklärung finden.

Ludwig Hofbauer fragt, ob sich histologisch ein durchgreifender Unterschied zwischen den beiden klinisch gleich aussehenden Formen der Arteriitis, der (mit Blutdrucksenkung verbundenen) tuberkulösen und der (mit Blutdrucksteigerung einhergehenden) nephritischen Veränderung der Arterienwand dartun läßt; wenn nicht, muß der bisher angenommene ätiologische Zusammenhang zwischen Blutdrucksteigerung und Wandverdickung fallen gelassen werden.

Jos. Wiesel antwortet, daß seine diesbezüglichen Untersuchungen sich erst im Anfangsstadium befinden.

K. Sternberg bemerkt, daß sich bei Luetischen, Paralytikern und Tabikern eine Form der Arteriosklerose findet, bei welcher vornehmlich die Media der Sitz der Erkrankung ist. Es wird vielfach angenommen, daß sie durch Lues bedingt ist, während andere Autoren, unter ihnen auch Paltauf, der Ansicht sind, daß ein Teil solcher Arteriosklerosen, namentlich der Aorta ascendens, Veränderungen darstellt, die in einer früheren Zeit durch Infektionskrankheiten hervorgerufen worden sind. Diese Vermutung könnte in den Befunden des Vortr. eine Stütze finden; man könnte sich vorstellen, daß, wenn die von Wiesel gefundenen Veränderungen in der Media zur Ausheilung gelangen, sich Veränderungen der Aorta finden könnten, wie sie bei den oben erwähnten Arteriosklerosen angetroffen werden.

L. v. Schrötter bemerkt, daß der klinische und der anatomische Begriff der Arteriosklerose sich nicht decken. Härte und Verdickung der Arterien kann durch verschiedene Prozesse hervorgerufen werden, die zum Teil noch nicht geklärt sind: das bezieht sich auch auf manche Gifte und auf Syphilis. Auch bei Tuberkulose finden sich harte und dicke Arterien. Die Untersuchungen des Vortr. sind zur Klärung der Frage sehr wichtig.

Notizen.

Wien, 9. Dezember 1905.

Die Zentenarfeier der Geburt Joseph Skodas.

Morgen jährt sich zum hundertsten Male der Tag, an welchem Joseph Skoda das Licht der Welt erblickt hat. Der Sohn des Pilsener Schlossers war berufen, nach harten Kämpfen neben Rokitansky der geistige Führer der sogenannten zweiten Wiener medizinischen Schule zu werden, deren Blütezeit in das zweite Dritteil des 19. Jahrhunderts fällt. Die Epigonen blicken heute in Dankbarkeit und Bewunderung zu den frisch bekränzten Bildnissen des Meisters empor, welche sie ihm in der Ruhmeshalle der Universitas litterarum, in seinem einstigen Auditorium, der Stätte seines didaktischen Wirkens, wie im Saale der „Gesellschaft der Ärzte" errichtet haben. Sie feiern den 100. Geburtstag des Mannes, der, schlicht und wahr, ein Naturforscher in des Wortes idealster Bedeutung, der heutigen Medizin den Stempel

der Naturwissenschaft aufgedrückt und dessen Name für alle Zeiten verknüpft ist mit der herrlichsten Epoche unserer Schule. Die „Wiener Medizinische Presse" legt ehrfurchtsvoll dieses Blatt auf den Grabhügel nieder, der die Reste JOSEPH SKODAs deckt.

* * *

Die wissenschaftliche Bedeutung SKODAs ist von Berufenen gewürdigt worden. Wir können unsern Lesern kein frappanteres Bild seines geistigen Lebens bieten als jenes, welches einer der hervorragendsten Männer aus SKODAS Schule, MORITZ HEITLER, in seiner zu Ehren des großen Toten — wenige Wochen nach dessen am 13. Juni erfolgten Hinscheiden — gehaltenen Gedenkrede in meisterhafter Weise entworfen hat.

„Wie die Bergesspitzen, die hoch gegen Himmel ragen" — sagt HEITLER[1]) — „nicht unmittelbar aus der Ebene auftauchen, sondern aus der Gebirgskette emporsteigen, so erheben sich die Leistungen großer Männer, welche neue Gesetze der menschlichen Erkenntnis schaffen, aus den Versuchen und Bestrebungen ihrer Vorgänger. Wenn wir die unsterblichen Verdienste unseres großen Meisters in ein klares Licht stellen wollen, so müssen wir weit zurückgreifen in das vorige Jahrhundert, wo die ersten Anfänge der Wissenschaft zu finden sind, deren Gesetze SKODA fest begründete und für alle Zeiten sicherstellte. Mit Stolz wollen wir es aussprechen, daß es ein österreichischer Arzt in Wien war, welcher einen neuen und den einzig richtigen Weg der medizinischen Forschung einschlug, der zu der sicheren Erkenntnis von Krankheiten führte, welche man früher bloß aus vagen und unverläßlichen Erscheinungen vermutete. Das „Inventum novum" AUENBRUGGERS ist die Morgenröte der neuen Ära, und mit Recht wird von SKODA der Verfasser des Inventum als der Gründer der neueren Diagnostik bezeichnet. Die von AUENBRUGGER ausgesprochenen Sätze: „Thorax sani hominis sonat, si percutitur" und „Si igitur ex praedictis § 3 locis sonoris non praecipitur sonus manifestus utrique lateri aequalis, eidemque percussionis intensitati conformis, morbosum quid in pectore latere significat" bilden das Fundament der ganzen Perkussionslehre. Nicht ohne Rührung liest man dieses Buch, dessen reicher Inhalt von einer seltenen Beobachtungsgabe seines Autors zeugt, wenn man weiß, welches Schicksal dasselbe erfahren. Auf die vielverheißende Morgenröte sollte erst spät der helle Tag folgen und die schönen Worte, mit welchen AUENBRUGGER das „Inventum" schließt: „Cedant haec miseris aegris in solatium, veris autem medicinae cultoribus in incrementum artis", sollten erst nach 50 Jahren in Erfüllung gehen.

. . . Ohne SKODA wäre das Schicksal der Perkussion und Auskultation noch lange Zeit unentschieden geblieben. Das Bestreben, welches sich in allen Arbeiten der französischen Forscher vor SKODA kundgibt, für die anatomischen Veränderungen in den Organen charakteristische physikalische Zeichen zu finden, hatte bei der ungeheuren Mannigfaltigkeit und Kompliziertheit der gegebenen Veränderungen eine reiche Zeichenlehre zur Folge, welcher es gerade wegen ihres Reichtums an scharfer Charakteristik fehlen mußte. Dieses Bestreben hätte einerseits zu einem falschen Virtuosentum, andrerseits zur Entmutigung beim Studium und zu häufiger Enttäuschung in der Praxis geführt, die Verbreitung der Lehre gehemmt und den Bestand derselben bei Versuchen, die Zeichenlehre nach dieser Richtung hin zu erweitern, und an welchen es auch nicht fehlte, gewiß gefährdet. Die Irrtümlichkeit dieses Bestrebens und die Unausführbarkeit desselben hat SKODA dargetan, indem er lehrte, daß wir mit Hilfe der durch die Perkussion und Auskultation erhaltenen Zeichen nicht etwa die krankhaften Prozesse in den Organen, sondern nur die durch die krankhaften Prozesse hervorgerufenen physikalischen Veränderungen bestimmen, die Prozesse selbst nur mit Zuhilfenahme andrer physikalischer Zeichen und weiterer Behelfe erschließen können, und hat durch die Zurückführung der akustischen Zeichen auf die bekannten Gesetze der Physik, ihre experimentelle Prüfung und durch die konsequente Durchführung dieses Prinzips auf dem ganzen Gebiete der Perkussion und Auskultation, durch seine scharfe und objektive Charakteristik der akustischen Zeichen, wodurch dieselben mit Leichtigkeit erfaßt und mit Sicherheit erkannt werden, wie etwa eine Pflanze durch die Beschreibung eines Botanikers oder ein Element durch die charakteristischen Reaktionen des Chemikers und durch die hieraus resultierende Vereinfachung der Terminologie, durch das Feststellen des semiotischen Wertes jedes akustischen Zeichens durch eine möglichst große Anzahl von Untersuchungen an Gesunden und Kranken mit Kontrollierung an Leichen und durch Ermittlung aller Umstände, durch welche dasselbe bedingt sein kann, durch seine präzise Bestimmung des Wertes sowohl der Perkussion als auch der Auskultation, wie durch genaue Angaben über die gegenseitige Ergänzung beider Untersuchungsmethoden und durch die scharfe Umgrenzung der Leistungsfähigkeit derselben überhaupt jene Grundlage für die Lehre der Perkussion und Auskultation geschaffen, welche ihren Bestand für alle Zeiten sichert. . . .

Während die früheren Forscher die Verschiedenheiten des Schalles der Brust- und Bauchhöhle in eine Reihe von Mehr zum Weniger zusammenstellten mit Ausnahme von AUENBRUGGER, der neben einem sonus clarus und obtusus auch einen sonus altus und profundus unterschied, wies SKODA nach, daß man genötigt sei, vier verschiedene Reihen von Mehr zum Weniger zusammenzustellen, und hat durch seine bekannten vier Reihen: vom vollen Schalle zum leeren, vom hellen zum dumpfen, vom tympanitischen zu dem nicht tympanitischen (welche er früher als klingend und klanglos bezeichnete), vom hohen zum tiefen, welche er an klinischen Beispielen beweist und durch Experimente erhärtet, jene Sicherheit in der Perkussion geschaffen, welche schon geringfügige Veränderungen und die Ursache derselben präzis erkennen läßt. Auch die Resultate, welche durch den beim Perkutieren gefühlten Widerstand, durch das Resistenzgefühl erlangt werden und wodurch PIORRY ein Exsudat von einer Hepatisation und tuberkulösen Infiltration, ein hypertrophisches Herz von einem erweiterten Herzen oder von einem Exsudat im Herzbeutel usw. unterscheiden konnte, wurden von SKODA auf das richtige Maß reduziert, und die Erfahrung zeigt, daß die Feinheit unseres Tastvermögens seit den Arbeiten SKODAs nicht wesentlich zugenommen hat. Dieselbe prägnante Differenz zwischen SKODA und seinen Vorgängern ergibt sich auch bei Prüfung der Lehre der Auskultation. LAËNNEC, der, wie SKODA sagt, durch seine großen Leistungen dem Forschungsgeiste der Ärzte in Frankreich und nachträglich fast in allen Ländern eine neue Richtung und einen neuen Impuls gegeben, hatte ein ganz bestimmtes Ziel im Auge. „Das Ziel, welches ich mir immer in meinen Studien und Untersuchungen vorgesteckt habe," sagt LAËNNEC in der Vorrede zu seinen „Traité de l'Auscultation médiate", „war die Lösung folgender Probleme: 1. am Kadaver einen pathologischen Fall durch die physikalischen Charaktere, welche die Veränderung der Organe darbietet, zu unterscheiden, 2. ihn am Lebenden durch sichere, so viel als möglich physikalische und von den Symptomen unabhängige Zeichen zu erkennen." Aber der Weg, den LAËNNEC eingeschlagen, war ein verfehlter; ja, es zeigte sich, daß die Erreichung dessen, was LAËNNEC anstrebte, überhaupt unmöglich sei. LAËNNEC ging einer physikalischen Erklärung der Zeichen nicht aus dem Wege, aber sein leitender Gedanke war immer das Auffinden charakteristischer physikalischer Zeichen für die pathologischen Prozesse und für die verschiedenen Stadien derselben.

Die Kritik, welche SKODA an diese Lehren legt und die Widerlegung derselben, seine präzise Bezeichnung der akustischen Zeichen und die Deutung derselben mußte jeden Unbefangenen von den Mängeln und der Unhaltbarkeit der LAËNNECschen Lehren überzeugen. Gegenüber der unsicheren Charakteristik der Respirationsgeräusche von Seite LAËNNECs gibt SKODA an: „Alle Respirationsgeräusche lassen sich mit dem Munde durch Einziehen oder Ausstoßen der Luft nachahmen und sind nichts anderes als Verbindungen eines Konsonanten mit einem Vokale. Man kann demnach die Unterschiede dieser Geräusche dadurch festsetzen, daß man sie mit dem Munde nachahmt und die zur Produktion irgend eines Geräusches erforderliche Stellung der Lippen und der Zunge durch Angabe des Konsonanten und Vokals bestimmt", wodurch das Erkennen derselben ungemein erleichtert wird. So lehrt SKODA, daß LAËNNECs Pectoriloquie und Bronchophonie eine und dieselbe Erscheinung darstellt, und daß LAËNNECs Egophonie ein die konsonierende Stimme zuweilen begleitender Schall

[1]) JOSEPH SKODA. Eine historische Studie von Dr. M. HEITLER, Dozent an der Wiener Universität. („Wiener Klinik", Dezember 1881.)

sei, die mit dem Vorhandensein von Flüssigkeit in der Pleura nicht in wesentlichem Zusammenhange stehe und die an sich keine besondere Bedeutung habe. Er gibt ferner an, die bronchiale und kavernöse Respiration LAËNNECs sei ein und dasselbe Geräusch, die hauchende Respiration eine starke bronchiale und der verschleierte Hauch eine bedeutungslose Modifikation des bronchialen Atems usw. Die schönsten Früchte trug der von SKODA eingeschlagene Weg in der Diagnostik der Herzkrankheiten und hier zeigt sich gegenüber seinen Vorgängern ein solcher qualitativer und quantitativer Fortschritt, wie er nur mit einer richtigen Methode einer unrichtigen gegenüber erreicht werden kann. Während bei den Affektionen der Lungen nach LAËNNECs Vorgang eine ziemliche Sicherheit in der Diagnostik erreicht werden konnte, da ja bei denselben die durch die Perkussion und Auskultation erlangten Zeichen durch andere physikalische Zeichen, durch den Verlauf der Krankheit und die begleitenden Erscheinungen wesentlich gestützt werden, so war auf dem Gebiete der Herzkrankheiten, wo oft die verschiedensten Affektionen einen nicht sehr wesentlichen, für die Diagnostik verwertbaren Unterschied in den Störungen und in ihrem Verlauf darbieten, eine präzise Differenzierung der verschiedenen Affektionen, insbesondere der Klappenaffektionen, nicht früher möglich, bevor nicht die durch die Funktion des Herzens an demselben hervorgerufenen Zeichen klar erfaßt und richtig gedeutet wurden, und es kann unumwunden ausgesprochen werden, daß unsere Sicherheit in dem Erkennen der Herzkrankheiten, welche ja immer als der größte Triumph der physikalischen Diagnostik hervorgehoben wird, auf den fundamentalen Arbeiten SKODAs beruht. Die von SKODA in den Jahren 1837 und 1839 veröffentlichten Abhandlungen: „Über den Herzstoß und die durch die Herzbewegungen verursachten Töne" und „Untersuchungsmethode zur Bestimmung des Zustandes des Herzens" bilden einen Markstein in der Geschichte der Herzkrankheiten.

Seine Lehren und den reichen Schatz seiner Erfahrungen hat SKODA in seinem Buche, betitelt „Abhandlung über Perkussion und Auskultation", welches im Jahre 1839 in der ersten, im Jahre 1864 in der sechsten Auflage erschien, niedergelegt, ein unübertroffenes und unübertreffliches Werk, ein bleibendes Denkmal exakter medizinischer Forschung. Die Lehren SKODAs verbreiteten sich schnell und haben auch ihren Eingang in die Heimat LAËNNECs gefunden. Vom Studium ging man bald zur kritischen Prüfung über und es wurde gegen dieselben mancher heftige Angriff gerichtet. Aber diese betraf nur die von SKODA gewählte Terminologie, welche man jedoch bisher durch keine bessere ersetzen konnte, und manche seiner Theorien, aber der Kern seiner Lehren blieb unangetastet; alle Kritiker stimmten überein, daß an den Schlüssen, welche SKODA aus den akustischen Zeichen auf die Veränderung der Organe zog, nichts geändert werden könne. So vollendete SKODA das Gebäude, zu welchem AUENBRUGGER und LAËNNEC die Grundsteine gelegt; AUENBRUGGER hat den Ruhm der Entdeckung der Perkussion, LAËNNEC den Ruhm der Entdeckung der Auskultation; die physikalische Semiotik, durch welche diese großen Entdeckungen ihren wirklichen und bleibenden Wert erhielten, hat SKODA geschaffen.

Wir würden von SKODAs Leben nur ein unvollkommenes Bild geben und seinem Andenken nicht ganz gerecht werden, wenn wir sein segensreiches Wirken in der Therapie, durch welches er zum Reformator der Therapie geworden, nicht gebührend hervorheben möchten, um so mehr, da SKODA durch das freimütige und rückhaltslose Bekennen seiner therapeutischen Anschauungen sich heftige und ungerechtfertigte Angriffe, insbesondere von Seite der Ärzte zugezogen. Anklänge an die exspektative Behandlung der Kranken finden sich bei den aufgeklärten Ärzten verschiedener Zeiten; konsequent und zum Wohle der Menschheit mit Erfolg wurde dieselbe jedoch zuerst von SKODA durchgeführt, und wenn man die Zeit berücksichtigt, in welcher SKODA seine Lehren zur Geltung brachte, so kann man seinem Mute, seiner Überzeugungstreue und Charakterfestigkeit nicht genug Anerkennung zollen. In Frankreich war die Therapie trotz des Sieges der anatomischen Schule durch die Irritationslehre von BROUSSAIS beherrscht und in Strömen floß das Blut der Kranken; in Deutschland folgte man dem BROWNschen oder RASORIschen System oder man huldigte dem rohesten, von keinem System geleiteten Empirismus; das Fehlen eines richtigen Einblickes in die Krankheitsprozesse, falsche Anschauungen über das Wesen derselben, willkürliche, jeder Grundlage entbehrende Indikationen mit Rücksichtnahme auf den herrschenden Krankheitscharakter, ein Schatz von Arzneimitteln, wie ihn kaum reicher die Historia naturalis des PLINIUS birgt, bildeten die Grundlage des therapeutischen Handelns.

Allen derartigen therapeutischen Verfahren hat SKODA für alle Zeiten ein Ende gemacht, indem er nach sorgfältiger Prüfung der Wirkung der Medikamente, nach einem sorgfältigen Studium des von Medikamenten unbeeinflußten Krankheitsverlaufes lehrte, daß wir nicht imstande sind, den gesetzmäßigen, naturnotwendigen Verlauf vieler Krankheiten zu beeinflussen, daß manche energische therapeutische Verfahren auf den Krankheitsverlauf schädlich einwirken und das Leben des Kranken gefährden. Diese Lehren riefen heftige Opposition von Seite der Ärzte hervor und man warf SKODA vor, daß er den Nihilismus in der Therapie predige; man vergaß jedoch, daß diese sogenannten nihilistischen Anschauungen auf genauer, vorurteilsfreier Naturbeobachtung beruhen, daß man durch ein sorgfältiges Studium des von Medikamenten unbeeinflußten Krankheitsverlaufes Prüfsteine zur Beurteilung der Wirkung der Medikamente gewonnen, daß auf diese Weise der Boden für eine rationelle Therapie geschaffen wurde. Übrigens sind die Fortschritte in der Behandlung interner Krankheiten, seitdem man gegen den Nihilismus der Wiener Schule Front gemacht, nicht gar so bedeutend, wenn es auch an ehrlichen Bemühungen nicht fehlte, und manche Enttäuschung wäre der Wissenschaft erspart geblieben, wenn man bei den therapeutischen Versuchen immer mit SKODAscher Wahrheitsliebe und SKODAschem Skeptizismus vorgegangen wäre.

Seit SKODAs Glanzperiode hat unsere Wissenschaft bedeutende Fortschritte gemacht; neue Wissenszweige sind entstanden, welche ihr rasches Emporblühen insbesondere der physikalischen Methode verdanken; mit größerem Eifer als je und wahrscheinlicherer Aussicht auf Erfolg wandte man sich der Erforschung der Ursachen der Krankheiten zu. Aber diese Forschungen konnten erst beginnen, nachdem die Krankheitsprozesse und die durch sie bedingten anatomischen Veränderungen genau gekannt und sichere Behelfe, dieselben am Lebenden zu erkennen, gefunden wurden. Diese Arbeit mußte erst vollendet werden, und in der auserlesenen Schar glänzender Geister, welche diese Aufgabe in Angriff genommen und zur Lösung brachten, ist SKODA einer der hervorragendsten. SKODA hat fernerhin durch die strenge Anwendung und erfolgreiche Durchführung der physikalischen Gesetze auf einem großen Gebiete der Medizin die Anschauung, daß zur Erforschung der Lebenserscheinungen der naturwissenschaftliche Weg der einzig richtige ist, wesentlich gekräftigt und zum Verharren in dieser Richtung ermutigt, indem er zeigte, daß große und bleibende Erfolge bloß auf diesem Wege zu erzielen sind. Sein Name wird in der Wissenschaft ewig mit Ruhm und Ehre gekrönt bleiben, und so möge er sein für alle Zeiten wie er im Leben war und wie ihn ROKITANSKY bezeichnete: „eine Leuchte für den Lernenden, ein Muster für den Strebenden, ein Fels für den Verzagenden!"

Wiederholt haben die Ärzte ihrer Liebe, Verehrung und Bewunderung für SKODA und sein Wirken als Gelehrter, Lehrer und Arzt Ausdruck gegeben. Als am 25. März 1871 JOSEPH SKODA aus Gesundheitsrücksichten vom Lehramte zurücktrat, das er 25 Jahre hindurch so ruhmreich ausgeübt, da veranstalteten seine Kollegen, seine Schüler und mit ihnen die gesamte Ärzteschaft Wiens eine Feier, die in ihrer Herzlichkeit und Einfachheit wohl niemals überboten worden ist, ein Fest, als dessen Höhepunkt der denkwürdige Augenblick bezeichnet werden muß, in welchem KARL ROKITANSKY dem scheidenden kongenialen Mitkämpfer für Wahrheit und Wissen die Hände reichte, um ihm dafür zu danken, daß er in seiner Erwiderung auf die Ansprachen der Wortführer der Versammlung ihm, ROKITANSKY, einen großen Anteil an seiner Lebensarbeit vindiziert hat.

Und nur 10 Jahre später haben sie dem toten SKODA das Ehrengeleite zur letzten Ruhestätte gegeben. Dort, wo die Reben am Gelände des Wiener Waldes aufwärts streben, an der Peripherie des alten Wien, haben sie ihn gebettet, unweit von seinem Freunde ROKITANSKY, der 3 Jahre früher ihm vorangegangen. SKODA und ROKITANSKY, „das weithin leuchtende Dioskurenpaar", ruht vereint

am alten Hernalser Friedhofe und pietätvolle Hände schmücken die Gräber unserer großen Toten. Und als 2 Jahre nach SKODAS Tode, am 13. Juni 1883, die „Gesellschaft der Ärzte zu Wien“ am einstigen Wohnhause SKODAS in jener Gasse, die heute seinen Namen führt, eine Gedenktafel anbrachte, da durfte EDUARD ALBERT in seiner klassischen Würdigung des betrauerten Meisters sagen:

„Wie läßt sich der große Eindruck und Einfluß, der von SKODA ausging, zerlegen und begreiflich machen? Am mächtigsten dürfte in dem Eindruck, den SKODA auf die Ärzte machte, der Zug vorgewaltet haben, daß er der Schöpfer dessen war, was er vortrug. Hatte auch SKODA so gut wie ROKITANSKY Vorgänger, so hatten doch beide Männer ihr Gebäude von Grund aus gebaut; hie und da wurde schon vorhandenes Material benutzt, das Allermeiste aber mit eigener Hand herbeigetragen, hie und da wurde die eine oder die andere Linie aus schon vorhandenen Konstruktionen entnommen, aber der Gesamtentwurf, der große Plan, war ihr eigenes Werk. Und insoferne als wir die schöpferische Kraft als ein Attribut des Göttlichen ansehen, war die Bezeichnung „Dioskuren“ eine geistreiche; denn Dioskuren bedeutet soviel, wie „Söhne des Gottes“. Was JOHANNES MÜLLER für die Physiologie, was LIEBIG für die Chemie, SAVIGNY für die Rechtswissenschaft, F. A. WOLF für die klassische Philologie, BOPP für die vergleichende Sprachforschung waren, das waren SKODA für die Medizin, ROKITANSKY für die Pathologie.“

* * *

Das „Wiener medizinische Doktoren-Kollegium“ und die „Gesellschaft der Ärzte“ veranstalten eine gemeinsame Gedenkfeier SKODAS, die Montag den 11. d. M., 7 Uhr abends, im Saale der „Gesellschaft“ stattfinden und in welcher Hofrat Prof. R. v. SCHRÖTTER die Gedenkrede halten wird.

(Oberster Sanitätsrat.) In der am 2. Dezember 1905 abgehaltenen Sitzung gelangten nachstehende Gegenstände zur Beratung und Schlußfassung: 1. Festsetzung der Arzneitaxe für das Jahr 1906. 2. Gutachten über das Projekt der Errichtung einer Trinkwasserleitungsanlage in einer Landeshauptstadt. 3. Gutachten über die Zulässigkeit der Errichtung eines Spitales für homöopathische Behandlung der Kinder. 4. Besetzungsvorschlag für die erledigte Stelle eines Oberbezirksarztes in Krain. Zum Schlusse der Sitzung wurde vom Obersanitätsrat v. JAKSCH ein Initiativantrag betreffend die Verbesserung der Stellung der Spitalsdiener in den k. k. Krankenanstalten eingebracht, welcher einem ad hoc gewählten Spezialkomitee zur Vorbereitung zugewiesen wurde.

(Personalien.) Der Privatdozent für Chirurgie in Heidelberg Dr. H. KAPOSI ist zum Leiter des Josephs-Spitales in Breslau, der Extraordinarius für Chirurgie in Leipzig Dr. HEINRICH BRAUN zum Direktor des Kreiskrankenstiftes Zwickau ernannt worden. — Doktor KARL BECK in New-York hat beim internationalen Kongreß in St. Louis die goldene Medaille erhalten.

(Statistik.) Vom 25. November bis inkl. 2. Dezember 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7899 Personen behandelt. Hiervon wurden 1582 entlassen, 174 sind gestorben (9·9% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 99, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 2, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 152, Scharlach 62, Masern 129, Keuchhusten 88, Rotlauf 30, Wochenbettfieber 2, Röteln 8, Mumps 1, Influenza 1, Cholera nostra —, Genickstarre 2, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 601 Personen gestorben (— 17 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) In Freiburg i. B. ist am 1. d. M. der pathologische Anatom Prof. Dr. ERNST ZIEGLER im 57. Lebensjahre gestorben; er hat seinen Namen vor allem durch seine Untersuchungen über die Pathologie der Tuberkulose, ferner durch sein in vielen Auflagen erschienenes Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie, durch seine Untersuchungen über Entzündung, über Geschwulstbildung etc. bekannt gemacht. ZIEGLER war Herausgeber der „Beiträge zur pathologischen Anatomie“ und des „Zentralblattes für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“. — Gestorben sind ferner: In Berlin der Leibarzt des Kaisers Wilhelm, Generalstabsarzt der deutschen Armee Prof. v. LEUTHOLD, ferner der Geh. San.-Rat Dr. BRÜHL, 72 Jahre alt; in Heidelberg der Praktiker Dr. PÜLCHER als Opfer seines Berufes.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung: Donnerstag, den 14. Dezember 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik ESCHERICH.

I. Demonstrationen (angemeldet: Prof. Dr. ESCHERICH). — II. Diskussion zum Vortrage von Prof. Dr. ESCHERICH: Über Säuglingsfürsorge (angemeldet: Dr. S. WEISS). — III. Dr. LEHNDORFF: Über akute Leukämie im Kindesalter.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Der heutigen Nummer liegen Prospekte bei von: **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Isoform“**, der Verlagsbuchhandlung **Karl Konegen in Wien** über **„Dr. Moritz Benedikt: Aus meinem Leben“** und der **Farbenfabriken** vormals **Friedr. Bayer & Co.** in **Elberfeld** über **„Mesotan“** und **„Aspirin“**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 17. Dezember 1905. Nr. 51.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Wiener Medizinische Presse.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von **Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.**

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Aus der Abteilung für Syphilis- und Hautkranke des bosn.-herzeg. Landesspitales in Sarajevo.

Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis.

Von **Primararzt Dr. Leopold Glück**, Landessanitätsrat etc.

I.

Die Frage nach dem Zeitpunkte, in welchem die Allgemeinbehandlung der Syphilis mit Quecksilber einzuleiten sei, wurde wohl bereits von einzelnen Autoren aus der ersten Hälfte des XVI. Jahrhunderts gestreift, doch blieb es den Syphilidologen des XIX. Säkulums vorbehalten, dieselbe zu einer wissenschaftlich interessanten und praktisch wichtigen Streitfrage zu entwickeln und auszugestalten. Nach Proksch (1) scheint Diaz de Isla einer der ersten gewesen zu sein, der für die Frühbehandlung der Krankheit eingetreten ist, wohingegen Vigo die Allgemeinbehandlung erst dann begonnen hat, wenn der „Morbus gallicus" „confirmatus", i. e. entwickelt war.

Dieser historisch interessante Meinungsunterschied hatte insolange keine weitere Bedeutung, als man alle Geschwüre an den Geschlechtsteilen als Initialerscheinungen der Syphilis betrachtete. Zwar behaupteten schon einzelne Autoren der zweiten Hälfte des XVIII. Jahrhunderts, wie z. B. Swediauer (2), „daß auf den Beischlaf Geschwüre erfolgen können, die keineswegs von dem syphilitischen Gift herrühren" und die daher ohne den Gebrauch des Quecksilbers heilen, die Mehrzahl der Ärzte hielt aber an der Anschauung fest, daß jeder Schanker „ein Zeichen von der Gegenwart des syphilitischen Giftes in dem Körper" ist und leitete daher so früh als möglich die Allgemeinbehandlung mit Quecksilber ein. Dieser Ansicht huldigten noch manche Autoren im Beginne der zweiten Hälfte des XIX. Jahrhunderts, wie zum Beispiel Michaelis (3), der gegen alle Schanker der Geschlechtsteile unterschiedslos eine „modifizierte" Quecksilbereinreibungskur sehr warm empfahl, wiewohl fast ein Jahrzehnt zuvor Hölder (4) besonders hervorhob, daß es „verwerflich" sei, „eine bestimmte antisyphilitische Kur, namentlich Quecksilber anzuwenden, solange keine ausgesprochene Induration des Geschwürsgrundes oder andere sichere Zeichen der **bereits** eingetretenen allgemeinen Infektion vorhanden sind".

Als nun weiters durch die vertiefte klinische Beobachtung und das unzweideutige experimentelle Ergebnis festgestellt wurde, daß es zwei wesentlich verschiedene Schankerarten gebe, verwarfen alle Anhänger dieser Dualitätslehre die Verwendung des Quecksilbers in Form irgend einer Allgemeinbehandlung gegen die als rein lokales Leiden erkannten „weichen" Schanker. Der Gebrauch des Quecksilbers wurde in diesen Fällen allenthalben als überflüssig und schädlich anerkannt. Ein Teil der Ärzte, und zwar ein recht ansehnlicher, ging aber noch weiter, indem er die Ordination des Quecksilbers vor dem Auftreten der ersten unzweifelhaften Allgemeinerscheinungen der Syphilis überhaupt perhorreszierte.

Ursprünglich dürften Gründe der Vorsicht in diagnostischer Richtung — die Differentialdiagnose zwischen „weichem" und „hartem" Schanker ist nämlich gar nicht selten viel schwieriger, als dies nach der Darstellung der Bücher zu sein scheint — für die Stellungnahme der Autoren mitbestimmend gewesen sein. Mit der Zeit wurde jedoch ein so großes Sündenregister gegen die merkurielle Frühbehandlung zusammengestellt, daß — die Wahrheit desselben vorausgesetzt — dem Arzte, der es wagen würde, diese unheilvolle

Methode noch ferner anzuwenden, nichts anderes übrig bliebe, als sich zum Ignoranten oder gar zum Verbrecher stempeln zu lassen. Trotzdem gab und gibt es noch heute eine Anzahl von Syphilidologen, die sich die Hölle nicht heiß machen lassen und die die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis nicht nur selbst ausüben, sondern sogar in Wort und Schrift empfehlen.

Bevor wir nun auf das Für und Wider in dieser Streitfrage näher eingehen, erscheint es notwendig, festzustellen, was man unter der Bezeichnung „merkurielle Frühbehandlung" zu verstehen hat? Mit dem Namen „merkurielle Frühbehandlung" oder fälschlich auch Präventiv- bzw. Abortivbehandlung wird die methodische interne oder externe Verwendung des Quecksilbers vor dem Auftreten der sog. sekundären Erscheinungen, d. i. in den ersten sieben bis acht Wochen nach der Ansteckung mit Syphilis belegt. Der Zeitraum, in welchem die Frühbehandlung eingeleitet werden kann, beträgt gewöhnlich nur drei bis vier Wochen, da man kaum jemals in die Lage kommen wird, mit derselben schon vor der unzweideutigen Konstatierung der spezifischen Induration des Primäraffektes zu beginnen, was doch in den meisten Fällen erst drei bis vier Wochen nach der erfolgten Ansteckung möglich ist. Nur in solchen Ausnahmsfällen, bei denen durch frühzeitige Konfrontation zwischen der Infektionsquelle und dem Infizierten die syphilitische Natur der Primärläsion noch vor der Ausbildung der Induration festgestellt wird, ist es möglich, die Quecksilbertherapie früher als in dem oben angeführten Termine einzuleiten.

* * *

Welche Vor- bzw. Nachteile hat nun nach der Meinung der Autoren die merkurielle allgemeine Frühbehandlung für den Kranken?

Bäumler (5) behauptet, daß Ricord und Hutchinson diese Behandlung aus dem Grunde empfehlen, weil „das Quecksilber ein Antidot des syphilitischen Giftes" sei, durch welches das letztere „vernichtet, an seiner Vermehrung im Blute gehindert und dessen Wirkung auf die Gewebe, wenn es bereits in dieselben übergegangen ist, abgekürzt werde". Sie glauben — wie Bäumler weiter ausführt —, „durch eine rechtzeitig eingeleitete Quecksilberbehandlung der allgemeinen Infektion überhaupt vorzubeugen, d. h. also, die Syphilis auf ihren Primäraffekt zu beschränken und im primären Stadium zu heilen".

Nach diesem Zitate wäre man geneigt, anzunehmen, daß Ricord und Hutchinson in allen jenen Fällen, in denen sie die merkurielle Frühbehandlung rechtzeitig eingeleitet haben, die Syphilis auch zu kupieren vermochten. Nun äußert sich aber Hutchinson (6) tatsächlich folgendermaßen: „Es gibt also eine Periode von 2—4 Wochen, während derer man die Infektiosität eines Geschwürs sicher zu erkennen vermag, und zwar liegt diese vor der Zeit der Entwicklung der konstitutionellen Symptome. Wenn man diesen Zeitraum gut anwendet, d. h. mit anderen Worten: wenn man einen ausgiebigen Gebrauch vom Quecksilber macht, so wird es nach meiner Meinung nur in Ausnahmsfällen zur Entwicklung von sekundären Symptomen kommen. Jedenfalls sind dieselben, wenn sie auftreten, aber nur sehr leicht. Je früher man zum Quecksilber greift, um so größer ist auch die Wahrscheinlichkeit, daß man denselben ganz vorbeugt, und wenn man sie auch nicht ganz verhüten kann, so schiebt man doch das Stadium ihres Auftretens gewöhnlich bedeutend hinaus."

„Ich muß leider zugestehen, daß in einer Anzahl von Fällen, und zwar häufig gerade den scheinbar günstigsten, es sich in der Folge herausstellt, daß auch weiter nichts als eine solche Verzögerung erreicht worden ist. Selbst nach einer sechsmonatlichen Merkurbehandlung kann es auch — bei sonstiger strenger sexueller Abstinenz der Patienten — noch zu einem Ausbruch der sekundären Symptome kommen, sobald man dann wieder mit der Behandlung aussetzt."

Wenn man noch hinzufügt, daß Hutchinson von der merkuriellen Frühbehandlung außer den erwähnten Effekten noch eine günstige Beeinflussung der Initialsklerose im Sinne ihrer Erweichung und Heilung verzeichnet, so ist damit die Ansicht des weitgehendsten Verfechters der Abortivbehandlung wiedergegeben.

Wie wir sehen, erwartet Hutchinson von einer frühzeitig eingeleiteten Quecksilberbehandlung in der Regel einen vollen Erfolg, der sich als Heilung der Syphilis im initialen Stadium äußert, er gibt aber dabei freimütig zu, daß selbst in Fällen, welche die besten Aussichten dargeboten haben, trotz ausgiebigster Behandlung konstitutionelle Syphiliserscheinungen aufgetreten sind.

Bäumler (5) erwartet gleichfalls von der merkuriellen Frühbehandlung eine abortive Wirkung auf den Syphilisprozeß, doch betont er in seinen Ausführungen ihre lokal heilende Wirkung und aufschiebende Bedeutung noch intensiver. So sagt er unter anderem: „Da es nach unserer Ansicht von dem Wesen des Primäraffektes wünschenswert ist, dessen Existenz möglichst abzukürzen, respektive denselben in seiner Entwicklung aufzuhalten, und da wir im Quecksilber ein Mittel besitzen, welches einen unbestreitbaren Einfluß auf denselben ausübt, sind wir folgerichtig auch der Meinung, daß, sobald eine örtliche Läsion sich unzweifelhaft als ein syphilitischer Primäraffekt dokumentiert, eine merkurielle Behandlung einzuleiten sei."

Auf Grund der Erfahrungen, „die in den letzten drei Jahrhunderten über die Behandlung der Syphilis gemacht wurden", sieht Bäumler im Quecksilber ein Mittel, das dem syphilitischen Gifte direkt entgegenwirkt. Die Wirkung der frühzeitigen Behandlung mit Quecksilber äußert sich daher nicht nur auf den Primäraffekt, „sondern auch auf die allgemeine Infektion, deren Eintritt, wie durch zahlreiche Beobachtungen festgestellt ist, hinausgeschoben wird."

Schwimmer (7) beantwortet die Frage: „In welchem Zeitpunkte soll die antisyphilitische Behandlung eingeleitet werden?" dahin, daß die frühzeitige Behandlung für den Verlauf und die Folgen der Erkrankung von größtem Vorteile ist. „Untätig das Übel sich fort und fort entwickeln lassen und erst dann eingreifen, wenn die Erkrankung in der Blüte steht, entspricht ... überhaupt nicht den Anforderungen, die an unsere Kunst zu stellen sind, sowie den therapeutischen Grundsätzen, die in der Medizin allgemein befolgt werden."

Bei der durch viele Jahre geübten Frühbehandlung der Syphilis ist Schwimmer zu der Überzeugung gelangt, daß er immer bessere Resultate in bezug auf die Dauer des Übels, dessen verschiedenartige Nachschübe, der sich einstellenden Genesung und deren befriedigenden Folgen in einer Reihe von Familien, bei Eltern und Kindern eintreten sah, als dort, wo eine Verzögerung in der Behandlung Platz gegriffen hatte.

Da man „zur Zeit der Entwicklung" — sagt derselbe Autor weiter — „nicht weiß, ob man nur eine einfache Helkose oder aber ein Geschwür, das nach kurzem Bestande sich zu einer Induration umgestaltet", vor sich hat, so ist in der Zeit, in der eine exakte Diagnose noch nicht möglich ist, von einer „allgemeinen Behandlung Umgang zu nehmen". Haben wir jedoch eine Sklerose vor uns und ist demnach der Ausbruch einer konstitutionellen Erkrankung zu gewärtigen, so soll man „mit der Allgemeinbehandlung nicht lange zuwarten und kann man, von der stattgefundenen Infektion an gerechnet, schon in der 5.—6. Woche an eine Bekämpfung der zu gewärtigenden Syphilis gehen". „Wenn einzelne Autoren selbst die nachweisbare Intumeszenz der dem Affekt nächstgelegenen Drüsen außer Betracht zu lassen lieben, so halte ich jedoch diesen Umstand für wichtig genug, um die Behandlung sogleich mit Umsicht einzuleiten, weil dieses Symptom die weiteren Etappen der Allgemeininfektion mit voller Sicherheit andeutet."

Der Vollständigkeit halber sei noch angeführt, daß SCHWIMMER die Frühbehandlung stets mit Quecksilber durchgeführt hat.

Nach der Ansicht der Anhänger, zu denen außer den bereits genannten auch FOURNIER, JULLIEN, NEISSER etc. gehören, soll somit die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis die folgenden Vorteile haben:

1. Der Primäraffekt wird schnell und gründlich geheilt.

2. Das Auftreten der Sekundärerscheinungen wird entweder ganz verhütet oder wenigstens hinausgeschoben.

3. Die auftretenden Allgemeinerscheinungen haben einen milden Charakter und sind der therapeutischen Beinflussung leicht zugänglich; schließlich

4. entspricht die Frühbehandlung den Anforderungen, welche an die ärztliche Kunst vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege gestellt werden und den Grundsätzen des therapeutischen Vorgehens überhaupt.

Viel größer als die Anzahl der Anhänger ist die der Gegner der merkuriellen Frühbehandlung der Syphilis. Unter diesen findet man, wie aus der folgenden, lange nicht erschöpfenden Zusammenstellung zu entnehmen ist, gleichfalls Autoren, die über eine sehr reiche Erfahrung verfügen und deren Urteil auch in der uns beschäftigenden Frage volle Beachtung verdient. Hier soll zunächst die Ansicht v. SIGMUNDS (8), der auf Grund vieljähriger und sehr reicher Erfahrungen in bezug auf den Zeitpunkt der einzuleitenden Allgemeinbehandlung zu den folgenden Schlüssen gelangt, wiedergegeben werden:

„Die Anfangs- oder Erstlingsformen der Syphilis in der Periode von 6—8 Wochen“, von der Ansteckung gerechnet, nehmen „bei einer rein örtlichen Behandlung jenen günstigen Verlauf“, „welcher ihrem anatomischen Sitze, der Art und Ausdehnung der Gewebsverletzung, der besonderen Konstitution des erkrankten Individuums und den äußeren Einflüssen auf dasselbe entspricht: Hautabschürfungen überhäuten sich, diphtherische und nekrotische Schichten werden abgestoßen, Erosionen und Geschwüre gelangen zur Vernarbung, Sklerosen bilden sich zurück usw. Keine wie immer beschaffene arzneiliche antisyphilitische allgemeine Behandlung gestaltet diese Vorgänge einfacher und kürzer, vielmehr wird, zumal durch die Anwendung der energischer einwirkenden Arzneimittel (obenan Merkurialien und Verbindungen derselben mit Jod . . . .), der Heilungsvorgang oft verzögert und die Krankheitsform verschlimmert . . .“

„ . . . bei einer mehr zuwartenden Behandlung“ ist „die Zahl schwerer sekundärer Formen keineswegs größer als bei den von allem Anfang frühzeitig welcher antisyphilitischen Behandlung immer unterzogenen Kranken; vielmehr spricht die Erfahrung das Gegenteil aus.“ „Es darf nicht unerwähnt bleiben, daß bei der Behandlung in der späteren Periode dem Arzte mehrere und sichere Anhaltspunkte für die Wahl der Mittel und die Methode derselben dargeboten sind.“

Da der Einfluß der allgemeinen Frühbehandlung der Syphilis auf die späteren Erkrankungen des Nervensystems, der Sinnesorgane und auf die gummösen Bildungen zur Zeit, als die Abhandlung v. SIGMUNDS erschien (1880), noch nicht genau bekannt war, so wollte er sich in dieser Richtung nicht äußern. Schließlich resümiert er seine Ansicht in folgender Weise: „Wissenschaftliche und Erfahrungsgründe sprechen denn endgültig dafür, daß der zweckmäßige Zeitpunkt für die allgemeine antisyphilitische Behandlung in die zweite Periode der Entwicklung der Syphilis zu verlegen . . . ist.“

v. SIGMUND macht dem Angeführten zufolge der allgemeinen Frühbehandlung wesentlich zum Vorwurf, daß sie die Heilung des Primäraffektes verzögert und seine klinischen Erscheinungen verschlimmert, daß sie ferner die Zahl der schweren sekundären Erscheinungen vermehrt, daß sie weiters die Anzahl und die Anhaltspunkte für die Wahl und die Methode der Behandlung vermindert, und endlich, daß — da sie die Wirkung der Arzneimittel herabsetzt — die Behandlung überhaupt länger ausdehnt und oft wiederholt werden muß.

Weniger entschieden verwirft KÖBNER (9) in seinen „Aphorismen zur Behandlung der Syphilis“ die von ihm als „allgemeine Präventivkur“ bezeichnete merkurielle Frühbehandlung. Er negiert zwar ihre abortive Wirkung auf den Krankheitsprozeß, gibt aber zu, „daß die Quecksilberpräventivkur den Ausbruch der Syphilis allenfalls um wenige Wochen bis zu 5 Monaten . . . zu verzögern vermag“.

In bezug auf die Schwere der sekundären Erscheinungen äußert sich KÖBNER gelinder als v. SIGMUND, er sagt nämlich: „Die Qualität der späteren Syphilisausbrüche bei den also (d. i. präventiv) behandelten Fällen war bei verschiedenen Kranken ganz ungleich, bald milde und atypisch, nur auf wenige Haut- und Schleimhautsymptome beschränkt, bald in voller Entwicklung, auch wenn erst nach 4—5 Monaten einsetzend, einige Male auch schwer.“ Schließlich zieht er seine Ansicht in bezug auf die Verwendbarkeit der in Rede stehenden Behandlungsmethode in dem folgenden Satze zusammen: „Als allgemein gültig kann ich daher die merkurielle Präventivkur nicht empfehlen, sondern ich möchte ihre Anwendung beschränkt wissen nur zur Beschleunigung der Heilung des Primäraffektes in einzelnen Fällen, z. B. bei schwer heilbarer Sklerose oder bei solchen Fällen, wo ein Kontagion der Familie zu befürchten ist.“

Es dürfte nicht uninteressant sein, schon jetzt darauf hinzuweisen, daß für v. SIGMUND einer der Hauptgründe für die Verwerfung der merkuriellen Frühbehandlung gerade in dem Umstande liegt, daß sie den Heilungsvorgang der Primäraffekte oft verzögert und die Krankheitsform verschlimmert, wohingegen KÖBNER diese Behandlungsmethode „zur Beschleunigung der Heilung des Primäraffektes“ angewendet wissen will.

Viel schärfer und entschiedener als bei KÖBNER tritt die Gegnerschaft gegen die merkurielle Frühbehandlung bei KAPOSI (10) zutage. Er äußert sich diesbezüglich folgendermaßen: „Wenn ein Primäraffekt vermöge seines klinischen Charakters die Vermutung gestattet, daß nach 4—6 Wochen Allgemeinsyphilis folgen werde, ist es da nicht rationell, ja ein Gebot der Humanität, die Allgemeinkur, die bei evidenter Syphilis als wirksam bekannt ist, sofort zu beginnen?“

„Man muß sagen, es scheint rationell, und wie die nicht wenig zahlreichen Anhänger dieser Ansicht sagen, auch human; denn es ist theoretisch ganz ungerechtfertigt, eine Krankheit erst zur vollen Intensität sich entwickeln zu lassen, um sie erst dann zu heilen, und inhuman, den Betreffenden offenen Auges seiner Lues entgegengehen zu lassen. Aber ob dies auch praktisch gerechtfertigt ist? Darauf muß ich entschieden mit Nein antworten. So oft ich durch theoretische Denkfolge oder die äußeren Umstände verleitet wurde, die Allgemeinbehandlung vor Ausbruch des Exanthems machen zu lassen, in der Absicht, damit demselben vorzubeugen, ebenso oft habe ich dies bereut. Viele der erfahrensten Kliniker, HEBRA, SIGMUND, ZEISSL, FOURNIER, KÖBNER, haben auf Grund der gleichen Enttäuschung die Präventivkur widerraten.“

„Die Erfahrung lehrt nämlich, daß durch eine solche Therapia praecox oder „antizipierte Behandlung“ (RUMPF) der Ausbruch der Allgemeinerscheinungen nicht verhindert, sondern nur hinausgeschoben wird; daß dieselben später dennoch, aber in der Regel dann nicht mehr in der typischen Verlaufsweise, sondern „unordentlich“ eintreffen und daß meist nicht mehr ausschließlich leichte exanthematische Formen, sondern sogleich, also frühzeitig, schwere Symptome, zum Beispiel periostale und ulzeröse Formen (BÄRENSPRUNG) oder Affektionen des Zentralnervensystems (FOURNIER, RUMPF, JULLIEN, M. ZEISSL), der Nieren (GÜNTZ) erscheinen.“

„Man hat also „eine Verlängerung der gesamten Krankheitsperiode" und „eine Verschlimmerung der Symptome" zu gewärtigen."

„Es ist also nach meiner Erfahrung für den Kranken unnütz, ja schädlich, für den Arzt aber, das ist für die objektive Beobachtung, verwirrend, die Allgemeinkur vor deutlicher Ausprägung der Symptome der Allgemeinsyphilis zu machen."

Nach KAPOSI hat die merkurielle Frühbehandlung demnach die folgenden schweren Schattenseiten:

a) Sie ist keine Präventivkur, da sie nicht imstande ist, das Auftreten der allgemeinen Syphiliserscheinungen zu verhüten; sie schiebt nur das Eintreffen derselben auf.

b) Die unter diesen Verhältnissen auftretenden Krankheitssymptome entsprechen nicht der typischen Verlaufsweise der Syphilis, sondern sind „unordentlich" und verwirren die ärztliche Beobachtung.

c) Die Erscheinungen treten nicht als leichte, exanthematische, sondern als schwere periostale, ulzeröse Formen oder als Affektionen des Zentralnervensystems beziehungsweise der Nieren auf.

d) Die Krankheitsperiode wird verlängert und erschwert.

e) Die Frühbehandlung ist überflüssig und zwecklos, weil man beim Eintreten der Allgemeinerscheinungen neuerlich Quecksilber ordinieren muß.

Wie aus dieser Zusammenstellung zu ersehen, sind die Vorwürfe, welche KAPOSI der merkuriellen Frühbehandlung im Jahre 1891 machte, nicht nur zahlreicher, sondern auch viel schwerwiegender als die, welche SIGMUND ein Jahrzehnt zuvor bekannt waren. Ohne mich in eine eingehende Kritik der KAPOSIschen Ansichten einlassen zu wollen, möchte ich nur besonders darauf hinweisen, daß dieser vielerfahrene Autor, der bekanntlich nicht nur über ein sehr reichhaltiges dermatologisches, sondern auch über ein sehr beträchtliches syphilitisches Krankenmateriale lange Jahre verfügte, einen der gewichtigsten Nachteile der merkuriellen Frühbehandlung, und zwar das Auftreten aller oben erwähnten schweren Allgemeinerscheinungen, nicht auf Grund eigener Erfahrung anführt, sondern dieselben als die Beobachtungen anderer Autoren heranzieht.

Bei der Beurteilung des Wertes der merkuriellen Frühbehandlung geht NEUMANN (11) von der Tatsache aus, „daß die vollständige Saturation des Organismus (mit Quecksilber) bei zweifelloser syphilitischer Infektion den Eintritt der konstitutionellen Erscheinungen nicht verhindert." Er sagt weiters:

„Eine Behandlung, welche der Grundregel, des bestimmenden und maßgebenden Faktors allen therapeutischen Handelns, der Kenntnis der In- und Extensität der Krankheitserscheinungen, welche den Gegenstand des therapeutischen Verfahrens abgeben, entbehrt, kann unmöglich rationell sein."

Der Annahme, daß die Erzielung eines milderen Verlaufes der sekundären Erscheinungen durch die präventive allgemeine Merkurialbehandlung eine genügende Indikation für dieselbe bieten könnte, hält NEUMANN entgegen, daß gerade dieser mildere Verlauf „nichts weniger als sichergestellt" sei. Weiters sagt er:

„Eine Merkurialkur, wenn sie überhaupt einen Erfolg haben soll, ist durchaus nicht harmlos, am allerwenigsten, wenn selbe in relativ kurzen Intervallen, was häufig notwendig ist, aufeinander folgen. Es ist durch die Erfahrung erwiesen, daß in solchen Fällen das Quecksilber viel weniger, mitunter unwirksam ist und die nachteiligen Nebenwirkungen viel früher in- und extensiver eintreten. Die präventive allgemeine Merkurialbehandlung führt direkt diese Eventualität herbei. Man findet sich bei ihr bisweilen ohne ein erheblich längeres freies Intervall schweren Erscheinungen gegenübergestellt, welche eine Merkurialbehandlung erfordern. Wir machen nun die Erfahrung, daß unter stärkeren Merkurialdosen die Heilung beträchtlich langsamer, manchmal gar nicht vorschreitet, haben gegen merkurielle Stomatitis, Anämie, Deteriorierung des Ernährungs- und Kräftezustandes anzukämpfen. All dies selbst in dem günstigsten Falle einer erzielten Milderung der sekundären Erscheinungen. Aber häufig genug wird auch dies durch die präventive Merkurialkur nicht erreicht, sondern der Eintritt der sekundären Erscheinungen nur hinausgeschoben, der typische Verlauf der Krankheit alteriert und die Orientierung zum mindesten erschwert."

Wie aus diesen Darlegungen zu ersehen ist, führt NEUMANN neben den bereits von anderen Autoren betonten noch zwei weitere Motive gegen die merkurielle Frühbehandlung ins Feld, und zwar erstens die Abschwächung der Wirksamkeit des Quecksilbers für den weiteren Bedarfsfall, bei einem erleichterten und intensiveren Auftreten seiner schädlichen Nebenwirkungen, und zweitens die Unmöglichkeit der entsprechenden Dosierung des Mittels wegen Mangels der klinischen Indikationen für dieselbe.

Bei alledem verwirft aber NEUMANN die allgemeine Frühbehandlung nicht gänzlich. Im Gegenteil! In teilweiser Anlehnung an die Indikationen KÖBNERS wendet er sie in jenen Fällen an, in denen ungewöhnliche Größe des syphilitischen Primäraffektes, ferner die Lokalisation bzw. die durch diese bedingte Auffälligkeit, leichte Übertragbarkeit, imminente Zerstörung höchst wichtiger Teile (Kornea, Lider etc.), lästige oder mit Schmerzen verbundene wichtige Funktionsstörungen eine rasche Behebung erfordern. Ja, er akzeptiert auch die von CASPARY aufgestellte Indikation der merkuriellen Frühbehandlung bei Schwangeren, „deren Infektion sichergestellt" und sofern der angestrebte Zweck: der normale Schwangerschaftsverlauf und die günstige Wirkung des Merkur auf die Frucht erreichbar ist, was leider höchst selten der Fall ist, weil die Kranken zu spät zur Behandlung gelangen."

Wir sehen somit, daß NEUMANN die merkurielle Frühbehandlung einerseits als schädlich prinzipiell verwirft, andrerseits aber in allen jenen Fällen empfiehlt, wo eine rasche Heilung des Primäraffektes wünschenswert bzw. notwendig und wo eine günstige Wirkung auf den Schwangerschaftsverlauf und die Frucht zu gewärtigen ist. — NEUMANN ist übrigens nicht der einzige, der im Bedarfsfalle den prinzipiellen gegnerischen Standpunkt verläßt, um sich den Anforderungen der Praxis anzubequemen.

Ein weiterer Gegner der merkuriellen Frühbehandlung, und zwar HEUSS (12), gibt konform mit der Anschauung KAPOSIS und im Gegensatze zu der NEUMANNS ihre theoretische volle Berechtigung zu, verwirft sie aber praktisch „als irrationell, als nutzlos, ja als schädlich". Zunächst bestätigt auch HEUSS, daß die allgemeine Frühbehandlung „vor dem Auftreten von Sekundär- und Tertiärerscheinungen" nicht bewahrt; er gibt nur zu, „daß unter einer frühzeitigen Allgemeinbehandlung der Primäraffekt rascher abheilt, Drüsenschwellungen geringere Dimensionen annehmen oder schnellere Rückbildung erfahren", und „daß die Proruption des Exanthems verzögert, auf vorher unbestimmbare Zeit hinausgeschoben wird". Eine Milderung des weiteren Krankheitsverlaufes negiert er nicht nur entschieden, sondern sagt — auf die Autorität ZEISSLS, WOLFFS, LELOIRS und WATRASZEWSKIS gestützt — geradezu, „daß der Verlauf durch eine solche vorzeitige Behandlung erschwert wird, daß Rezidive häufiger folgen, daß z. B. Papeln der Mundhöhle, die sowohl an sich als rücksichtlich ihrer Bedeutung für den späteren Verlauf eine schwerere Syphilisform darstellen, nach Frühbehandlung fast konstant auftreten, tertiäre Erscheinungen sehr früh und auffallend häufig zu konstatieren sind". Weiters beruft sich HEUSS auf die bereits früher angeführte Behauptung RUMPFS, wonach die Frühbehandlung das Nervensystem schwer schädigt, und zitiert endlich eine Statistik WATRASZEWSKIS, aus der zu entnehmen ist, daß „auf 192 Fälle maligner Frühsyphilis 135 Fälle, d. i. 70·4%, die einer Frühbehandlung,

d. h. einer Behandlung vor Erscheinen der Allgemeinsymptome unterzogen worden waren", entfielen.

Die Abschwächung der Wirkung des Quecksilbers durch Angewöhnung und die Notwendigkeit der Erhöhung seiner Mengen im Bedarfsfalle sowie die hierdurch erleichterte Möglichkeit der Schädigung des Organismus wird von diesem Autor gleichfalls ins Treffen geführt.

Schließlich, sagt er, „kämpfen wir vielleicht gegen einen in Wahrheit gar nicht vorhandenen Feind an, wir wissen häufig nicht einmal mit aller Sicherheit, ob unsere Diagnose „Syphilis" begründet ist".

Zwei Momente sind es, welche den Mitteilungen HEUSS' einen besonderen Wert verleihen. Zunächst ist es das Zugeständnis, wonach die merkurielle Frühbehandlung auf die Heilung des Primäraffektes und die Rückbildung der geschwellten Lymphdrüsen einen günstigen Einfluß auszuüben vermag, und dann das freimütige Bekenntnis, daß die Unsicherheit der Diagnose „Syphilis" in der frühen Periode der Krankheit mit einen Grund für die Ablehnung der besprochenen Behandlungsmethode abgibt. Das erste dieser Momente steht, wie wir gesehen haben, im Widerspruche mit den diesbezüglichen Angaben anderer Gegner der merkuriellen Frühbehandlung, das zweite wird wohl hie und da angedeutet, doch nur selten mit voller Offenheit zugestanden.

Auffällig dürfte wohl für viele die Meinung HEUSS' sein, welche die Papeln der Mundhöhle sowohl an sich als rücksichtlich ihrer Bedeutung für den späteren Verlauf der Krankheit als schwere Syphilisform hinstellt. Nach meinen Erfahrungen gehören die Papeln der Mundhöhle zu den häufigsten Erscheinungen der rezidivierenden rezenten Syphilis, die sowohl bei früh- als spätbehandelten Kranken aufzutreten pflegen. Da sie überdies den gewöhnlichen antiluetischen therapeutischen Maßnahmen in der Regel keinen besonderen Widerstand leisten und im Verhältnisse zu ihrer großen Häufigkeit doch im ganzen nur selten Spuren zurücklassen, aus denen sich nachträglich spätsyphilitische Veränderungen entwickeln, so können die Kondylome der Mundhöhle nicht als schwere Syphilisform bezeichnet werden.

v. ZEISSL (13) würde die Präventivbehandlung nur dann als berechtigt erklären, wenn das Quecksilber tatsächlich ein Gegengift der Syphilis wäre. Nun ist dies nicht der Fall. Das Quecksilber bringt nach der Ansicht v. ZEISSLS „die Symptome der Syphilis dadurch zum Schwinden", „daß es den Organismus widerstandsfähiger gegen die Einwirkung des Syphilisgiftes macht". Schon der Umstand, daß manchmal neue Erscheinungen auftreten, „während der Organismus unter der Einwirkung des Merkur steht", „beweist uns, daß wir durch das Einführen des Merkurs in den Organismus nicht imstande sind, das Auftreten neuer Erscheinungen der Syphilis an dem behandelten Individuum hintanzuhalten".

Neben den von manchen anderen Gegnern hervorgehobenen, bereits angeführten angeblichen Nachteilen der merkuriellen Frühbehandlung weist v. ZEISSL noch darauf hin, daß der Verlauf der Syphilis „zur Zeit, als die Dualitätslehre noch nicht zu Recht bestand" und „alle mit Geschwüren an den Genitalien behafteten Kranken präventiv allgemein behandelt" wurden, kein günstigerer war als jetzt. Weiter bemerkt er noch, daß „im Evolutionsstadium der Syphilis die Einwirkung der Allgemeinbehandlung auf den syphilitischen Primäraffekt eine relativ geringe" sei. Erwähnenswert ist endlich, daß v. ZEISSL die bereits von anderen Autoren erwähnte Unordnung im Auftreten der Allgemeinerscheinungen bei merkuriell frühbehandelten Syphilitikern durch den Eintritt derartiger Veränderungen im Organismus der Kranken erklärt, „wie sie sonst nur nach längerem Bestehen der Syphilisvergiftung beobachtet werden".

Dem Mitgeteilten zufolge betrachtet demnach v. ZEISSL im Gegensatze zur Majorität der neueren Autoren den Heilerfolg des Quecksilbers als indirekte Wirkung auf das Syphilisgift bzw. die Produkte desselben. Nach dieser Auffassung wird der durch das Quecksilber gestärkte Organismus gegen die Einwirkungen des Luesvirus widerstandsfähiger und gehen infolgedessen auch die Äußerungen des letzteren immer mehr, bis zum schließlichen Schwunde, zurück.

Wenn nun auch die Frage in betreff der Aktion des Quecksilbers auf den Syphilisprozeß trotz zahlreicher klinischer Beobachtungen und experimenteller Studien noch lange nicht als gelöst betrachtet werden kann, so scheint dennoch so viel festzustehen, daß die Wirkung des Quecksilbers auf das Syphilisgift bzw. seine Produkte eine direkt zerstörende ist. Hierfür spricht vor allem die praktische Erfahrung, wie sie alltäglich bei der topischen Quecksilberbehandlung rezent syphilitischer Affektionen gewonnen werden kann.

Erwähnenswert ist ferner, daß nach v. ZEISSLS Ansicht die merkurielle Frühbehandlung auf den Primäraffekt nur einen verhältnismäßig geringen Einfluß ausübt, oder mit anderen Worten gesagt, daß sie dessen Heilung nur wenig befördert, und daß sie — gleichfalls entgegen den Anschauungen anderer Autoren — den Verlauf der Syphilis beschleunigt, was nach seinem Dafürhalten als Nachteil, keinesfalls aber als Vorteil der Methode gedeutet werden darf.

In der allerjüngsten Zeit ist der merkuriellen Frühbehandlung in ROSENTHAL (14) noch ein weiterer Gegner erstanden. Dieser Autor kann die sog. abortive Behandlung aus folgenden Gründen nicht empfehlen:

1. Da die Diagnose „für gewöhnlich erst nach einigen Wochen mit dem Auftreten der sekundären Erscheinungen mit absoluter Sicherheit gestellt werden kann", indem selbst eine scheinbar ausgeprägte Induration sowie schmerzlose Drüsenschwellungen „sich als rein lokale Affektionen wieder vollständig zurückbilden können, ohne daß spätere Folgeerscheinungen auftreten" und ein Irrtum daher denkbar ist, so würde der Behandelte eventuell „unnötigerweise sein ferneres Leben unter dem drückenden Bewußtsein, daß er luetisch gewesen ist", stehen.

2. Durch die frühe Behandlung wird der Verlauf der Krankheit „unter Umständen" ein unregelmäßiger, „das Bild" derselben wird „vollständig getrübt".

3. Die Frühbehandlung schützt auch nicht vor Rezidiven. „Allerdings kann man nicht sagen, daß der Verlauf durch die früh eingeleitete Behandlung schwerer wird, oder daß die Wirkung der später eingeleiteten Kuren dadurch beeinträchtigt wird. Aber die Anhänger der Frühbehandlung können den Vorwurf, daß sie den Boden der strengen Wissenschaftlichkeit verlassen und den der Empirie betreten haben, nicht von sich weisen."

Die Berechtigung der Gegnerschaft stützt ROSENTHAL noch durch die Erwägung, „daß der Charakter der sekundären Erscheinungen und ihre Intensität, die Zeit ihres Auftretens, die begleitenden Momente konstitutioneller und infektiöser Natur oft einen Schluß über den Grad der Infektion gestatten und so ermöglichen, auf die Art und die Dauer der Kur einen maßgebenden Einfluß auszuüben. Hierzu kommt, daß gerade zur Zeit des Auftretens der allgemeinen Erscheinungen die Wirkung der Kur eine viel intensivere und energischere ist und am besten eine gewisse Zeit vor dem Ausbruch neuer Symptome schützt."

Trotz aller soeben angeführten Vorteile der Spätbehandlung empfiehlt ROSENTHAL die merkurielle Frühbehandlung dennoch bei extragenitalen Primäraffekten der Augenlider, der Nase, der Lippen und bei schweren zerfallenden Sklerosen, „welche trotz energischer lokaler Behandlung weiter fortschreiten" und „ausgedehntere Zerstörungen und Schädigungen befürchten lassen".

Wenn nun der letztgenannte Autor die merkurielle Frühbehandlung, entgegen der Behauptung SIGMUNDS, KAPOSIS, ZEISSLS etc., von dem Odium entlastet, daß sie eine Erschwerung der sekundären Erscheinungen verursacht, so verwirft er sie dennoch als ein empirisches, nicht wissenschaftliches Verfahren aus diagnostischen und therapeutischen Gründen;

dies hindert ihn aber ebensowenig wie NEUMANN, in besonders schweren Fällen dennoch zu der so stark verpönten, immerhin aber wirksamen Behandlungsmethode zu greifen.

Wie aus der obigen Darstellung der gegnerischen Ansichten zu entnehmen ist, werden der merkuriellen Frühbehandlung viele und sehr ernste Nachteile zugeschrieben. Manche derselben, wie die ungenügende bzw. schlechte Wirkung des Quecksilbers auf die Heilung des Primäraffektes, die Erschwerung der sekundären und tertiären Erscheinungen und die Verschleppung des Krankheitsverlaufes, werden wohl nicht von allen Gegnern anerkannt, es bleiben aber nach der einstimmigen Ansicht aller Gegner noch genug Nachteile übrig, um das Verfahren als irrationell und schädlich bezeichnen zu können.

Ein Fall von Verätzung des Kehlkopfs und der Luftröhre durch Kampferspiritus.

Von **Dr. Viktor Pick**, Hals-, Nasen- und Ohrenarzt in Meran.*)

Verätzungen und Verbrühungen der oberen Luftwege gehören wohl nicht zu den besonderen Seltenheiten. Namentlich aus England, wo das Trinken überheißer Getränke, besonders Tee, Sitte ist, werden vielfach Fälle von Verbrühungen mitgeteilt, aus den Industriebezirken Verätzungen durch chemische Agenzien. Wenn ich einen solchen Fall ausführlicher zur Kenntnis bringe, so geschieht dies, weil hier durch eine verfehlte oder mißverständlich ausgeführte Medikation ein ohnehin schon schwer Kranker in eine recht bedrohliche Lage gebracht wurde und es im allgemeinen Interesse liegt, vor den Folgen derartiger Mißgriffe zu warnen.

Dr. K., 52 Jahre, gewesener Chemiker, litt seit mehreren Jahren an einer schweren Herzaffektion (Myokarditis und Arteriosklerose), die sich am auffälligsten dadurch manifestierte, daß Patient in den letzten Monaten vor dem zu berichtenden Zwischenfall eine Pulsfrequenz von 28—30 in der Minute aufwies und im Zusammenhange damit sehr häufig von schweren Ohnmachten befallen wurde. Zur Bekämpfung dieser letzteren wurde ihm von einem Landarzte Spiritus camphor. verordnet mit dem angeblichen Auftrage an seine Pflegerin, denselben im Verhältnis von 1 : 20 mit Kognak vermengt während der Anfälle dem Ohnmächtigen einzuflößen.

Während einer solchen Ohnmacht, die etwa 2 Minuten gedauert haben soll, wurde das Mittel am 17. Oktober 1904 gegen Abend angewendet, indem man ein Likörgläschen voll der Mischung zwischen die Zahnreihen des Kranken eingoß. Nach dem Erwachen verspürte Patient Hustenreiz und heftiges Brennen in der Kehle, das sich über Nacht zu intensiven Schmerzen steigerte, die nas Schlucken unmöglich machten. Als ich am nächsten Morgen gerufen wurde, konnte ich folgenden Kehlkopfbefund konstatieren:

Die Gegend des Kehlkopfeinganges, namentlich die Partien über den Aryknorpeln, zeigten bedeutende entzündliche Schwellung und waren ebenso wie der obere Rand der Epiglottis zum großen Teile von grauen, schmierig aussehenden Schorfen überkleidet, die sich von der lebhaft geröteten Umgebung scharf abhoben. Die Stimmbänder zeigten nur mäßige Injektion und Schwellung; die tieferen Teile von Larynx und Trachea konnte ich nicht zu Gesicht bekommen, da wegen der Gefahr neuerlich auftretender Ohnmachten ein Aufsitzen nicht gestattet war und Patient in Rückenlage untersucht werden mußte. Die Stimme war nur ein wenig belegt, dagegen das Schlucken ganz unmöglich. Enorme Mengen zähen Schleimes wurden abgesondert und vom Kranken durch Räuspern entleert.

Durch vorsichtige Anwendung von Kokain und Anästhesin gelang es, die Schluckschmerzen zu verringern, wenn auch nicht ganz zu beheben, so daß der wohl gut genährte, doch durch die Aufregung, die Schmerzen und die Unmöglichkeit der Nahrungsaufnahme bereits ziemlich geschwächte Kranke etwas halbflüssige Nahrung zu sich nehmen konnte.

In den folgenden 2 Tagen gingen unter Gebrauch von Bromnatriuminhalationen und Anästhesin-Jodolinsufflationen die Schwellung und Rötung allmählich zurück und lösten sich die Schleimhautschorfe; zugleich damit besserte sich auch die Dysphagie, so daß Patient bereits am 4. Tage nach dem Akzidens ohne Anästhesin essen konnte. Doch hatte inzwischen ein heftiger Hustenreiz, der anfangs kaum vorhanden gewesen war, immer mehr zugenommen und erschien schließlich bei der schweren Herzaffektion, die jede Anstrengung ängstlich vermeiden lassen mußte, geradezu bedrohlich. Dies um so mehr, als sich die ebenso heftigen als häufigen Hustenanfälle durch Inhalationen und Narkotika kaum beeinflussen ließen.

Die Untersuchung der Lungen ergab nicht Auffälliges; es fehlten alle Erscheinungen einer tiefer herabgehenden Bronchitis, die Temperatur war normal. Die Inspektion der Trachea war auch jetzt nicht ausführbar. Endlich, am 22. Oktober, also 5 Tage nach dem Unfall, wurde durch einen besonders heftigen Hustenstoß eine große fibrinöse Membran herausbefördert und mit diesem Moment waren auch sämtliche Beschwerden verschwunden, da auch inzwischen der Larynxeingang völlig zur Norm zurückgekehrt war.

Die ausgestoßene Membran war zirka 12 *cm* lang, 1 *cm* breit und 1/4 *cm* dick, ziemlich derb, am unteren Ende entsprechend der Bifurkation in zwei Zipfel geteilt, rein weiß. Mikroskopisch erwies sie sich als dichtes Netz feiner Fibrinfäden, mit spärlichen eingebetteten Leukozyten und vereinzelten nekrotischen Epithelzellen.

Es ist wohl zweifellos, daß die Entstehung dieses Fibringerinnsels mit dem Herabfließen des eingeflößten Medikaments in die Trachea bei infolge der schweren Ohnmacht reflexlos geöffneter Glottis in unmittelbarem Zusammenhang steht. Dies ergibt sich schon daraus, daß die Membran nicht einen völligen Ausguß der Trachea darstellt, sondern nur die hintere Hälfte derselben, die eben von der ätzenden Flüssigkeit unmittelbar bespült wurde, betrifft.

Auffällig ist es, daß, während die Erscheinungen von seiten des Kehlkopfes sich sehr rasch, innerhalb weniger Stunden, entwickelten, sich die in der Luftröhre erst nach 2 Tagen durch den intensiven Hustenreiz kundgaben. Vielleicht erklärt sich dies damit, daß die eingeflößte Flüssigkeit zunächst wohl erst einige Zeit über dem Larynxeingang verweilte und erst, nachdem sie durch den Speichel an Quantität vermehrt, an Konzentration verdünnt worden war, in die Trachea herabfließen konnte, wodurch sich die Reizwirkung verminderte.

Fragen wir uns nun, welchem Bestandteile der Flüssigkeit so heftige entzündungserregende Wirkung zuzumessen sei.

Es waren im ganzen etwa 20 *g* Kognak (50% Alkohol), in demselben etwa 1 *g* Spiritus camphorat. suspendiert, so daß, da der letztere eine 10%ige Lösung von Kampfer in 70% Alkohol darstellt, im ganzen ein Dezigramm Kampfer in 1/2%iger Lösung in ungefähr 50% Alkohol zur Geltung kommen konnte.

Kampfer erzeugt wohl nach der Darstellung von NOTHNAGEL-ROSSBACH[1]), in großen Mengen auf Schleimhäute appliziert, akute Entzündung; doch dürfte wohl in diesem Fall sowohl die Menge als auch die Konzentration der Lösung zu gering gewesen sein, um so ausgedehnte und intensive Wirkungen hervorrufen zu können. Wohl aber ist der Alkohol in Konzentrationen von 50% und mehr, wie in diesem Falle, imstande, Entzündung und bei länger dauernder Einwirkung auch Anätzung durch Eiweißkoagulation und Wasserentziehung hervorzurufen. NOTHNAGEL-ROSSBACH geben an, daß die Magenschleimhaut von Tieren und Menschen (Kindern), die an 20—30 *g* absoluten Alkohols starben, sich im Zustand der Zellenschrumpfung, hämorrhagischen Erweichung und Verschorfung befand; sogar in den Blutgefäßen der Schleimhaut war das Blut geronnen.

Wenn wir es nun hier auch nicht mit allzu hohen Konzentrationen zu tun haben, so erklärt sich die relativ intensive Ätzwirkung daraus, daß sie sich nicht an der Schleim-

*) Mitgeteilt in der Abteilung für Laryngologie der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

[1]) NOTHNAGEL-ROSSBACH, Handbuch der Arzneimittellehre.



haut der Verdauungswege, die chemisch differenten Agenzien gegenüber jedenfalls viel widerstandsfähiger ist, sondern an der zarten, zum Teil mit Flimmerepithel versehenen Schleimhaut der oberen Luftwege äußerte.

Es wird also wohl in diesem Falle vornehmlich eine Wirkung des hochprozentigen Alkohols, vielleicht verstärkt durch den Gehalt an Kampfer, anzunehmen sein.

Über die Torsion des Samenstranges.

Von **Dr. Josef Bogdanik,** Primararzt der chirurgischen Abteilung am St. Lazarus-Spitale in Krakau.

IV.*)

Diagnose und Therapie.

In der zugänglichen Literatur sammelte ich 50 Fälle von Torsion des Samenstranges, davon wurde die weit überwiegende Mehrzahl erst bei der Operation diagnostiziert. Kaum in 10 Fällen rechnete man mit der Möglichkeit einer Torsion und nur viermal wurde die Diagnose mit Sicherheit gestellt. Man vermutete in sehr vielen Fällen einen eingeklemmten Leistenbruch in Anbetracht der sehr täuschenden Symptome und erst nach Eröffnung der Tunica vaginalis bemerkte man den Irrtum. Dazu trägt wohl die Seltenheit der Fälle und die stiefmütterliche Behandlung in den Lehrbüchern bei.

Wenn wir auf die oben beschriebenen Fälle näher eingehen, finden wir, daß die Torsion in jedem Lebensalter auftreten kann, denn der jüngste Patient war ein neugebornes Kind, der älteste ein 70jähriger Greis. Bei 3 Kranken war das Alter nicht angegeben.

Bei näherer Lichtung des Krankenmateriales finde ich:

im Alter bis zu 10 Jahren	5	Kranke
zwischen 11 und 20 Jahren	20	„
zwischen 21 und 30 Jahren	11	„
im 4., 5. und 6. Jahrzehnte je	3	„
mit 62 Jahren	1	Kranken
mit 70 Jahren	1	„

Die größte Ziffer weist nun das zweite Jahrzehnt auf. Wir finden aber zwischen dem 5. und 13. Lebensjahre keinen Kranken verzeichnet, dafür aber vom 13. bis zum 30. Jahre 34 Fälle. Am häufigsten ist daher die Torsion in der Blüte der geschlechtlichen Entwicklung, dieses Alter bildet daher zweifellos eine Veranlagung zur Entstehung der Torsion, welche außerhalb diesen Grenzen nur vereinzelt vorkommt.

Fast gleichmäßig ist die Torsion des Samenstranges auf die rechte wie auf die linke Seite verteilt. In 3 Krankengeschichten fehlt jede Angabe, in einem Falle (32) waren beide Hoden erkrankt, obwohl die Torsion nur den rechten Samenstrang betraf, in 23 Fällen war der rechte und in ebensovielen Fällen der linke Hoden gedreht. Wichtiger ist die Beobachtung, daß in 4 Fällen (6, 7, 41, 46) der Samenstrang in zwei Bündel geteilt war, von denen das eine den Samenleiter, daß andere die Gefäßgruppe enthielt. In dem von Estor (41) beschriebenen Falle wurde der Samenleiter in die Torsion nicht hineingezogen, gedreht war nur die Gefäßgruppe. Die Folge davon war, daß der Nebenhoden normal verblieb, während der Hoden braunrot, am Durchschnitte mit Blut unterlaufen war, was mit den Experimenten Miflets übereinstimmt.

In 14 Fällen war neben der Torsion eine Ektopie des Hodens verzeichnet und in 9 Fällen fand man den Hoden frei hängend, wie eine Pflaume am Stiele, das Mesorchium fehlte.

Als Gelegenheitsursache der Torsion des Samenstranges wird in vielen Fällen ein Trauma angegeben. Scarenzio (2) gibt an, daß nach einer ausgiebigen Mahlzeit Erbrechen auftrat, Cahen (7) nennt als Ursache das Überspringen eines Grabens, Nash (8) schreibt, daß sein Kranker beim Aufrichten im Bette einen Anfall bekam, Mayer (9) erwähnt das Niesen, Gervais (10) einen Sturz, Johnson (16) das Spielen auf der Flöte, Barker, Tuffier und Williams (17, 42, 44) das Pressen beim Stuhlgange, Nash (18) das Übersetzen einer Bank, Owen (19) das Kricketspiel, Laurenstein, Enderlen und Nanu (20, 23, 33) das Heben von Lasten, Leguen (26) das Spiel, Bardella, Dujon et Chégut (34, 37) das Reiten, Bardesco (36) einen Sturz, Scudder (36) einen Stoß gegen den Hoden, Reboul (39) Onanie, Rosenmerkel (48) physische Anstrengung. In 8 Fällen wurde jede Gelegenheitsursache in Abrede gestellt, in den übrigen Fällen fehlt jede Erwähnung.

Auf Grund dieser Erfahrungen können wir uns die Diagnose der Torsion des Samenstranges erleichtern. In einer Anzahl von Fällen bemerken wir ein Stadium prodromorum. Auf irgend eine Veranlassung verspürt der Kranke plötzlich einen heftigen Schmerz in der Gegend des Leistenkanals, welcher sich gegen den Hodensack oder den Unterleib hinzieht. Diese Schmerzanfälle, welche bald heftiger, bald weniger intensiv sind, dauern einige Stunden, mitunter einige Tage und wiederholen sich ab und zu. Gleichzeitig leidet der Kranke an Übelkeiten und Erbrechen und es bildet sich in der Leistengegend eine schmerzhafte Geschwulst. Diese Erscheinungen rechtfertigen in hohem Maße die Annahme eines eingeklemmten Leistenbruches. Während der Beobachtung fällt aber der Mangel von Okklusionserscheinungen auf und das gute Allgemeinbefinden. Der Puls ist in der Regel gut, etwas beschleunigt, die Körpertemperatur normal oder wenig erhöht. Den Einklemmungserscheinungen ähnliche Symptome können darin ihre Erklärung finden, daß der Hoden eigentlich ein Bauchorgan ist und im fötalen Leben im Unterleibe seinen Sitz hat.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Torsion des Samenstranges wurde zur Operation geschritten. Eine subkutane Detorsion wird wohl nur ausnahmsweise gelingen. Unter den oben angeführten 50 Fällen gelang es nur zweimal. John van der Poel (24) erwähnt einen 25 Jahre alten Mediziner, welcher heftige Schmerzanfälle seit 22 Jahren hat, d. i. seit der Zeit, wo nach Angabe des Vaters, auch eines Mediziners, der Hoden in den Hodensack herabstieg. Der Kranke gibt an, daß sich sein rechter Hoden stets von rechts nach links, d. i. von außen nach innen dreht, und er hilft sich in diesen Fällen, indem er den Hoden in entgegengesetzter Richtung zurückdreht. Er ist auch imstande, künstlich eine Torsion zu erzeugen, wobei der Hoden unter Schmerzen anschwillt. Den zweiten Fall einer subkutanen Detorsion beschreibt W. Gifford Nash (18). Nach einem Sprunge über eine Bank konstatierte er fünf Viertelstunden später eine Torsion des Samenstranges, welche er zurückdrehte. Er drehte zuerst den rechten Hoden von außen nach innen, was jedoch die Schmerzen vergrößerte, die Detorsion in entgegengesetzter Richtung gelang. Nahezu 2 Jahre später konstatierte man, daß der rechte Hoden viel kleiner war als der linke.

In 35 Fällen (= 70%) wurde bei der Operation der Hoden entfernt. Man fand nämlich entweder Nekrose des Hodens oder erwartete das Eintreten derselben wegen längere Zeit andauernder Torsion nach den Experimenten Enderlens. Er fand nämlich, daß Nekrose oder Atrophie des Hodens eintritt, wenn die Torsion des Samenstranges um seine Längsachse 22 Stunden andauerte. Wenn wir nun noch die Fälle kritisch beleuchten, in denen bei der Operation die Detorsion ohne Kastration vorgenommen wurde, finden wir, daß in zwei Fällen (3, 44) wegen folgender Nekrose nachträglich die Kastration ausgeführt wurde. In zwei Fällen (4, 15) fand die Abstoßung des ganzen nekrotischen Hodens statt und in 3 Fällen (10, 37, 40) ist ein Teil des Hodens nekrotisch geworden. Vier Kranke verloren also noch den ganzen Hoden

---

*) S. Nr. 47, 48 und 49.

und drei Kranke einen Teil desselben. Bei vier Kranken (9, 11, 22, 47) wurde nach der Detorsion Atrophie des Hodens konstatiert. Ein Autor (48) gibt an, daß der Hoden nach vorgenommener Detorsion und Annähung an den Hodensack die Tendenz hatte, seine frühere Lage einzunehmen, die Heilung dauerte daher lange, der Erfolg war gering. Nur ein Autor (26) berichtet über eine tadellose Heilung nach der Detorsion, welche am nächsten Tage nach dem Anfalle vorgenommen wurde. Ausgeschlossen ist es jedoch nicht, ob es nachträglich nicht zur Atrophie kam.

In einzelnen Fällen finden wir eine genauere Angabe, in welcher Richtung der Samenstrang gedreht war. Wenn nun diese Angaben vollkommen sicher sind, können wir daraus ein allgemeines Gesetz aufstellen, daß die Torsion von außen nach innen entsteht. Wenn sie also den rechten Hoden betrifft, so dreht sich der Samenstrang von rechts nach links, d. i. von außen nach innen. So war es in den Fällen 5, 7, 9, 13, 20, 47. Wenn aber eine Torsion des linken Hodens bestand, so fand man den Samenstrang von links nach rechts gedreht, also auch von außen nach innen (16, 21, 23, 35). Äußerst belehrend ist in dieser Hinsicht die Beobachtung von GIFFORD NASH (18) und von JOHN VAN DER POEL (24). Der erste hatte Gelegenheit, eine Torsion fünf Viertelstunden nach dem Anfalle zu beobachten. Er versuchte eine Zurückdrehung und bemerke, daß sich die Schmerzen vergrößerten, wenn der Hoden von außen nach innen gedreht wurde, er machte dann eine Umdrehung in entgegengesetzter Richtung, worauf die Schmerzen nachließen und der Hoden seine normale Lage behielt. Im zweiten Falle konstatierte ein Mediziner an sich selbst, daß sich sein rechter Hoden während der Anfälle von rechts nach links, d. h. von außen nach innen dreht, und er half sich, indem er den Hoden in entgegengesetzter Richtung wieder zurückdrehte.

Im Widerspruche damit sind zwei Beobachtungen (25, 40), wo eine Torsion des rechten Hodens von innen nach außen, resp. des linken Hodens von rechts nach links, also auch von innen nach außen notiert wurde. Wenn da nicht etwa ein Irrtum obwaltet, müssen sie als Ausnahme angesehen werden. Eine genaue Beobachtung auf Grundlage eines größeren Materiales ist wünschenswert. Wenn sich dieses Gesetz bestätigen sollte, wäre eine Analogie mit der Torsion von Ovarialtumoren, wie es LAUENSTEIN bereits betonte, gegeben. Er erinnert an die von KÜSTNER hervorgehobene und von anderen bestätigte Beobachtung, daß rechtseitige Ovarialtumoren eine linksspiralige Stieldrehung, linkseitige eine rechtsspiralige zu erfahren pflegen.

Die Prognose ist bei der Torsion des Samenstranges gut, was das Leben der Kranken anbelangt, die Genesung beträgt nämlich 100%, ungeachtet der bedrohlichen klinischen Erscheinungen. Schlecht ist sie aber in bezug auf den Hoden. Den Verlust des Gesamthodens beklagen 39 Kranke (78%), von den übrigen Kranken haben einige Teile des Hodens verloren oder es ist Atrophie eingetreten.

Auf Grund der bisherigen Erfahrungen können folgende therapeutische Schlüsse gezogen werden.

I. Die Torsion des Samenstranges erheischt eine sofortige chirurgische Intervention. Die Anwendung von Antiphlogose verschlimmert wegen Zeitvergeudung die Aussicht auf Erhaltung des Hodens.

II. Wenn sich der Hoden im Hodensacke befindet und kaum einige Stunden seit dem Auftreten des Anfalles verstrichen sind, kann eine subkutane Detorsion in der Richtung von innen nach außen versucht werden. (Beim rechten Hoden nach rechts, beim linken nach links.)

III. Wenn die subkutane Detorsion erfolglos ist, muß sofort operiert werden. Der Schnitt wird wie bei einem eingeklemmten Leistenbruche geführt. Nach Eröffnung der Tunica vaginalis entleert sich eine blutig seröse Flüssigkeit, mitunter Blutgerinnsel, und es zeigt sich eine Geschwulst, welche einer gangränösen Darmschlinge ähnlich, bei genauerer Beobachtung als der Hoden erkannt wird. In den ersten 24 Stunden nach dem Anfalle kann der Samenstrang zurückgedreht, eventuell angeheftet werden.

IV. Nach dem Verlaufe von 24 Stunden empfiehlt die Mehrzahl der Autoren die Kastration. Wenn jedoch eine ausgesprochene Nekrose des Hodens nicht vorhanden ist und er nach der Detorsion eine hellere Farbe annimmt, ist die Belassung des Hodens geboten, obwohl in der Folge eine Atrophie desselben eintritt. Es bildet nämlich selbst ein atrophischer Hoden einen großen Trost für den Kranken, insbesondere wenn der zweite fehlt, wie ich es beobachtete.

V. Etwa vorgefundenes Netz (8, 47) wird reseziert.

VI. Der offene Scheidenforsatz wird gegen die Bauchhöhle zu geschlossen.

Literatur: ALESSANDRI, Le lesioni dei singoli elementi del cordone spermatico. „Il policlinico", Sezione chirurgica, 1895, T. 2, pag. 193. — ANDERS, Castration pour testicule inguinal nécrosé. „St. Petersburger med. Wochenschr.", 1892, pag. 437. — BARDELLA, Necrosi del testicolo per torsione. „Gazz. d. Osped.", Milano 1900, T. 21, pag. 85. — BARDESCO, La torsion du cordon spermatique. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest, 1900, T. 3, pag. 78. — BARKER, A case of torsion of the spermatic cord, with strangulation of the testis. „The Lancet", 1893, T. 1, pag. 792. — BAROZZI, Torsion spontanée du cordon spermatique. Bull. de la Soc. anat., Paris 1898, pag. 188. — BRAMANN, Der Processus vaginalis und sein Verhalten bei Störungen des Descensus testiculorum. „Arch. f. klin. Chirurgie", 1890, Bd. 40, pag. 137. — BRYANT, Case of torsion of the spermatic cord with strangulation of the epididymis and testicle in an incompletely descended organ. Medico-chirurgical transactions, 1892, T. 75, pag. 247. — CABOT, A case of strangulation of the testis. „Boston med. and surg. Journ.", 1903, T. 148, pag. 790. — CAHEN, Infarkt des Leistenhodens durch Torsion des Samenstranges. „Deutsche Zeitschr. f. Chir.", 1890, Bd. 30, pag. 101. — CHAUVEAU, Nécrobiose et gangrène. Recueil de méd. vétérin., 1873, T. 10. — CHAUVEAU, Nécrobiose et gangrène. Etude expérimentale sur les phénomènes de mortification et de putréfaction qui se passent dans l'organisme animal vivant. Bull. de l'Acad. de méd., Paris 1878, 2e série, T. 2, pag. 520. — COSSIN, De la torsion du cordon spermatique. Gangrène consécutive du testicule. Thèse de Paris, 1894. — CURLING, Traité prat. de mal. du testicule, du cordon spermatique et du scrotum. Paris 1857, pag. 41. — DAVIES-COLLEY, Strangulation of undescended testicle from twisting of spermatic cord; operation; recovery. „Brit. med. Journal", 1893, T. 1, pag. 311. — DEFONTAINE, Accidents de la torsion du cordon spermatique. Bistournage chez l'homme. „Arch. prov. de chir.", 1894, T. 3, pag. 141. — DELASIAUVE, Descente tardive du testicule gauche, prise pour une hernie étranglée. „Rev. méd. franç. et étrang.", 1840, pag. 363. — DUJON et CHÉGUT, Un cas de bistournage spontanée du testicule simulant une hernie étranglée. „Arch. prov. de chir.", 1900, T. 9, pag. 653. — ECCLES MAC ADAM, Anatomy, physiology and pathology of the imperfectly descended testis. „The Lancet", 1902, T. 1, pag. 569. — ENDERLEN, Klinische und experimentelle Studien zur Frage der Torsion des Hodens. „Deutsche Zeitschrift f. Chir.", 1896, Bd. 43, pag. 177. — ENGLISCH, Über den hämorrhagischen Infarkt des Hodens. „Wiener klin. Wochenschr.", 1893, Bd. 6, pag. 603. — ESTOR, Un cas de torsion du cordon spermat. 15e Congrès franç. de chir., Paris 1902, pag. 710. — FOLLIN, Bull. de la Soc. de chir., Paris 1852—1853, 1re série, T. 3, pag. 98. — GERVAIS, Ein Fall von Torsion des Samenstranges. Inaug.-Diss., Breslau 1891, 15/1. — GESTER, Sarcoma of retained testicle with tursted pedicle. „Ann. of surg.", 1898, T. 27. — GRUNERT, Ein Fall von Torsion des Samenstranges. „Münchener med. Wochenschr.", 1904, Nr. 43. — JOHNSON, Healing under a moist bloodclot in accidental wounds. „Ann. of Surg.", 1893, T. 17, pag. 282. Strangulation of testicle from twist of the spermatic cord. „Annals of Surgery", 1894, T. 19, pag. 530. — KOCHER, Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. „Deutsche Chirurgie", 1887, Bd. 50, pag. 585. — LANGLET, Inversion du testicule; diverticulum de la tunique vaginale; étranglement du cordon testiculaire par torsion sur lui-meme; gangrène du testicule. Opération. Guérison. Bull. de la soc. anat., Paris 1871, T. 46, pag. 281. — LANGTON, Hématome de l'épididyme. St. Bartholomews Hosp. Rep., 1888, T. 17, pag. 188. — LAPOINTE, La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorrhagique du testicule. Paris 1904. — LAUENSTEIN, Die Torsion des Hodens. Sammlung klinischer Vorträge, 1894, Nr. 92. — LAUWERS, Un cas de torsion du cordon spermatique. Bull de la Soc. belge de chir., 1894, T. 2, pag. 132. — LEGUEU, Etranglement du testicule par torsion du cordon spermatique. Bull. et mém. de la société de chir., 15 juillet 1896, et „Presse médicale", 1896, pag. 289. — LÉJARS, Chirurgie d'urgence. Troisième édition, Paris 1901, pag. 635. — LEXER, Ein Fall von Torsion des Hodens mit Mißbildung des Nebenhodens. „Arch. f. klin. Chir.", 1894, Bd. 48, pag. 201. — MACAIGNE et VAUVERTS, Torsion d'un testicule en ectopie inguinale; éclatement de l'épididyme. Bull. de la Soc. anat., Paris 1898, 5e série. T. 12, pag. 267. — MANSON, Un cas d'étranglement du testicule par torsion spontanée du cordon spermatique. Bull. et mém. de la Soc. méd. chir. de Paris, 1902, pag. 215, et „Bull. méd.", 1902, T. 16, pag. 562. — MAUCLAIRE, De la torsion du cordon spermatique et de ses suites possibles. „Tribune méd.", 1894, pag. 467. — MEYER, Ein Fall von Torsion des Samenstranges mit Erhaltung des zurückgedrehten Hodens. „Deutsche med. Wochenschr.", 1891, pag. 800. — MIFLET, Über die pathologischen Veränderungen des Hodens, welche durch Störung der lokalen Blutzirkulation veranlaßt werden. „Arch. f. klin. Chir.", 1879, Bd. 24, pag. 399. — MOHR, Über unvollständige Torsion des Samenstranges mit spontanem Rückgang. „Münchener med.



Wochenschr.", 1904, Nr. 43. — Monod et Terrillon, Ectopie testiculaire. Traité des mal. du testicule et de ses annexes. Paris 1889, pag. 57. — Nanu, La torsion du cordon spermatique. 13e Cong. intern. de méd., Paris 1900, Sect. de Chir., pag. 401; Bull. de la Soc. de chir. de Bucarest, 1900, T. 3, pag. 78. — Nash, Strangulated epididymis of incompletely descended testis producing symptoms like those of strangulated hernia; castration, cure. „The Lancet", 1891, T. 1, pag. 1096. — Nicoladoni, Die Torsion des Samenstranges. „Arch. f. klin. Chir.", 1885, Bd. 31, pag. 182, 186. — Owen, On some cases of misplaced testis. Trans. clin. society of London, 1877, T. 10, pag. 192. — Owen, A case of axial rotation of the testis. 1893, T. 2, pag. 1247. — Page, Twisted spermatic cord and gangrene of testis. „The Lancet", 1892, T. 2, pag. 257. — Perry, Axial rotation of the testicle causing strangulation. „Birmingham med. Rew.", 1898. — Peuch et Toussaint, Précis de chir. vétérin., Paris 1887, pag. 612. — Poel, Strangulation of the testis and epididymis from torsion of the spermatic cord. „Med. Record.", 1895, T. 47, pag. 737. — Quervain, Über subkutane Verlagerung und Einklemmung des Leistenhodens. „Deutsche Zeitschr. f. Chir.", 1901, Bd. 61, pag. 271. — Reclus, Ectopie testiculaire et torsion du cordon spermatique. Traité de chir. de Duplay et Reclus, 1899, 2e édit., pag. 1105 et 1210. — Rigaux, De la torsion spontanée du cordon spermatique. Thése. Montpellier 1903. — Sasse, Ein Beitrag zur Kenntnis der Torsion des Samenstranges „Arch. f. klin. Chir.", 1899, T. 59, pag. 791. — Sanders, Strangulation of the spermatic cord. „Med. Mirror", Saint-Louis 1896, T. 7, pag. 114. — Scarenzio, Parraorchidia sinistra con flemmone ed apoplexia del testicolo per attorcigliamento del cordone spermatico. „Annali universali di medicina", Milano 1859, T. 4, pag. 595. — Scheen, A case of rotation of the testis. „The Lancet", 1896, T. 1, pag. 990. — Scudder, Strangulation of the testis by torsion of the cord a rewiew of all recorded cases, together with the report of one recent case. „Ann. of surg.", 1901, T. 24, pag. 234. — Sebileau, Anomalies de migration du testicule. Traité de chir. de Le Dentu et Delbet, Paris 1901, T. 10, pag. 40. — Serres, Guide pour la castration et le bistournage. Paris 1882. — Souligoux, Torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire. Bull. et mém. de la Soc. de chir., Paris 1904, T. 40, pag 48. — Spencer, Réponse à la communication de Bryant. „Med. chir. Trans.", 1892. — Sutton, Case of torsion of the spermatic cord. „Med. chir. Trans.", 1892. — Taylor, A case of testicle strangulated of birth, castraction, recovery. „British med. Journ.", 1897, T. 1, pag. 458. — Tuffier, Gangrène par torsion du cordon d'un testicule en ectopie inguinale. Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie., 1903, T. 29, pag. 551. — Vanverts, La torsion du cordon spermatique. „Annales des maladies des organes génito-urinaires", 1904, Nr. 6, 15 mars, pag. 401. — Volkmann, Ein Fall von akutem hämorrhagischen Infarkt und Spontangangrän des Hodens. „Berliner klin. Wochenschrift", 1877, pag. 799. — Wiesinger, Infarctus hémorrhagique du testicule. Soc. de biol. de Hambourg. „Tribune méd.", 1899, pag. 163. — Williams, Torsion of the testicle. „New York med. Journ.", T. 77, pag. 1024.

Referate.

Renner (Breslau): **Künstliche Hyperleukozytose als Mittel zur Erhöhung der Widerstandskraft des Körpers gegen operative Infektion.**

Verf. hat auf Anregung weil. Prof. v. Mikulicz eine große Reihe von Injektionen von Hefenukleinsäure gemacht, um die Wirkung derselben auf den menschlichen Organismus und speziell die künstliche Hyperleukozytose genau zu studieren. Er konnte sich davon überzeugen, daß Hefenukleinsäure beim Menschen bei subkutaner Injektion — nach vorübergehender Hypoleukozytose — eine recht bedeutende, längere Zeit anhaltende Hyperleukozytose hervorruft. Da die Wirkung der Hefenukleinsäure bei subkutaner und intraperitonealer Einverleibung gleich prompt ist, empfiehlt Verf. die leichtere Methode der subkutanen Injektion („Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir.", Bd. 15, H. 1 u. 2). Am besten hat sich die Injektion 2%iger Lösungen in einer Gesamtmenge von 1 *g* Nukleinsäure bewährt. Die Nebenerscheinungen waren bei dieser Konzentration nicht besorgniserregend; es traten häufig leichte Fiebersteigerung und lokale Röte sowie Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle ein, aber diese Erscheinungen schwanden nach 1—2 Tagen vollständig. Nur in ganz wenigen Fällen trat eine erysipelatöse Rötung in der Nähe der Injektionsstelle ein. Die Beobachtungen am Krankenbett fielen zugunsten der Injektion aus. Verf. kommt auf Grund dieser Beobachtungen zu dem Schlusse, daß die Injektion von Hefenukleinsäure eine Vermehrung der Resistenz des menschlichen Peritoneums gegen Bacter. coli und wahrscheinlich auch gegen andere pathogene Bakterien bewirke und fordert zur weiteren Prüfung der Methode auf.

Erdheim.

Toupet und **Lebret** (Paris): **Zur Therapie des Milzbrandes.**

Verneuil, Anger und andere Autoren haben mit Injektionen und interner Verabreichung von Jodtinktur in verschiedener Konzentration die Behandlung des Milzbrandes versucht. Verff., bauend auf die günstigen Erfahrungen über die Jodwirkung bei Milzbrand, versuchten ein Verfahren, das ihnen gestattete, große Mengen von Jod zu injizieren. Sie verwendeten Lipiodol („Gazette des hôpitaux", Nr. 27, 1905). Tägliche Injektionen von 5—10 cm^3 wurden anstandslos vertragen. Ein Kubikzentimeter dieser öligen Lösung entspricht 4·28 Tropfen der Jodtinktur. Der ersten Injektion folgte sofort eine ausgiebige Kauterisation. Das Fieber verschwand allmählich binnen 4 Tagen. Die Injektionen selbst wurden durch 7 Tage fortgesetzt. Der Kranke genas. Die Wirkung der eingeführten Jodmenge ist wohl eine zweifache: das im Blute kreisende Jod verhindert einerseits ein Weitergreifen der Infektion von seiten der Pustel an Ort und Stelle, andrerseits eine Allgemeininfektion des Blutes. Die Verff. empfehlen ihr Verfahren als erfolgreich selbst in schweren Fällen.

J. St.

Aus der königl. dermatologischen Universitätsklinik in Breslau.

H. Saar: **Über den Wert der Gonosanbehandlung bei der Gonorrhöe des Mannes.**

Die zahlreichen, ausschließlich sehr günstigen Urteile der Fachpresse über die Verwendung des Gonosans veranlaßten den Verfasser zu einer Nachprüfung des Mittels, besonders im Hinblick auf die mehrfach hervorgetretene Meinung, daß die innerliche Darreichung des Präparats unter Umständen die Möglichkeit gewähre, von der Injektionstherapie gänzlich zu abstrahieren. Verf. („Münchener med. Wochenschr.", 1905, Nr. 46) verfügt über 50 ausschließlich mit Gonosan behandelte Fälle. Er suchte nur akute Gonorrhöe aus, die noch vollständig unbehandelt war. Die Patienten wurden zum größten Teile poliklinisch behandelt und setzten sich zusammen aus Studenten und Kassenangehörigen, kleineren Beamten und Angestellten. „Dem Gonosan wird nachgerühmt — so schreibt der Verfasser —, daß es unter den Balsamicis am besten vertragen wird, daß es den Magen nicht angreift, keinen Widerwillen erzeugt, kein Ekelgefühl und keine Nierenreizung hervorruft, somit wochenlang ohne Nachteil genommen werden kann. Diese Angaben muß ich sämtlich bestätigen. Es wurden täglich 3—5mal 2 Kapseln verordnet, die laut Vorschrift nach dem Essen mit warmer Milch genommen wurden. Die Kapseln wurden ohne jede Klage genommen. Wenn auch hie und da einmal über etwas Magendrücken geklagt wurde, so waren die Beschwerden doch zu geringfügig, als daß ein Aussetzen der Verordnung nötig gewesen wäre. Ein Patient nahm einmal aus Versehen an einem Tage 20 Kapseln ohne den geringsten Nachteil." Des weiteren konnte Verf. bestätigen, daß das unangenehme Symptom der Gonorrhöe, das Brennen, während der Gonosanmedikation in weitaus den meisten Fällen rasch abnahm und nur in wenigen längere Zeit bestehen blieb, wogegen die gerühmte Schmerzlosigkeit der Erektionen in seinen Fällen kaum eintrat. Bezüglich des wichtigen Punktes der Beschränkung der Sekretion beobachtete Verf. vielfach ein auffallend rasches Nachlassen bzw. gänzliches Verschwinden des Sekrets, wobei er den Eindruck hatte, „daß das dem Gonosan zuzuschreiben sei". In anderen Fällen erschien ihm die Wirkung des Mittels nicht so zuverlässig; auch Reizerscheinungen und Übergreifen des Prozesses konnten mehrfach beobachtet werden. Die bakteriologische Prüfung ergab keine eindeutigen Resultate, da in manchen Fällen die Gonokokken schon nach wenigen Tagen verschwanden, in anderen Fällen eine größere, selbst mehrwochige Resistenz aufwiesen. Besonders aus diesem Grunde empfiehlt Verfasser, auch bei der Gonosantherapie von einer „rationellen und bewährten antiseptischen Lokalbehandlung" nicht abzusehen.

E.

Dacco: **Eziologia e patologenesi dell'acne volgare.**

Als Grundursache der Akne gibt Dacco („Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle", 1905, fasc. 1 e 2, pag. 81, 177) nicht den seborrhoischen Zustand der Haut an, sondern eine Modifikation in der ganzen Struktur der Haut. Der Autor vergleicht das Hautorgan mit einem asystolischen Herzen; beide verlieren durch

Hyperfunktion ihre kontraktile Kraft und es resultiert daraus bei der Haut eine Erschlaffung des Gewebes mit konsekutiver Erweiterung der follikulären Mündungen. Die Ursache der Erschöpfung und Erschlaffung der Haut ist teils eine familiäre, ererbte Disposition, teils eine Intoxikation durch Stoffe, welche durch Magen-Darmstörungen, Störungen der Genitalorgane und der Herzaktion entstehen. Primär sind nach DACCO die Erschlaffung der Talgdrüsenwand und Störungen im umspinnenden Gefäßnetz. Die Bakterien haben erst eine sekundäre Bedeutung; niemals sah der Autor dieselben im Beginn des inflammatorischen Prozesses besonders virulent; dagegen nimmt ihre Vitalität mit der Zunahme des entzündlichen perifollikulären Prozesses zu und zu der anfangs rein chemischen Entzündung vom Blute aus gesellt sich die durch den Lebensprozeß und die Toxine der Bakterien bedingte. DACCO faßt auch die Akne vulgaris als eine Toxidermie auf, welche ihr Entstehen primär Stoffwechselprodukten verdankt, wie die Brom- und Jodakne dem Brom und Jod.

K. F.

M. S. NASAROW (Archangelsk): **Zur Behandlung des Scharlachs.**

Verf. hat seine Behandlungsmethode an 35 Fällen erprobt („Deutsche Med.-Zeitung", 1905, Nr. 78). Er verordnet Ichthyol in Kapseln, wenn es sich um ein Kind handelt, welches Kapseln schlucken kann: ist dies nicht der Fall, so versucht er, das Ichthyol in Wasser zu geben, was wegen des höchst widerlichen Geschmacks des Mittels nur selten gelingt. Gelingt es nicht, Ichthyol in wässeriger Lösung dem Kinde beizubringen, so verordne man Oleum terebinth. rectif. in Milch, was die Kinder lieber nehmen. Wenn auch das Oleum terebinth. nicht vertragen wird, so bleibt nichts anderes übrig, als dasselbe subkutan in Substanz einzuführen, wie es PIADOR Y FAWA getan hat. Die Dosen sowie die Formeln, in denen Verf. die beiden Mittel verordnete, sind:

Rp. Ammonii sulfoichthyol. . . . . 30·0
Aq. destillat. . . . . 10·0
MDS. 3mal täglich 35 Tropfen in Kapseln Kindern von 12—13 Jahren, 25 Tropfen Kindern im Alter von 8—10 Jahren, 15—20 Tropfen Kindern im Alter von 5—8 Jahren zu geben.

Das Ichthyol muß unmittelbar vor der Einnahme in die Kapseln hineingegossen werden, weil es sonst innerhalb einer halben bis einer Stunde die Kapseln auflöst. Erwachsenen gebe man 50 bis 60 Tropfen dreimal täglich. Oleum terebinth. rectif. gebe man stets in Milch und empfehle, vor der Einnahme auch ein Glas Milch trinken zu lassen. Kindern im Alter von 3—5 Jahren gibt man 10 Tropfen, solchen im Alter von 5—10 Jahren 12—15 Tropfen, Erwachsenen 30 Tropfen dreimal täglich. Von der Behandlung mit irgend einem der beiden genannten Mitteln abgesehen, ist Milchdiät zu geben, bei wohlhabenden Leuten zweimal täglich Wannenbäder.

L.

NEUSTÄTTER (München): **Zur Hygiene der Friseurgeschäfte.**

Die modernen Bestrebungen, den Betrieb der Friseurgeschäfte den Anforderungen der Hygiene anzupassen, und die diesbezüglichen Vorschläge stießen bisher meistens auf den Widerstand der Friseure. Um so rühmenswerter erscheint das hier („Hyg. Rundschau", 1905, Nr. 15) angeführte Beispiel eines Münchener Geschäftsinhabers, der aus eigener Initiative einen den höchsten hygienischen Anforderungen genügenden Betrieb eingerichtet hat. Um eine Sterilisation der Bürsten zu ermöglichen — das wichtigste, bisher ungelöste Problem auf diesem Gebiete —, sind die Borsten in einen Metallteil eingesetzt, der aus der Holzfassung herausgenommen und im strömenden Wasserdampf sterilisiert wird; Kämme aus Aluminium werden in derselben Weise behandelt; schneidende Instrumente liegen in einer antiseptischen Lösung. Das Einseifen erfolgt mittelst sterilisierbarer Pinsel, die ohne Pech gefaßt sind; zum Einseifen dient eine pulverförmige Seife, die in Streugläsern eingeschlossen ist. Zum Abwaschen dienen ausgekochte Leinwandläppchen, zum Pudern Wattebäuschchen, die mit einer Holzstange gefaßt werden. Auch die Manipulation mit der Wäsche ist eine einwandfreie. Trotzdem der Betrieb eines solchen Geschäftes etwas teurer ist, würde sich doch das Publikum die daraus resultierende Preiserhöhung gewiß gefallen lassen. Verf. macht schließlich den Vorschlag, in den Friseurinnungen durch ärztliche Vorträge die wichtigsten Grundsätze der Desinfektion zu verbreiten.

A.

Kleine Mitteilungen.

— Über die **Nachbehandlung der Radikaloperation des Mittelohrs mit Pikrinsäure** berichtet BONDY („Monatschr. f. Ohrenheilkunde", Bd. 39): Pikrinsäure wird schon seit längerer Zeit von französischen und englischen Ärzten wegen ihrer hervorragenden antiseptischen und keratoplastischen Wirkung zur Behandlung von Brandwunden benutzt. Verf. verwendet die Pikrinsäure in konzentrierter ätherischer Lösung (1·0 : 10·0) in der Weise, daß er nach sorgfältiger Reinigung und Austrocknung der Wundhöhle mit Wattetampons sowohl die granulierenden Flächen wie die anstoßenden Epidermisränder mit einem in Pikrinäther getauchten Wattepinsel betupft. Dies muß sehr schonend und zart ausgeführt werden, da eine Blutung das Eindringen des Pikrins ins Gewebe verhindert. Der bei Applikation des Mittels auftretende, mitunter sehr heftige Schmerz ist nur dem Äther zuzuschreiben und hört bald wieder auf. Die Wirkung der Pikrinbehandlung ist eklatant. Die Sekretion nimmt bald ab, die Granulationen glätten sich und die Wundfläche epidermisiert sich von den Rändern her rasch, ja öfters in erstaunlich kurzer Zeit.

— In der **Therapie des Keuchhustens** empfiehlt GANZ (77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte) das Pyrenol. War das Kind bereits im Stadium spasmodicum, so hatte GANZ folgende Resultate: Die Anfälle wurden schwächer, das Erbrechen blieb meistens aus, das Ödem des Gesichtes verlor sich, die Zwischenräume zwischen den einzelnen Anfällen wurden länger. GANZ hat, um einwandfreie Resultate verzeichnen zu können, von jeder anderen Medikation abgesehen. Er verfügt über 24 Fälle mit fester Diagnose und 8 Keuchhustenverdächtigen. In allen Fällen gelang es, die Krankheitsdauer auf 2—3 Wochen herabzumindern und durch Vermeidung von Sekretstauung einer Komplikation mit Pneumonie, Atelektase oder Emphysem vorzubeugen. Bei einem Kinde von 5 Jahren wurde eine Stenose der Arteria pulmonalis konstatiert. In diesem Falle, der gleichfalls komplikationslos verlief, war eine deutliche exzitierende Wirkung auf die Herztätigkeit zu beobachten. In sämtlichen Fällen wurde der Harn sorgfältig untersucht und nirgends konnte eine Reizung der Nieren nachgewiesen werden. Man gibt Pyrenol am besten in Lösung mit Sirup in 1—3%iger Lösung drei- bis sechsmal täglich einen Tee- bis Kinderlöffel. Man soll das Mittel nicht zu früh aussetzen, da auch das letzte Stadium durch Pyrenol abgekürzt wird. Da es von den Kindern gern genommen, gut vertragen wird und vollständig unschädlich ist, kann man es auch den kleinsten Patienten ohne Bedenken verabreichen.

— Die **Behandlung der Meningitis cerebrospinalis epidemica mit Pilokarpin** hat MENSCHIG („Med. Klin.", 1905, Nr. 40) in fünf Fällen erprobt. Vier Fälle sind genesen, einer gestorben. Mit Rücksicht darauf, daß es sich um Kinder unter zehn Jahren handelte, und um eine Schädigung des Herzens, bzw. die bei Pilokarpindarreichung häufigen kollapsartigen Zustände, zu vermeiden, verordnete MENSCHIG nur 0·03—0·04 auf 200·0 Aqua und ließ davon 1—2—3stündlich einen Kinderlöffel nehmen, so lange, bis Schweiß ausbrach. Dann wartete er mehrere Stunden, bis das Kind wieder völlig trocken blieb, und ließ hierauf erst das Medikament weiter geben. Die Wirkung des Pilokarpins bestand in starkem Schweißausbruch, noch bevor es zu Speichelfluß kam. Die Bewußtlosigkeit verschwand, ebenso der Kopfschmerz. Dagegen blieb die Nackensteifigkeit zunächst noch bestehen, um erst allmählich zu verschwinden. Das Fieber ging lytisch herab. Die Wirkung des Pilokarpins besteht somit hauptsächlich in der Herabsetzung des Gehirndruckes.

— In den **Formanpräparaten** besitzen wir nach der Erfahrung von FUCHS („Heilkunde", 1905, Nr. 4) ein vorzüglich wirkendes, unschädliches, billiges, leicht anzuwendendes Präparat gegen akute und chronische Rhinitis sowie Entzündungen der

oberen Luftwege. Die äußerst nette praktische Verpackung des sehr angenehm zu gebrauchenden Präparats, das als ein ideales Schnupfenmittel nicht mit Unrecht von SUCHANEK bezeichnet wird, wird gewiß dazu beitragen, daß die Ärzte das Präparat gern verordnen und die Patienten gern gebrauchen. Die Pastillen werden mit Hilfe eines beigegebenen Nasenglases in zweckentsprechender Weise zur Inhalation verwendet.

— Die Frage, ob durch die Abrasio eine **Dauerheilung des** beginnenden glandulären **Uteruskarzinoms** zu erzielen sei, erörtert VASSMER („Arch. f. Gyn.", Bd. 75, H. 3) an der Hand eines einschlägigen Falles. Bei einer 45jährigen Patientin war wegen unregelmäßiger starker Blutungen eine Ausschabung gemacht worden. Die mikroskopische Untersuchung ergab im wesentlichen eine glanduläre Endometritis; eine kleine Partie aber zeigte Wucherungen, die man als glanduläres Karzinom ansprechen mußte. Die daraufhin versuchte Totalexstirpation mußte wegen starker Blutungen aufgegeben werden. Es wurden in kurzen Intervallen noch zwei Curettements gemacht, die keinerlei verdächtige Stellen mehr ergaben; Pat. ist jetzt, drei Jahre nach dem ersten Curettement, völlig gesund und beschwerdefrei. Es gibt, worauf in letzter Zeit mehrfach aufmerksam gemacht wurde, wie in anderen Organen, so auch im Uterus atypische Epithelwucherungen, zum Teil angeboren, zum Teil im Anschluß an Entzündungen, die sich im mikroskopischen Bilde nicht von Karzinomen unterscheiden lassen. Möglicherweise hat in diesem Falle etwas derartiges vorgelegen. Andrerseits läßt sich die theoretische Möglichkeit, daß ein beginnendes Karzinom durch eine einmalige Auskratzung geheilt und daß der Körper mit eventuell zurückgebliebenen kleinen Resten fertig wird, nicht von der Hand weisen.

Literarische Anzeigen.

Enzyklopädische Jahrbücher der gesamten Heilkunde. Herausgegeben von **Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Albert Eulenburg.** Band 8, N. F., 4. Jahrgang. Wien und Berlin 1906, Urban & Schwarzenberg.

Dieses unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner von A. EULENBURG herausgegebene Werk berücksichtigt auch in seinem 4. Jahrgange alles Neue auf dem großen Gebiete der Medizin, und zwar nicht etwa nach Art einer trockenen Kompilation oder eines kurzen Kompendiums, sondern in der Form wahrhaft groß angelegter Abhandlungen, die alles Wissenswerte von Grund auf erschöpfen, die einschlägige Literatur eingehend anführen und jede für sich den Wert einer trefflichen Originalarbeit beanspruchen dürfen. Dies gilt u. a. zumal von FÜRBRINGERs Artikel Abdominaltyphus, ferner von Alkohol (E. FREY), Appendicitis (ALBU), Arbeitssanatorien (ESCHLE), Arteriosklerose (H. HIRSCHFELD), BASEDOWsche Krankheit (BUSCHAN), Blut des Säuglings (BENDIX), Bulbärparalysen (L. BRUNS), Cytodiagnostik (H. HIRSCHFELD), Elektrische Starkstromverletzungen (S. JELLINEK), Epileptische und urämische Krämpfe (O. ROSENBACH), Geschlechtstrieb (A. MOLL), Karzinom (LUBARSCH), Krankenbeschäftigung (ESCHLE), Krankentransport (GEORGE MEYER), Leukämie (H. HIRSCHFELD), Lichtbäder (STRASSER), Lupustherapie (DÜRING), Manisch-depressives Irresein (ESCHLE), Ohrlabyrinth (BAGINSKY), Psychomechanik (ESCHLE), Psychotherapie (A. MOLL), Puerperalfieber (E. FRAENKEL), Röntgenbehandlung (LEVY-DORN), Säuglingsernährung (BENDIX), Traubenzuckertitration (ZUELZER). Den erwähnten, zumeist längeren Abhandlungen reihen sich sämtliche anderen würdig an, würdig vor allem des Standpunktes, welchen die „Enzyklopädischen Jahrbücher" in unserer Literatur einnehmen.

BR.

Jahresbericht über die Fortschritte der Physiologie. Herausgegeben von **Prof. Dr. L. Hermann.** 12. Band. Bericht über das Jahr 1903. Stuttgart 1905, F. Enke.

Vier Referenten, der Herausgeber, O. WEISS, A. ELLINGER und R. COHN, haben sich in die Bearbeitung des vorliegenden Bandes geteilt. Derselbe enthält sämtliche Hand- und Lehrbücher des Berichtsjahres, ferner Laboratoriumsschriften, Hilfsmittel und Allgemeines, sodann die Physiologie der Bewegung, der Wärmebildung und der Sinne (L. HERMANN), Geruchssinn (O. WEISS), Physiologie der tierischen Flüssigkeiten, Ernährungphysiologie der Organe und des Gesamtorganismus, und zwar Blut, Lymphe, Transsudate (A. ELLINGER), Verdauungssäfte und deren Drüsen, Verdauungsfermente und Verdauung (R. COHN).

L.

Feuilleton.

„Im Dienste der Menschheit."

„Dem ärztlichen Stand" lautet die einem kürzlich erschienenen Buche der belletristischen Literatur [1]) auf den Weg in die Öffentlichkeit mitgegebene Widmung. Dieser Gabe, welche die Ärzteschaft zuvörderst, nicht minder die gesamte Lesewelt aus den Händen des Kollegen Dr. HEINRICH KELLER empfängt, gebührt eine eingehende Würdigung darum, weil ein berufener Kenner der einschlägigen Verhältnisse, der als schöngeistiger Schriftsteller bereits einen guten Namen besitzt, unseres Wissens zum ersten Male daran geht, ein ebenso wichtiges als düsteres Kapitel aus dem sozialärztlichen Leben, die Frage des Krankenkassenwesens und im Mittelpunkte derselben die Ärztemisere, zum Gegenstande eines Romanes zu machen. Den Kern des Buches bildet das leidige Problem der materiellen Notlage der Kassenärzte, dessen Erörterung in Form einer lebensvoll dargestellten Geschichte, wie sie sich in unserer Stadt und überall Tag für Tag in zahlreichen Wiederholungen und Variationen stets gleich neu und aktuell bleibend abspielt, mehr zu fesseln vermag als in Gestalt von theoretisierenden Rekriminationen und Memoranden.

KELLER greift mit sicherer Hand in das Großstadtleben und holt seine Figuren mitten aus dem pulsierenden Alltagsgetriebe, stellt sie mit großer Gewandtheit in die Beleuchtung der markanten Gegenständlichkeit und weiß seinen Akteuren in Rede und Gebaren die Züge der vollen Natürlichkeit aufzuprägen. Er schildert uns in Dr. Max Römer, der Hauptperson seines Buches, den jungen Arzt, der in Mühsal und Entbehrungen seine Studien betrieben und vollendet hat, um dann in einem Bezirke an der Großstadtperipherie eine Kassenarztesstelle zu erreichen, die seine ganzen Kräfte in Anspruch nimmt und seine gewissenhafte Pflichterfüllung auf eine zuverlässige Probe stellt. Alle Widerwärtigkeiten dieser ärztlichen Berufsarbeit werden in lebendigen Farben vor unseren Augen entrollt; die kurzen Lichtblicke von Einzelerfolgen bei Berufungen zu Kranken, die außerhalb der Kasse stehen, sind für Römer nur kontrastierende Effekte gegenüber der entbehrungsreichen Qual des Alltages. Die sonnenhelle Freude, die in ihm die erwachende und vollerblühende Liebe zu einem braven, unverderbten Mädchen zum ungehemmten Ausbruche gelangen läßt, hält nicht lange vor und die Enttäuschungen, die ihm das Leben immer wieder bereitet, sein Unvermögen, durch heuchlerische Verstellungskünste und krämerische Vorteilsberechnung emporzukommen, zwingen ihn immer tiefer in grüblerische Vergrämtheit, zu der überdies die gereizte Unlust seines Weibes beiträgt. Während sein Genosse Dr. Kern bei einer alternden koketten Witwe, deren Schwächen und lüsterne Begehrlichkeit nach einem jugendlich frischen Lebensgenossen ausnützend, zu sorgenlos üppigem Wohlleben zu gelangen versteht, versinkt er immer tiefer in Kummer und Gram. Willkür und Ränkespiel bringen Römer um seine einzige Quelle für kärglichsten Lebensunterhalt; seine keifende Frau verläßt ihn und er greift endlich, von allen Hoffnungen, die seiner idealistischen Seele zuvor innewohnten, verlassen, zum erlösenden Gifte.

Im Rahmen dieser einfachen, lebenswahren Fabel, an der gewiß nichts als Erfindung zu gelten brauchte, versteht es der Autor, zahlreiche Schilderungen aus dem Alltagsgetriebe der Großstadt einzufügen. Die anheimelnden Szenen intimen Volkslebens, die gut gesehenen, teils biederen, teils kleinlich eitlen Episodenfiguren sind gut beobachtet und mit sicheren Strichen gezeichnet. Zudem verfügt KELLER

[1]) HEINRICH KELLER: „Im Dienste der Menschheit", Roman. Berlin 1906, Verlag von Egon Fleischl.

über die geschickte, dialektsichere Wiedergabe wienerischer Redseligkeit mit ihren stichelnden Wortwendungen. Das ganze Buch, dessen scharf geschliffene Tendenz im Interesse des ärztlichen Standes klar zutage liegt, ist flott und leichtfließend geschrieben und trotz mancher Bitterkeit erfüllt den Autor bloß der ernste Grundgedanke, durch sachliche Darlegungen im Rahmen eines erzählenden Dichtwerkes weitere Kreise in den Jammer des zu taglöhnerischem Frondienst herabgewürdigten Kassenarztlebens einzuführen und deren Interesse wachzurufen. Für diese dankenswerte Mühewaltung gebührt dem Autor volle Anerkennung, obwohl es uns zweifelhaft erscheint, ob auch in diesem Gewande unseren endlosen Kämpfen um die Besserung des Loses der praktischen Ärzte nur um etwas leichter ein Erfolg zu erringen sein wird wie zuvor, ja ob ihnen damit auch nur ein hilfreicher neuer Bundesgenosse angeworben wird. Denn die Vorzüge des Buches, zu denen nebst der Wahl des Stoffes, der Lebendigkeit der Sprache und der Sicherheit der Charakterzeichnung die innere Wahrheit der Geschehnisse gehört, werden nicht unerheblich geschmälert durch manchen Fehlgriff, welcher gerade von den Feinden des ärztlichen Standes, den „Kassengewaltigen" und den Bezirkspotentaten, weidlich ausgenutzt und gegen unsere berechtigten Wünsche nach einer menschenwürdigen Stellung in der sozialen Ordnung ins Treffen geführt werden könnte.

Dem Verfasser war es wohl offenkundigerweise darum zu tun, durch die Aufrollung der Lebensführung und der in dieser waltenden Mühsal des Daseinskampfes den Nachweis zu erbringen, daß gerade die vortrefflichen Eigenschaften, gediegene Bildung, gründliche Betätigung in jeder Pflichterfüllung, Hilfsbereitschaft und bis zur Aufopferung gesteigerte Selbstlosigkeit seinen Helden nicht auf die Bahn des Erfolges, ja nicht einmal zur Sicherung des zuverlässigen Broterwerbes zu führen vermögen. Dem ganzen Buche liegt förmlich die prinzipiell richtige These, wie ein selbstquälerischer Vorwurf gegen die zu schönen Berufserfolgen am meisten prädestiniert scheinenden Ärzte, zugrunde, daß manch einer von ihnen, den die besten Anlagen des Geistes, der Gemütsart und der gesellschaftlichen Umgangsformen geradezu ausersehen erscheinen lassen sollten zu einem erfolgverheißenden Fortkommen, in dem Wirrsal, den der Daseinskampf, die unberechenbaren Mächte des Zufalles und die Widerwärtigkeiten aller Art mit sich bringen, sich weder gesicherte Existenz, noch etwa Geld und Gut zu erringen vermag. Diese lebenswahre Kontrastwirkung zwischen Anlagen und Wirklichkeitserfolg wäre ja sicherlich ein wirksamer und eindrucksvoller Vorwurf für die belletristische Darstellung der Lebensschicksale in einer Berufsbetätigung, bei welcher die unablässige, treffsichere Verkehrsweise mit Menschen aller Kategorien zum unumgänglichen, gewöhnlichsten Rüstzeug werden muß. Gerade die Ausübung des ärztlichen Berufes, die ständige Berührung mit allen Elementen des Volkes, mit Arm und Reich, Hoch und Niedrig, bietet die reichste Gelegenheit zu zeigen, wie richtiges Gebaren, zweckdienliche Haltung bei voller Anpassung an die wandelbare Eigenart des anderen weit mehr in die Wagschale fallen, als das starrsinnige Festhalten an gewissenhafter Selbstkritik, das Widerstreben gegen jedwede Entäußerung seelischer Qualitäten und geistiger Güter. Vorteilberechnender Egoismus braucht die Redlichkeit des Wollens nicht zu verdrängen, Geschicklichkeit der Gesprächswendung nicht in Unehrlichkeit oder trügerische Blasphemie auszuarten, und doch wird die Individualität des Einzelnen lernen müssen, für alle möglichen Lebenslagen, für den Umgang mit den von seltsamsten Schwächen und irrigsten Vorurteilen entstellten Charakteren gefeit und gewappnet zu sein.

An einem aus dem wirklichen Lebensgetriebe herausgegriffenen Beispiele zeigt Keller diesen Widersinn zwischen ethisch vollkommenem Wesen des Arztes und lächerlich gering bleibendem Lohne auf. Allein dieses Beispiel ist trotz alledem unzutreffend gewählt und darum mangelt ihm jedweder Verbindungsweg in die Verallgemeinerung des großen Gesamtbetriebes einer Berufsgruppe. Dr. Römer ist eben eine zu sehr im Akademischen, im Sublimen festhaftende, durchaus unpraktisch angelegte Natur, dem dieser eminent praktische Beruf nicht frommen kann; sein Vorgehen, dem wohl niemals gründliche Rechtlichkeit abgesprochen werden kann, widerstrebt in vielem so sehr dem unmittelbar Zweckdienlichen, daß das Fehlschlagen gedeihlicher Lebensgestaltung im voraus erkannt werden muß. Mit solchen Eigenschaften ausgestattet, vermag keiner in diesem Berufe, der in unseren Zeiten ebenso sehr an Mühseligkeiten geistigen Inhaltes angewachsen ist, wie er an Hemmnissen aller Art und durch die Befehdung und Verdächtigung der ungebildetesten Gegner allen Nimbus von einst eingebüßt hat, zu gesichertem Besitz zu gelangen, der ihn vor des Lebens Unbill schützen würde. Ein Dr. Römer ist für unsere Ärztegeneration ein Anachronismus geworden. In den sechziger und siebziger Jahren des vorigen Jahrhundertes war ein solcher Arzt ein Muster edler Berufsausübung, für das zwanzigste Jahrhundert zählt er bereits zum veralteten Inventar des phantasierenden Poeten. Der erlauchte Namensbruder unseres Kollegen Heinrich Keller, der große Gottfried, hätte wohl einen „grünen Heinrich" nicht treffender mit den herrlichsten, aber leider in die neue Zeit nicht passenden Eigenschaften der Seele und des Geistes ausstatten können, hätte er ihn als dichterische Figur in den ärztlichen Beruf gestellt.

Es ist wohl eines der treffendsten Worte, welches das Geheimnis des Erfolges im praktischen Arztesberuf dahin präzisiert, daß dem Arzte im Durchschnitte von all den Eigenschaften und Eigenheiten des großen Publikums wenigstens etwas innewohnen müsse, um Wohlgefallen und Wertschätzung zu gewinnen. Die geistigen Größen, die durch die Übermacht der Persönlichkeit wirken müssen, sind bekanntlich nicht reich gesät. Der Arbeitsmensch muß sich aber dem Wesen der Allgemeinheit so gut als möglich anpassen, dann wird für ihn der Kampf mit den Lebensgewalten — und dies gilt für die meisten Berufsarten — niemals mit einem vollen Zusammenbruche enden. So wenig wie sich für das Tun und Lassen des Arztes ein geschriebenes Gesetz, eine nie versagende Deontologie abfassen ließe, so wenig vermag man auf der Schule die Hodegetik der ärztlichen Praxis, die sich in klingenden Lohn umsetzen läßt, schwarz auf weiß nach Hause zu tragen.

An unzulänglich und nicht verallgemeinerungsfähigem Beispiele zum Beweisversuche erhoben, wird Kellers Ausschnitt aus dem mühseligsten Berufszweige ärztlicher Tätigkeit, trotz all seiner wertvollen, klug gehandhabten Ausstattungsbehelfe dem Leser höchstens der treffende Ausdruck von Selbstgedachtem, Gekanntem oder gar Erlebtem sein. Es sei dem Autor darob kein Vorwurf erhoben; vielmehr bekunde dieser Einspruch nur das lebhafte Interesse, welches die schöne Arbeit bei jedem willigen Leser wird erwecken müssen. So wahr und doch unbegreiflich Dr. Römers Schicksale in dem Buche sich zutragen, so sehr sie sich Tag für Tag erneuern werden, so laut wird auch fortab noch der Ruf ertönen müssen nach ausgiebiger sozialpolitischer Hilfeleistung — für den ärztlichen Stand! f.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XII.

Abteilung für innere Medizin.

Über Morbus Brightii.

Ponfick (Breslau), Referent: Es gibt wenige Kapitel der Medizin, in welchen trotz der Leichtigkeit der klinischen Diagnose und der gewöhnlich vorhandenen Übereinstimmung zwischen Diagnose am Lebenden und dem Leichenbefunde noch ein solcher Mangel an tieferem Einblick in das eigentliche pathologische Geschehen herrscht, wie das der Nierenerkrankungen. Bei seinen folgenden Auseinandersetzungen will P. ganz im Sinne Brights sämtliche mit Albuminurie und Hydrops einhergehenden diffusen Nierenerkrankungen, einschließlich der amyloiden (ihrem Wesen nach Bright ja noch nicht bekannten) Degeneration in den Bereich der Betrachtung ziehen. Diese Gesamtheit der Nierenerkrankung hat man bisher eingeteilt in parenchymatöse und interstitielle Nephritiden und sich damit unnötig das Leben schwer gemacht; denn diese Einteilung ist weder nützlich, noch auch durchführbar. Diese Trennung ist eine künstliche und unphysiologische und sie ist durch

die pathologisch-anatomischen Befunde nicht gerechtfertigt. Noch unzweckmäßiger ist die rein deskriptive Einteilung, z. B. eine große weiße oder kleine rote Niere; dies ist ebenso naiv, wie wenn man von einer großen grauen Lunge und einer kleinen blauen Lunge sprechen wollte. Außerdem sind diese äußeren Merkmale etwas Vorübergehendes, ineinander Übergehendes. Rationeller wäre eine Einteilung, die zwar das anatomisch-histologische Geschehen ausschlaggebend sein läßt, aber zugleich der Vielseitigkeit des Krankheitsbildes und besonders auch der Fülle ätiologischer Gesichtspunkte Rechnung trägt. Dieses Ziel wird sich aber nur erreichen lassen durch Zusammentragen einer möglichst großen Reihe individueller klinischer und anatomischer Tatbestände, wobei also im einzelnen Falle das Individuum durch eine lange Reihe von Jahren klinisch beobachtet und der Sektionsbefund möglichst sorgfältig aufgenommen worden ist. Wenn man einmal dieses Ziel erreicht hat, würde vielleicht eine neue Benennung unter Berücksichtigung aller, auch der so vielfältigen ätiologischen Momente vorgenommen werden können, die freilich dann etwas weitläufiger als die bisherigen werden dürfte. Dahin zu gelangen, ist aber nur durch ein inniges Zusammenarbeiten von Klinikern und Anatomen möglich. Vorläufig ist es nicht möglich, aus dem anatomischen Bilde einen sicheren Rückschluß auf den klinischen Verlauf zu liefern; solche Versuche scheiterten zumeist. Dies ist erklärlich bei einer so exquisit chronisch verlaufenden Krankheit und angesichts des Umstandes, daß wir an der Leiche ja abgelaufene Prozesse zu sehen bekommen.

Für den Unterricht hat Vortr. allerdings die alte Frerichssche Einteilung (entzündliche Schwellung, Degeneration, Schrumpfung) beibehalten, für die weitere Forschung muß aber daran festgehalten werden, daß immer beide Gewebselemente, Parenchym und interstitielles Gewebe, ergriffen sind, nur im einzelnen Fall verschieden stark und vielleicht zu verschiedener Zeit.

Unter den einzelnen histologischen Vorgängen, auf welche Vortr. nunmehr eingeht, ist seiner Meinung nach derjenige der Exsudation in die Harnkanälchen zu wenig gewürdigt. Die dadurch gebildeten Zylinder, über deren Entstehung er sich nicht verbreiten will, können die Harnkanälchen dauernd verstopfen und so zu Stauung in den rückwärtigen Teilen, den Glomerulis, somit zur Erweiterung und Vernichtung dieser Teile führen und andrerseits auch durch ihre Anwesenheit gleichsam als Fremdkörper auf das Gewebe deletär einwirken, indem sie interstitielle Reaktionen und Degenerationen in den funktionsunfähigen Kanälchen, gleichwie in den Glomerulis (funktionelle Atrophie) hervorrufen. Möglich, daß in manchen Fällen von Nephritis, in welchen Digitalis eine rasche Besserung der Diurese erzeugte, dies dadurch zustande kam, daß unter dem erhöhten Druck die die Harnkanälchen verstopfenden Zylinder ausgeschwemmt wurden. Die eben erwähnte, durch solche Stauung erzeugte Atrophie soll man von der primären eigentlichen entzündlichen als sekundäre abscheiden.

Neben diesen sekundären Metamorphosen kommt aber an der Glomerulis noch eine andere Form, die ebenfalls als sekundär zu betrachten ist, vor, wenn die Malpighischen Körperchen erkranken und durch das bekannte zellreiche Exsudat im Kapselhof und Verstopfung des Isthmus der Harnkanälchen erdrückt, bzw. zur Funktionseinstellung gezwungen werden.

Daran anschließend möchte Vortr. noch die Blutungen besprechen, die meist dicht unterhalb der Glomeruli gefunden werden, so daß man schließen kann, daß sie aus diesen hervorgegangen sind. Genauere mikroskopische Urinuntersuchung zeigt, daß Blut fast immer vorkommt und deshalb daraus allein noch keine weiteren Schlüsse gezogen werden dürfen; sein Vorkommen dürfte nur auf eine abnorme Durchlässigkeit der Gefäße zu beziehen sein. Solche Blutungen können aber auch zu Verstopfung der Kanälchen und somit zu ihrem Untergang führen. Ein weiteres Beispiel sekundären Untergangs derselben ist dann gegeben, wenn erst der Glomerulus seine Tätigkeit einstellt und das zugehörige Harnkanälchen einer sekundären Atrophie verfällt; dies wäre dann ein Beispiel für die Kombination von interstitiellen und parenchymatösen Prozessen.

Müller (München), Korreferent: Der Name Brightsche Krankheit paßt, historisch betrachtet, auf jede mit Albuminurie verbundene Nierenerkrankung. Dieser klinische Begriff wurde aber weiterhin mehr und mehr durch den pathologisch-anatomischen „Nephritis" verdrängt; doch war dieser Sammelname nur so lange erlaubt, als man noch die Degenerationen auch zu den Entzündungen rechnen durfte. Seitdem der Begriff Entzündung aber straffer gefaßt wird, ist dies nicht mehr statthaft.

Da es aber am Krankenbett und selbst am Sektionstisch nicht immer möglich ist, Entzündung und Degeneration zu trennen, so schlage er vor, den Namen „Nephritis" ganz fallen zu lassen und dafür das weniger voraussetzende „Nephrose" einzuführen. (Dieser Vorschlag steht in den Leitsätzen, fehlt aber im mündlichen Vortrag. Ref.)

Die Einteilung der Nierenkrankheiten geschieht seines Erachtens am besten nach ätiologischen Gesichtspunkten, da die nach verschiedenen Infektionen und Intoxikationen auftretenden Nierenerkrankungen meist ziemlich charakteristische klinische Krankheitsbilder liefern und oft auch einen besonderen histologischen Befund darbieten.

Ref. bespricht nunmehr die einzelnen Symptome der Nephritis.

Die Albuminurie kommt nicht bloß den entzündlichen, sondern auch den rein degenerativen Formen zu und ist kein Maßstab für die Schwere der Erkrankung; die Ausscheidung kann in allen Teilen der Niere vor sich gehen, auch in der Marksubstanz, wie P. Ehrlichs Versuche mit Phenylamin zeigen. Die kranke Niere ist insuffizient, und zwar sowohl in bezug auf Wasserausscheidung als auf Ausscheidung der verschiedenen harnfähigen Substanzen, aber in völlig wechselnder Weise, bald mehr bezüglich des Wassers, bald mehr bezüglich der Salze. Diese Salze (Harnstoff, Harnsäure, Phosphate, Sulfate) zeigen keinerlei gesetzmäßiges Verhalten, nur das Kochsalz wird bei allen mit Ödemen oder Neigung zu solchen einhergehenden Erkrankungen im Körper zurückgehalten, wobei diese Retention des Kochsalzes sowohl Ursache als Folge der Wassersucht sein kann; deshalb empfiehlt es sich, schweren, zu Wassersucht neigenden Nierenkranken eine kochsalzarme Kost zu geben.

Die Entstehung der Ödeme ließ sich mit Hilfe des von Richter angegebenen Verfahrens der Erzeugung einer Nephritis mittelst Urannitrats verfolgen. Dieses Gift erzeugt auch Ödeme, die aber nicht stärker sind, als die mit Aloin bewirkten. Wenn man aber mit Kaliumbichromat erst eine Nephritis (ohne Ödeme) setzt und nunmehr Urannitrat gibt, so entstehen starke Ödeme; daraus sei zu schließen, daß die Nephritis allein noch keine Ödeme macht, sondern diese durch eine Schädigung der Gefäße im ganzen Körper entstehen. Sie sind aber auch hier nicht Folge eines einfachen Filtrationsvorganges, sondern an die Sekretionstätigkeit der Gefäßendothelien gebunden. Die Urämie, welche seit langem auf Zurückhaltung von Stoffwechselprodukten zurückgeführt wird, findet man nur, wenn ein unvollkommener Gesamtstoffwechsel stattfindet, und zwar ist der Stickstoffwechsel verantwortlich zu machen; doch sind diese giftigen, für das Nervensystem eine besondere Affinität besitzenden Stoffe noch nicht näher bekannt. Die von Ascoli hierfür beschuldigten hypothetischen Nephrolysine sind jedenfalls wenig wahrscheinlich; es ist möglich, daß diese Stoffe zugleich eine Blutdrucksteigerung erzeugen, da immer mit der Urämie diese Veränderung des Blutdruckes einhergeht. Diese Drucksteigerung ist auch als Ursache der bei chronischer Nierenerkrankung gewöhnlichen Herz- und Gefäßwandhypertrophie zu betrachten. Die bei chronischen Nephritiden vorkommende Steigerung der Wasserabscheidung ist durch die Ludwigsche Theorie nicht zu verstehen; auch kann diese Theorie die normale Nierensekretion als einen rein physikalischen Vorgang nicht erklären.

Ref. skizziert endlich ganz kurz die ätiologischen Formen der Nierenerkrankung, deren manche durch besondere Verlaufseigentümlichkeiten charakterisiert sind.

Pässler (Dresden) und **Heinecke** (Leipzig): **Versuche zur Pathologie des Morbus Brightii.**

Wenn man Tieren eine Niere ganz und später die andere teilweise entfernt, so kann man Symptome erzeugen, welche denjenigen bei der Schrumpfniere ähnlich sind. Es hypertrophiert in vielen, nicht allen Fällen das linke Herz (was aber nur bei sehr großen Werten als positiver Ausfall betrachtet werden darf), und zwar ist diese Hypertrophie nicht erzeugt durch absterbendes, zur Resorption gelangendes Nierengewebe, sondern als Folge des Ausfalls funktionsfähiger Nierensubstanz. Die Polyurie entwickelt sich unabhängig von der Herzhypertrophie, kann sogar ohne Blutdrucksteigerung erfolgen.

Heinecke (München) berichtet über die von F. Müller schon zitierten, von ihm ausgeführten Experimente zur Erklärung des Zustandekommens der Ödeme.

Loewi (Wien): Die Harnsekretion ist durchaus nicht zu vergleichen mit beispielsweise der Sekretion des Speichels, wo der Blutdruck ohne Einfluß ist, während die Harnsekretion durchaus von dem Blutdruck abhängt; mit dessen Steigerung steigt immer auch die Harnsekretion, wofern nicht etwa periphere abnorme Widerstände vorhanden sind. Aber auch andere Momente, welche die Niere in der Zeiteinheit schneller durchbluten lassen, steigern die Sekretion, dazu gehört die Erweiterung der Nierengefäße, wodurch also der Blutdruck in der Niere abfällt. Wir können diese Erweiterung künstlich durch Diuretika erzeugen, nämlich durch Diuretin und Koffein. Die Durchblutung herausgeschnittener Nieren, die F. Müller angeführt, ist nicht geeignet zur Lösung der Frage der Nierensekretion, denn das dadurch gelieferte Sekret ist kein normaler Urin. Dieser Versuch ist deshalb verlassen und neuere Versuche haben gezeigt, daß obige Medikamente nicht durch Reizung der

„wassersezernierenden Zellen“ (solche gebe es überhaupt nicht), sondern durch Erweiterung der Nierengefäße wirken. Dies ist praktisch wichtig, indem es die Furcht vor Anwendung dieser Mittel bei parenchymatösen Nierenerkrankungen als unbegründet erkennen läßt.

Orth: Die heutigen Referate haben nur gezeigt, daß wir in der vorliegenden Frage noch nichts wissen und weiter forschen müssen, bis dahin ist aber die alte Einteilung doch noch beizubehalten, zu einer neuen sei jedenfalls das Material noch nicht gegeben. Insbesondere ist eine ätiologische Einteilung noch verfrüht. Er bekennt, daß er nur in einigen wenigen akuten Fällen aus dem Sektionsbefund auf die Ätiologie schließen könne. Ein ätiologisches Moment, das Trauma, hätten die Referenten gar nicht erwähnt; und doch habe er bei Kaninchen durch einfache subkutane Quetschung eine Schrumpfniere erzeugen können.

Heller (Kiel): H. ist schon aus didaktischen Gründen vorläufig immer noch für die alte Einteilung in parenchymatöse und interstitielle Nephritis.

Schmidt (Straßburg): Aus Untersuchungen an einer größeren Zahl von Kranken schließt Schmidt, daß parenchymatöse Nephritis ohne Glomerulusveränderung nicht zu Drucksteigerung führt, umgekehrt Beteiligung der Glomeruli immer zu Drucksteigerung.

Volland: Die Herzhypertrophie hält er für einen kompensatorischen Vorgang; es empfiehlt sich in solchen Fällen drohender Hypertrophie eine Einschränkung der Flüssigkeit.

Posner: Die von Orth am Tiere beobachtete traumatische Schrumpfniere konnte er auch beim Menschen sehen, wo sich nach Sturz vom Trambahnwagen bei einer vorher gesunden Frau erst eine Wanderniere und nach dieser eine doppelseitige Schrumpfniere entwickelten. Diese Doppelseitigkeit ist wohl so zu erklären, daß durch die Retention oder Erzeugung giftiger Stoffe von seiten der einen Niere die andere erkrankt; ähnlich wie dies bei Steinniere und Tuberkulose beobachtet wird.

Müller (Schlußwort): Müller schlägt vor, wenn man den Namen Nephrose beanstande, so solle man doch den gut deutschen, nichts präjudizierenden „Nierenerkrankung“ wählen, den er auch in seinem Vortrage geflissentlich immer gebraucht habe.

Herz (Wien-Meran): **Über Aerotherapie.** (Ist in Nr. 46 der „Wiener Med. Presse“ in extenso publiziert.)

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 7. Dezember 1905.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse“.)

A. Bleier stellt einen Fall von Mikrographie vor. Pat. war Kanzleigehilfe. Vor einiger Zeit wurde er mürrisch und streitsüchtig, gegenwärtig zeigt er unsicheren Gang, Neigung zum Fallen nach vorwärts, monotone, rasche Sprache, wobei er oft Worte wiederholt, leichte Arteriosklerose, steife Haltung des Kopfes, starren Gesichtsausdruck, nach oben eingeschränkte Augenbewegungen, leichte Pupillendifferenz und leichten Tremor der Hände. Die Schrift ist gegen früher ganz verändert, sie ist ungemein klein, nach längerem Schreiben nur mit der Lupe leserlich, weiter hinaus in einen Strich übergehend.

M. Weinberger zeigt einen Kranken mit einem Aneurysma am rechten Handrücken. Pat. hat Frakturen beider Unterarme erlitten. Vom April bis August d. J. hatte er Gelenkrheumatismus in zahlreichen Gelenken, dann eine linkseitige Rippenfellentzündung, vor 10 Tagen stellten sich wieder Gelenkschwellungen mit Fieber bis zu 40° ein, im Harn waren bis 6‰ Eiweiß. Über dem Herzen sind ein systolisches Geräusch und leichte Akzentuierung des 2. Aortentons zu hören. In der rechten Fovea radialis befindet sich ein Aneurysma, dessen Entstehung Vortr. einer mykotischen Embolie zuschreibt.

K. Sternberg demonstriert das anatomische Präparat eines Sarkoms des Mediastinums, welches von einem 35jährigen Manne stammt, der eine halbe Stunde nach der Spitalsaufnahme starb; anamnestische Angaben liegen nicht vor, das Hauptergebnis der Untersuchung war ein mächtiges Ödem der oberen Körperhälfte. Bei der Obduktion fand sich eine Geschwulst, welche das vordere Mediastinum ganz erfüllte, auf die Lungen übergriff und über dem Herzen eine Dicke von 6 cm besaß. Das Perikard fehlt und das Herz liegt mit dem rechten Vorhof, dem rechten und einem Teil des linken Ventrikels unmittelbar dem Zwerchfell auf, sonst ist es allseits von der Geschwulst umschlossen und von derselben nicht ablösbar. Die Herzhöhlen sind sehr eng, das Herzfleisch braunrot und mürbe. Die Aorta und die A. pulmonalis sind in den Tumor eingebacken, ihre Wand stellenweise kaum abgrenzbar, die der letzteren an einer Stelle unmittelbar über der linken Klappe von der Geschwulst durchwachsen. Aus dem Ostium der V. cava superior ragt ein umfangreicher Geschwulstzapfen polypenartig in das Lumen des Vorhofes hinein; die V. cava sup. ist, soweit sie innerhalb des Tumors verläuft, bis auf einen feinen Spalt von demselben ausgefüllt. In der linken Lunge und in der Leber finden sich zahlreiche Metastasen. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich die Geschwulst als kleinzelliges Spindelzellensarkom. Da der größte Teil der Peripherie des Herzens in den Tumor bei völliger Aufhebung des perikardialen Raumes fest eingemauert ist, kann man sich kaum vorstellen, wie die diastolische Erweiterung desselben möglich wurde.

E. Zak und **K. Sternberg** zeigen das anatomische Präparat eines Falles von Gumma des 5. Halswirbels mit gummöser Pachymeningitis. Das Präparat stammt von einem 54jährigen Manne, der vor kurzer Zeit einen heftigen Schmerz im Nacken bekam, dann wurden die Beine paretisch, hierauf die rechte und linke obere Extremität, schließlich wurde der Körper des Patienten von unten bis zur 3. Rippe anästhetisch, die Lähmung der Extremitäten wurde vollkommen, sämtliche Reflexe waren erloschen und es bestand Retentio urinae. Der 3.—5. Halswirbel waren druckschmerzhaft, aber nicht deformiert. Es handelte sich um eine akute Kompression des Halsmarkes. Als Ursache derselben ergab die Obduktion ein nußgroßes Gumma, welches den vorderen Anteil des 5. Halswirbels vollkommen zerstört hatte. Die Dura mater zeigte an der entsprechenden Stelle an ihrer Außenfläche eine etwa 20-Hellerstück große, flache Auflagerung, die aus einem rötlichbraunen, im Zentrum erweichten Gewebe bestand. Das Halsmark war hier stark komprimiert und seine Zeichnung verwischt. In der stark gelappten Leber fanden sich mehrere Gummen, ferner bestanden ein chronischer Milztumor und eine starke Erweiterung der Venen im Ösophagus und im kardialen Teile des Magens; im letzteren war es aus einer geplatzten Vene zu einer schweren Blutung gekommen.

Schließlich demonstriert **K. Sternberg** Präparate eines seltenen Befundes bei Melanosarkomatose. 1. Die Niere eines Falles, bei welchem es von einem Melanosarkom des linken Bulbus aus zu zahlreichen Metastasen gekommen war, zeigt an der Oberfläche eine diffuse rauchgraue Färbung und dichte schwarze Fleckung, am Durchschnitte findet sich, am deutlichsten an der Basis der Pyramiden, eine intensive rauchgraue bis schwarze, den Harnkanälchen entsprechende streifige Verfärbung. Bei mikroskopischer Untersuchung erweist sich diese schwarze Färbung als hervorgerufen durch das gleiche Pigment, welches die Tumorzellen des Melanosarkoms charakterisiert. Das Pigment ist freigeworden, wurde in die Blutbahn aufgenommen und in den Epithelien der Niere abgelagert. 2. Ein Herz, welches von einem analogen Fall stammt, zeigt multiple Metastasen von Melanosarkom, welche durch ihre Größe ausgezeichnet sind.

L. v. Schrötter erinnert an ein von ihm vor mehreren Jahren demonstriertes Präparat von Aktinomykose der Pleura, der Lunge, des Perikards und des Herzens, wobei letzteres von den aktinomykotischen Massen vollständig durchwachsen war. Pat. starb, indem die Herzaktion allmählich schwächer wurde und schließlich stille stand. Merkwürdig war, daß Pat. noch kurz vor dem Tode aufstehen und gehen konnte.

E. Zak bemerkt, daß in dem Falle Sternbergs bei der Untersuchung der Puls noch als ziemlich gut gefunden wurde.

Rich. Bauer: Versuche über die Assimilation von Milchzucker und Galaktose beim Gesunden und Kranken. (Vorläufige Mitteilung.)

Vortr. hat gefunden, daß Galaktose in der Menge von 30—40 *g* vom Gesunden vollkommen assimiliert wird, daß dagegen bei Erkrankungen der Leber nach Einführung der gleichen Menge Galaktose mit dem Harne ausgeschieden wird, also alimentäre Galaktosurie besteht. Dies zeigte sich auch in einem Falle, in welchem erst später eine geringgradige Leberzirrhose nachgewiesen wurde. Milchzucker besteht aus Galaktose und Dextrose, welche beide dieselbe Formel $C_6 H_{12} O_6$ haben, aber in der Gruppierung der Atomgruppen Unterschiede zeigen. Werden nun Personen, welche 30 *g* Galaktose ohne Zuckerausscheidung im Harne vertragen, 60 *g* Milchzucker gegeben, so scheiden sie Zucker im Harne aus, was in manchen Fällen sogar nach 20 *g* Milchzucker eintritt. Dies erklärt Vortr. durch die Annahme, daß solche Personen nicht imstande sind, den Milchzucker zu spalten. Bei Diabetikern erscheint nach Einfuhr von Galaktose nicht Dextrose, sondern Galaktose im Harne, welche sich durch das Fehlen der Gärungsfähigkeit charakterisiert. Zum Nachweise der Galaktose gibt Vortr. folgende Methode an: Der Harn wird mit dem halben Volumen Salpetersäure versetzt, wodurch die Galaktose zu Schleimsäure, die Dextrose zu Zuckersäure oxydiert werden; die erstere ist in Wasser unlöslich, letztere löslich. Die Löslichkeitsprobe wird mit dem durch Eindampfen gewonnenen Rückstande vorgenommen.

K. Glaessner: Über eine neue Prüfung der Leberfunktion. (Vorläufige Mitteilung.)

Vortr. hat an Gesunden, an Leberkranken und an anderweitig Kranken Aminosäuren, und zwar Glykokoll, Alanin und Asparagin ver-

füttert. Es zeigte sich, daß bei Gesunden und an anderen Krankheiten Leidenden kaum eine Ausscheidung der verfütterten Substanzen eintrat. Bei Stauungsleber und bei karzinomatöser Leberentartung war der Effekt derselbe, während bei Leberzirrhose ein mitunter enormes Anwachsen des Aminosäurenstickstoffes im Harn konstatiert wurde. Auffallend war, daß schon ohne Verfütterung von Aminosäuren erhebliche Werte des Aminostickstoffes im Harn erzielt wurden. Vortr. will nach diesem Verfahren seine Untersuchungen noch bezüglich weiterer Erkrankungen der Leber ergänzen.

J. BONDI und OSW. SCHWARZ: Die Jodreaktion der Azetessigsäure. (Vorläufige Mitteilung.)

Zu einigen Kubikzentimetern Harn wird 1 cm^3 LUGOLscher Lösung zugesetzt; dieselbe wird bei einem Harn, welcher Azetessigsäure enthält, entfärbt und beim Kochen entwickelt sich ein eigentümlicher Geruch der Dämpfe, die stark die Schleimhäute reizen. Zur Reaktion soll frischer Harn verwendet und bei alkalischer Reaktion angesäuert werden.

Notizen.

Wien, 16. Dezember 1905.

(SKODA-Feier.) Die in unserem vorwöchentlichen Blatte angekündigte, von dem Wiener Medizinischen Doktorenkollegium im Vereine mit der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien und der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde veranstaltete Feier des hundertsten Geburtstages von JOSEF SKODA hat am 11. d. M. stattgefunden. Die Gedenkrede hielt Hofrat V. SCHRÖTTER, einer der Glücklichen, die unter SKODAs persönlicher Leitung Krankendienste geleistet und des Unsterblichen Lehren in deren unmittelbarer Wirkung in sich aufgenommen haben. Und so hat sich denn auch aus der Schilderung des ehemaligen Schülers ein an scharfen Charakterzügen und vielen trefflichen Aperçus reiches Bild seines Meisters ergeben, das in der Tat geeignet war, lebensvoll zu wirken, zu fesseln und zur Bewunderung SKODAs anzuregen. Wir wollen einige bemerkenswerte Einzelheiten aus SKODAs Leben, die V. SCHRÖTTER trefflich wiedergab, unseren Lesern nicht vorenthalten: Während seiner Tätigkeit als Sekundarius erhielt SKODA einmal eine Strafe, die in seiner Versetzung in die Abteilung der stillen Irren in der Lazarettgasse bestand, u. zw. wegen einer Subordinationsverletzung. Er hatte nämlich gemeinsam mit SCHUH eine Tracheotomie gemacht, ohne vorher, wie es die damaligen Vorschriften erheischten, ein Konsilium einzuberufen. Vergebens entschuldigte sich der junge Sekundararzt, daß er die Herren zum Konsilium bitten ließ, sie aber in ihren Wohnungen nicht anzutreffen waren. Vergebens war auch seine Erklärung, daß der Patient unbedingt den Erstickungstod erlitten hätte, wenn er mit der Operation nur noch eine Minute gezögert hätte. Ein Exempel mußte statuiert werden — und SKODA mußte noch froh sein, daß man ihn nur versetzte und nicht mit Schimpf und Schande davonjagte. . . . Als SEMMELWEIS mit seiner großen Entdeckung, der Bekämpfung des Puerperalfiebers, auftrat, war es SKODA, der den jungen Forscher aufs tatkräftigste unterstützte. Seinen Kollegen HEBRA veranlaßte er, sich mit der Ätiologie der Hautkrankheiten zu beschäftigen. . . . Der angebliche „Nihilismus in der Therapie" SKODAs ist unzutreffend. Er hat den Gebrauch des Eisbeutels in großem Umfange eingeführt — zum Entsetzen mancher damaligen Leuchte der Medizin; die Methode der subkutanen Injektionen ist an seiner Klinik ausgebildet worden; von ihm stammen zutreffende Vorschriften über Digitalisgebrauch usw. Er hat die Gründung der laryngoskopischen Klinik angeregt, das Studium der Medizin von der Last des Gebrauches der lateinischen Sprache befreit, die Ausbildung der Ärzte in Mathematik und Physik verlangt, die Eignung der Oberrealschüler zum Studium der Medizin erwogen. SKODA hat sich ganz entschieden für die Wiener Hochquellenleitung und die Einbeziehung der Vororte in dieselbe ausgesprochen und die Schaffung eines Sanitätsdepartements mit Medizinern an der Spitze ausdrücklich betont. Der Großmeister der internen Medizin ist eine originelle Persönlichkeit gewesen, Ernst und würdevolle Ruhe waren ihm eigen. Seine äußere Erscheinung mag unschön gewesen sein; der Kopf aber ließ durch den Blick der Augen die Bedeutung des Mannes erkennen. Er wirkte überzeugend, da seine Charaktereigenschaften dafür bürgten, daß es ihm immer um das rein Sachliche zu tun war. Es lag in seiner Charaktereigentümlichkeit, die in den Verhältnissen seiner Jugendjahre und der schweren Schicksale begründet war, daß er nur wenig Worte machte, daß er sich nur mit aller Kürze und mit aller Klarheit ausdrückte. Der Fackelzug bei seinem Rücktritt vom Lehramte und die Feier seines Leichenbegängnisses gehörten zu den imposantesten Kundgebungen, die Wien gesehen hat, und gaben Zeugnis von SKODAs Bedeutung.

(K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.) In der gestrigen Sitzung stellte zunächst Dr. ALBRECHT einen Mann nach Totalexstirpation des Larynx wegen Karzinoms vor; der Kranke hat sich selbst eine Art von Sprechvorrichtung konstruiert, für welche Hofrat EXNER eine kleine Modifikation vorschlug. — Prim. FÖDERL demonstrierte einen Apparat zur Catgutsterilisation mittelst Alkoholdämpfen; Hofrat V. EISELSBERG begrüßte die Erfindung als eine wertvolle Neuerung. — Doz. R. KRAUS zeigte mehrere Affen, an welchen er durch Einimpfung von Lupus, Tuberkelbazillen und bovinem Tuberkelmaterial Hauttuberkulose erzeugt hat. Professor PALTAUF betonte, daß die erwähnte Übertragbarkeit zunächst nur für Affen Geltung besitze. — Dr. V. KHAUTZ führte ein Mädchen mit tuberkulöser Lymphangitis am Oberarm nach einer Stichverletzung an einem Finger vor. Diese Demonstration war zumal mit Rücksicht auf die vorhergehende von KRAUS lehrreich. — Dr. RANZI stellte aus der Klinik V. EISELSBERGs zwei Kinder mit kongenitalem Rippendefekt vor, in einem Fall kombiniert mit Fehlen des Pectoralis major und minor, in beiden Fällen mit Skoliose. — Die DDr. LANDSTEINER und VOLK demonstrierten mikroskopische Präparate der Spirochaeta pallida im Gewebe. — Professor SPIEGLER zeigte einen Fall von Favus am Halse, der durch seine Ähnlichkeit mit Herpes tonsurans bemerkenswert erscheint. — Dr. H. LORENZ berichtete über einen Fall, den er wegen Ileuserscheinungen operiert hat; diese Symptome waren in einer bis ans Knie herabreichenden Labialhernie durch Strangulation einer Appendix epiploica zustande gekommen. — Schließlich hielt Prof. Dr. HOCHENEGG den angekündigten Vortrag: „Indikationen zur Appendektomie bei Ileozökalschmerz." Vortr. hat aus der großen Zahl seiner Beobachtungen einige Typen festzustellen vermocht, in welchen trotz Fehlen von Entzündung des Wurmfortsatzes Schmerzanfälle ausgelöst wurden und das operative Eingreifen gerechtfertigt war. Eine solche Indikation tritt z. B. ein, wenn der Wurmfortsatz seiner ganzen Länge nach am Zökum angewachsen ist und durch Blähung des letzteren übermäßig gedehnt wird oder umgekehrt, wenn ein im Beckengrunde fixierter Appendix gerade dann eine Dehnung erfährt, wenn das Zökum leer ist. Ähnliche Verhältnisse sind durch die Art der Einmündung des Appendix ins Zökum sowie durch die mechanischen Bedingungen der abwechselnden Blähung und Erschlaffung desselben bedingt. In der Diskussion machte Prof. TANDLER darauf aufmerksam, daß manche der von HOCHENEGG erwähnten Verhältnisse auf der Persistenz eines embryonalen Zustandes beruhen, während Prim. SINGER an der Hand seiner Erfahrungen den Begriff der „Pseudoappendizitis" präzisierte und die Schwierigkeit der Indikationsstellung zum operativen Eingreifen eingehend erörterte. — Prof. BENEDIKT stellte den Antrag, sämtliche Werke SKODAs unter der Ägide der Gesellschaft der Ärzte herauszugeben; der Antrag wurde angenommen.

(Universitätsnachrichten.) ROBERT KOCH in Berlin hat den diesjährigen Nobel-Preis für Medizin erhalten. — Dem Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe bei Stendal Dr. KONRAD ALT ist der Professortitel verliehen, Sir HALLIDAY CROOM ist zum Professor der Gynäkologie in Edinburgh ernannt worden. — Dr. LOUIS PHILIPPSON in Hamburg hat eine Berufung an die Lehrkanzel für Dermatologie in Palermo erhalten und angenommen. — Die Universität in Kopenhagen hat den Dr. N. P. SCHIERBECK zum Dozenten für Hygiene und Direktor des hygienischen Laboratoriums ernannt.

(Auszeichnungen.) Prof. Dr. JULIUS HOCHENEGG in Wien hat den Roten Adler-Orden II. Kl., Prof. Dr. RUDOLF FISCHL in Prag das Ritterkreuz des Ordens der französischen Ehrenlegion erhalten. — Die „Royal Society" in London hat die Davy-Medaille dem Chemiker Professor LADENBURG in Berlin, die Copley-Medaille

dem russischen Chemiker Professor MENDELEJEW in St. Petersburg und die Hughes-Medaille dem Physiker RIGHI in Bologna verliehen.

(Standesfragen.) Man schreibt uns aus München: Das bayrische Kriegsministerium hat den Beschluß gefaßt, für die Militärkrankenkasse die freie Ärztewahl einzuführen. — In Straßburg i. E. droht, wie von dort berichtet wird, ein kassenärztlicher Konflikt. Daselbst hat nämlich eine Ortskrankenkasse beschlossen, sich mit einer zweiten daselbst befindlichen zu verschmelzen. Nun hat die eine dieser beiden Kassen seit ihrer Gründung die freie Ärztewahl eingeführt, während bei der anderen das System der angestellten pauschalierten Kassenärzte in Geltung ist. Da demnach bei dieser Verschmelzung das Prinzip der freien Ärztewahl bedroht ist, hat der Leipziger Ärzteverband beschlossen, sämtliche Kassen von Straßburg-Stadt und Land für Zuzug von Ärzten, Vertragsabschlüssen und Vertragsänderungen zu sperren. — Der Berliner Magistrat hat die freie Ärztewahl in der Armenpflege wegen praktischer Bedenken abgelehnt.

(Statistik.) Vom 3. bis inklusive 9. Dezember 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7954 Personen behandelt. Hiervon wurden 1599 entlassen, 152 sind gestorben (8·6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 110, ägypt. Augenentzündung 5, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 8, Dysenterie 2, Blattern —, Varizellen 115, Scharlach 62, Masern 177, Keuchhusten 93, Rotlauf 28, Wochenbettfieber 3, Röteln 14, Mumps 5, Influenza —, Cholera nostra —, Genickstarre —, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 609 Personen gestorben (+ 8 gegen die Vorwoche).

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Prag der Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. HERMANN HERSCH im 64. Lebensjahre; in Karlsbad Dr. KARL STEIDL, 43 Jahre alt; in Kiel der Marinegeneralarzt Dr. DAVIDS; in Görlitz der bekannte Gynäkologe Geh. San.-Rat Dr. GOTTHOLD SCHOLZ im Alter von 86 Jahren; in München der pathologische Anatom Professor Dr. H. SCHMAUS im 43. Lebensjahre; in Nancy der Professor der pathologischen Anatomie Dr. BARABAN; in Montreal der Otologe der Mc Gill-Universität Dr. BULLER; in London der Senior-Chirurg am Merthyr General Hospital PEARSON ROBERT CRESWELL, 71 Jahre alt; in St. Petersburg der Professor der militär-medizinischen Akademie Dr. ALEXANDER TARENEZKI im 62. Lebensjahre.

Prof. Dr. H. Schlesinger beginnt Mittwoch den 3. Janner 1906 einen für die in Wien praktizierenden Ärzte unentgeltlichen Fortbildungskurs über ausgewählte Kapitel der inneren Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Therapie. Ort: Kaiser Franz Josef-Spital. Zeit: 8—9 Uhr morgens, jeden Mittwoch und Freitag.

In der **k. k. Hofkunsthandlung von Nikolaus Lehmann in Prag, Ferdinandstraße II**, ist eine vorzügliche Gravüre von Prof. Dr. GABRIEL V. MAX' bekanntem Bilde „Die Seherin von Prevorst“, zugleich als Pendant zu desselben Meisters Gemälde „Christus als Arzt“ (90 *cm* hoch, 120 *cm* breit) zum Preise von 30 K erschienen. Die Gravüre ist als prächtiger Zimmerschmuck zu empfehlen und eignet sich auch zum Weihnachtsgeschenk.

Niederösterreichischer Amtskalender 1906. Der auf Grund authentischer Quellen redigierte und soeben im Verlage der k. k. Hof- und Staatsdruckerei zum 41. Male erschienene niederösterreichische Amtskalender enthält nebst dem für alle Konfessionen berechneten Kalendarium einen ausführlichen Schematismus des Allerhöchsten Hofstaates, der legislativen Körperschaften, der Zivil-, Militär- und kirchlichen Behörden der Monarchie, dann aller Gemeindevertretungen, Unterrichtsanstalten, Advokaten und Notare Niederösterreichs, endlich der Wiener Aktiengesellschaften, Vereine etc. Für Sanitätspersonen werden von besonderem Interesse sein eine Übersicht sämtlicher öffentlicher Humanitäts-, Kranken- und Irrenanstalten Österreichs sowie der Bade- und Kurorte Europas, ferner speziell von Niederösterreich der vollständige Status der Sanitätsbehörden, der Ärztekammern, der Humanitäts-, Kranken-, Irren- und Wasserheilanstalten sowie Krankenordinationsinstitute, Übersichten sämtlicher Sanitätspersonen, endlich eine Zusammenstellung sämtlicher ärztlicher Vereine und Rettungsanstalten in Wien mit ihren Funktionären.

Desinfektion der Instrumente. Als desinfizierende Flüssigkeit, in welcher man die Instrumente liegen lassen kann, empfiehlt sich eine 3%ige Lysoformlösung, in welcher man vernickelte Instrumente (auch feinste lackierte französische Katheter) monatelang belassen kann, ohne daß dieselben rosten würden.

Purgen als Laxans. Der wirksame Bestandteil des Purgen ist Dihydroxyphtalophenon. TUNICLIFFE schreibt die abführende Wirkung dem Vorhandensein der Hydroxylseitengruppe in Verbindung mit Karbonylgruppen zu. Professor TUNICLIFFE verordnete das Purgen sowohl bei Kindern im Viktoria-Kinderhospital als auch bei Erwachsenen des North-London-Hospitals; letztere waren zumeist lungenkrank. Die Purgentabletten für Erwachsene, welche in den frühen Morgenstunden eingegeben wurden, wirkten schon nach dem Frühstück.

Im allgemeinen verursachten 1—2 Tabletten einen oder zwei weiche, jedoch nicht wässerige Stühle. In den Fällen, in denen das Purgen vor dem Schlafengehen genommen wurde, erfolgte keine die Nachtruhe störende Entleerung, sondern sie stellte sich erst am Morgen ein. In 9 Fällen wurde das Purgen regelmäßig, und zwar täglich gegeben; nie konnte dabei eine Verminderung der Wirkung oder unangenehme Nebenwirkung beobachtet werden.

Dr. WIESSER schließt sich den Lobrednern des Purgen an. Er hat das Präparat in manchen Fällen von zufälliger und chronischer Obstipation (zum Beispiel bei Hämorrhoiden) nicht nur an kleinen und erwachsenen Patienten, sondern auch — was nach der ihm zugänglichen Literatur vereinzelt ist — an sich selbst geprüft, mit anderen gerühmten Abführmitteln verglichen und sich überzeugt, daß die originellen Purgentabletten wegen ihres sehr angenehmen Geschmackes (ohne jeden Nachgeschmack), wegen ihrer kleinen, zur Wirkung notwendigen Menge, wegen ihrer vollkommenen Reizlosigkeit für den Magendarmtrakt sowie deshalb, weil sie in wenigen Stunden in geeigneter Dose einen breiigen, schmerzlosen Stuhl ohne alle unangenehmen Nebenwirkungen hervorrufen, wenn nicht sogar das beste Abführmittel überhaupt, so doch gewiß eines der angenehmsten sind, so daß sie vorzüglich für die Privatpraxis geeignet erscheinen. Das Purgen kann ebenfalls mit Vorteil bei den an Spulwürmern leidenden Kindern als Abführmittel nach Gebrauch von Flores cinae oder Santonin verwendet werden.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Hoffa u. **Rauenbusch**, Atlas der orthopädischen Chirurgie in Röntgenbildern. Stuttgart 1905, F. Enke. Lief. 1 u. 2. — M. 8·—.

Marwedel, Grundriß und Atlas der allgemeinen Chirurgie. Lehmanns med. Atlanten. Bd. 34. München 1905, J. F. Lehmann, — M. 12·—.

Emil Rotter, Typische Operationen. 7. Aufl. München 1905, J. F. Lehmann.

Politzer u. **Brühl**, Grundriß und Atlas der Ohrenheilkunde. Lehmanns med. Atlanten. Bd. 24. München 1905, J. F. Lehmann. — M. 12·—.

A. Eulenburg, Enzyklopädische Jahrbücher. Bd. 13. N. F. 4. Jahrgang. Wien und Berlin 1906, Urban & Schwarzenberg. — K. 18·—.

Wiener Medizinisches Doktoren-Kollegium.

Wissenschaftliche Versammlung.

Montag, den 18. Dezember 1905, 7 Uhr abends, im Sitzungssaale des Kollegiums, I., Rotenturmstraße 19.

Hofrat Prof. B. v. MOSETIG: Über Koxitis.

Chirurgischer Demonstrationsabend.

Mittwoch, den 20. Dezember 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der II. chirurgischen Klinik. Zu demselben haben die praktischen Ärzte freien Zutritt. Einladungen werden nicht versandt.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Jahresschlußsitzung: Donnerstag, den 21. Dezember 1905, 7 Uhr abends, im Hörsaale der Klinik NEUSSER.

I. Administrative Sitzung. — II. Wissenschaftliche Sitzung. Demonstrationen (angemeldet: Prof. Dr. SCHLESINGER).

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir, für die Abonnenten der „Wiener Med. Presse“ als Beilage, das Dezember-Heft der „Wiener Klinik“. Dasselbe enthält: **„Über verminderte Zurechnungsfähigkeit.“** Von **Dr. A. Bary** in St. Petersburg. — Ferner liegen Prospekte bei von: **Knoll & Co., chemische Fabrik** in **Ludwigshafen am Rhein** über **„Santyl“**, **J. D. Riedel**, A.-G. in **Berlin** über **„Bornyval“** und der Verlagsbuchhandlung **Urban & Schwarzenberg** in **Wien** und **Berlin** über **„Zentralblatt für die gesamte Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels mit Einschluß der experimentellen Therapie“**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 24. Dezember 1905. Nr. 52.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse" in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Redaktion: Telephon Nr. 13.849.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Administration: Telephon Nr. 9104.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches, von den adenoiden Vegetationen unabhängiges Leiden betrachtet.

Klinische Bemerkungen von **Dr. Viktor Lange**, Kopenhagen.*)

Ich muß gestehen, daß mich die Frage von der Ätiologie der Enuresis der Kinder seit vielen Jahren nicht besonders interessiert hat. Die Ursache davon ist ganz einfach diejenige, daß die Lehrbücher aus meiner Studienzeit (vor einigen 30 Jahren) bis zu dem heutigen Tage zur Lösung der Frage eigentlich gar nichts Neues beigetragen haben. Es ist fast ganz egal, welche Arten von Lehrbüchern man durchblättert [1]), man nehme ein Handbuch der inneren medizinischen Krankheiten oder ein solches über Kinderkrankheiten, Nervenkrankheiten, Physiologie, Spezialbücher über die Harnblasenleiden, über die Nase usw.; überall dieselben unsicheren Angaben. Eine Menge von verschiedenartigen Ursachmomenten wird angeführt; und schließlich wissen wir heute von der ganzen Sache nicht mehr als unsere Eltern und Großeltern. Es handelt sich, um es kurz zu sagen, um Harnblasenleiden bei schwachen, neuropathischen Kindern. Niemand hat den Finger auf den bestimmten Punkt setzen können! warum? weil man keinen solchen hat finden können. Nur in der allerletzten Zeit hat man indessen das „εὕρηκα" laut gerufen und von der glücklichen Lösung der Frage manches Lied gesungen. Diesen Sängern kann ich nicht beistimmen, und daher kommt es, daß ich dieser Frage etwas näher getreten bin.

Wir leben in einer Spezialitätenzeit! In vielen Fällen werden die immer auftauchenden Spezialitäten wohl auch zur Lösung manches bisher rätselhaften Punktes beitragen können; aber man läuft gleichzeitig dabei Gefahr, dieselben zu überschätzen; man wird zu rasch begeistert, sieht in denselben zu viel und endet nicht selten damit, die Bedeutung der neuen Lehre zu unterschätzen. Das eine ist natürlicherweise ebenso unrichtig wie das andere. Unter den jüngeren Spezialitäten spielt die Rhinologie, wie bekannt, eine große Rolle. Was man schon lange der armen Nase für Böses zugeschrieben hat, das weiß jeder Kollege! Ich brauche, um ein Beispiel instar omnium zu nehmen, nur auf die Lehre von den Reflexneurosen hinzudeuten; ihre Herrschaft war glänzend, dauerte aber sehr kurz; heute, nachdem sich der Sturm gelegt hat, wissen wir, daß die Reflexneurosen von einem abnormen Zustande in der Nase abhängig sein können. Aber, trotzdem die Lehre heute nur einen bescheidenen Platz in der Wissenschaft einnimmt, dürfen wir nicht vergessen, daß dieselbe neue Gesichtspunkte damals — vor zirka 20 Jahren — gebracht hat; sie hat allerdings dazu beigetragen, daß man der Nase eine viel größere Aufmerksamkeit als bisher geschenkt hat; das ist nicht das geringste Verdienst meines Freundes Wilh. Hock.

Nach diesen Vorbemerkungen komme ich nunmehr zu der jüngsten Lehre von der Ätiologie der Enuresis der Kinder (Bettnässen). Es handelt sich um nichts weniger als um die Abhängigkeit dieses Leidens von den adenoiden Vegetationen. Die Verfasser haben mit so bestimmten Zahlen die Richtigkeit dieser Lehre festgestellt, daß man — ganz gewiß mit

*) Vortrag, gehalten in der Abteilung für Pädiatrie der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran.

[1]) So z. B. F. Niemeyer, Bechhold, Eichhorst, Landois, v. Mering, M. Schmidt, Steiner, Bouchut, Strümpell usw.

Erstaunen, aber auch mit Freude — die glückliche Lösung der so heiklen Frage begrüßen mußte.

Trotzdem der alte HORAZ sagt: „nil admirari", schien mir indessen diese neue Lehre etwas auffallend. Gedenken wir, daß die Frage von den adenoiden Vegetationen schon über 30 Jahre alt ist, und daß man sich gleich nach dem Erscheinen der epochemachenden, klassischen Arbeit von WILH. MEYER und bis zum heutigen Tage unaufhörlich mit dieser „ewig jung bleibenden" Frage beschäftigte — und die heutige Literatur strotzt noch von Mitteilungen —, dann scheint es mir sonderbar, daß niemand an den Zusammenhang zwischen der Enuresis und den adenoiden Vegetationen gedacht hat. Nur in einer Arbeit [*]) von meinem lieben, leider zu früh gestorbenen Freunde MAX SCHAEFFER aus Bremen finde ich zum ersten Male angeführt, daß unter 1000 adenoiden Vegetationen das Bettnässen dreimal beobachtet wurde; also hat er schon an diesen Punkt gedacht, ohne indessen das Zusammentreffen dieser beiden Leiden als mehr als ein zufälliges zu betrachten.

Wie oben gesagt, hatte ich mich mit der Frage von der Ätiologie der Enuresis nicht beschäftigt, und so konnte ich weder für, noch gegen die neue Lehre einen Beweis führen; es fehlte mir an Material. Zwar hatte ich schon vor Jahren adenoide Vegetationen wegoperiert bei Kindern, die an Enuresis litten, in der Hoffnung, daß eine Operation gleichzeitig einen günstigen Einfluß auf das Bettnässen würde ausüben können; weil die Enuresis indessen nach wie vor der Operation fortdauerte, ließ ich die Frage fallen. Jetzt fing ich an, nach diesem heiklen Punkte zu fahnden und habe mir im Laufe der letzten Jahre ein Material gesammelt, das zwar nicht sehr groß ist, doch groß genug, daß ich mich dazu berechtigt fühle, daraus einige Schlüsse ziehen zu dürfen.

Im ganzen verfüge ich über 39 Fälle von Enuresis; bei den damit behafteten Patienten fand ich 8mal adenoide Vegetationen, 3mal einen hypertrophischen Retronasalkatarrh und in den übrigen Fällen einen normalen Nasenrachenraum. Die Knaben waren 4mal so oft als die Mädchen vom Leiden betroffen; das Alter schwankte zwischen 3 und 10 Jahren.

Die 8 Kinder mit adenoiden Vegetationen wurden operiert; nachdem eine genügende Observationszeit nach der Operation vergangen war, zeigte es sich, daß die Operation in 7 Fällen auf die Enuresis absolut keinen Einfluß ausübte; nur in einem Falle wagte ich nicht eine gewisse Besserung auszuschließen. Dieser Ausgang war nicht ermunternd, entsprach allerdings meinen früheren Beobachtungen; wenn die neue Lehre wirklich richtig wäre, dann müßte doch, trotzdem die Zahl 8 klein war, eine Wirkung der Operation in irgend einem Falle evident sein; der achte, zweifelhafte Fall war nicht überzeugend. Ich konnte also die neue Lehre durch mein Material nicht bestätigen.

Indessen hatte ich es immer noch mit 39 Fällen von Enuresis zu tun und der Gedanke lag daher nahe, für die Patienten etwas Gemeinschaftliches, eine gemeinschaftliche Ätiologie in einem anderen Punkte, zu suchen. Unten werde ich erwähnen, wie ich zu einer von der neuen Lehre abweichenden Auffassung gekommen bin.

Die Mehrzahl der Kinder war mir überwiesen mit der Diagnose „adenoide Vegetationen"; leider ist diese Diagnose heute sehr üblich geworden, und die Untersuchung bzw. die Exploration des Nasenrachenraumes bewies auch zur Evidenz, daß in der Mehrzahl der Fälle von adenoiden Vegetationen keine Rede war. Auffallend war es mir indessen, daß die meisten Kinder mehr oder wenig nervös waren; die Eltern gaben beim Nachfragen an, daß die Kinder oft an Kopfschmerzen litten; ihr Gedächtnis war nicht gut; in der Schule ging es ihnen gewöhnlich schlecht, weil sie zerstreut und unaufmerksam waren; zu Hause waren sie oft auffahrend, träge, reizbar, spielten mit den Geschwistern und mit Kameraden ungern und hielten sich zurück. Alles in allem machte es auf mich den bestimmten Eindruck, daß ich es mit einer ganzen Reihe von Kindern zu tun hatte, die, um mit einem modernen Ausdruck zu sprechen, „neuropathisch" waren.

Infolgedessen schien mir eine interne Behandlung am Platz zu sein. Konsequent habe ich daher diese Patienten mit Arsen, Jod und Eisen behandelt. Für die rein nervösen Fälle, wo der Nasenrachenraum ganz frei war, habe ich Arsen und Eisen zusammen angewendet, während mir in den Fällen, wo ein hypertrophischer Katarrh konstatiert wurde, die gleichzeitige Anwendung von Eisen indiziert schien. In den meisten Fällen habe ich die Behandlung monatelang fortgesetzt und dadurch so günstige Erfolge erreicht, wie es überhaupt bei einem so hartnäckigen Leiden möglich ist; ich kann Heilungen bzw. Besserungen notieren. Leider haben wir Ärzte es mit großer Unvernunft unserer Patienten resp. der Eltern in vielen Fällen zu tun; nachdem eine Besserung eingetreten ist, ziehen sich die Patienten zurück und der schließliche Ausgang bleibt uns auf die Weise unbekannt; daher habe ich auch bei der Berechnung 14 Fälle ausgeschaltet, wo die Kur zu früh unterbrochen wurde; allerdings weiß ich, daß die verordnete Behandlung einen günstigen Einfluß auf die Enuresis sowie auch auf das Allgemeinbefinden — und darauf lege ich einen besonderen Wert — ausübte. Irgend einer von meinen geehrten Kollegen wird vielleicht den Kopf schütteln und denken: Na! da kommt wieder ein Kollege mit einer neuen Theorie! Das ist ganz berechtigt! Wenn man nämlich von irgend einer Frage keine persönliche Erfahrung hat, und wenn heute der eine mit aller Entschiedenheit behauptet, daß die Enuresis von den adenoiden Vegetationen abhängig ist, und der andere 14 Tage nachher ebenso entschieden behauptet, daß die zwei Dinge miteinander gar nichts zu tun haben, dann fragt man ganz natürlich: Wer von diesen beiden hat da recht?

Gewöhnlich muß man annehmen, daß die Wahrheit in der Mitte liegt; das ist auch für viele Fälle richtig; aber es gibt von dieser Regel auch Ausnahmen. Und ich meine, daß die neue Lehre, die behauptet, daß die Enuresis von den adenoiden Vegetationen abhängig sei, falsch und irrtümlich ist; zu diesem Resultate bin ich durch mein Material gekommen. Damit sei nicht gesagt, daß meine Theorie die einzig wahre und endgültige sei!

Wo ist denn die Ursache für dieses häufige Leiden zu suchen?

Jeder praktische Arzt hat in seiner Klientel Gelegenheit genug, diese beschwerliche Affektion zu beobachten und er weiß zugleich, daß dieselbe an die Geduld sowohl der Eltern als auch an die der Ärzte große Ansprüche macht. Es handelt sich nämlich um ein Leiden, das sich über Jahre erstreckt. So lange man von der Natur der Enuresis nichts weiß, greift man nach allen möglichen Hilfsmitteln, die in jedem Handbuch in Hülle und Fülle aufgezählt werden.

In den meisten Handbüchern findet man — von der Schwäche des betreffenden Kindes abgesehen — am häufigsten ein Harnblasenleiden als die Ursache der Enuresis angeführt; entweder es handelt sich um eine abnorme Schwäche des Sphinkters oder um eine abnorme Reizbarkeit des Detrusors. Eine organische Affektion der Blase ist demzufolge auszuschließen, und wir müssen also die Ätiologie außerhalb dieser Region suchen. Am allerhäufigsten werden wir auf das Nervensystem hingewiesen, und ich bin davon fest überzeugt — sie merken, meine Herren, jetzt den Proselytenmacher! —, daß wir in den allermeisten Fällen zu diesem nicht viel sagenden, weil unaufgeklärten Stützpunkt für die Diagnose greifen; der Kollektivbegriff „Nervosität" ist in der Tat ebenso schlecht wie derselbe der Skrofulose, des Rheumatismus und ähnlicher gewöhnlicher Namen. Hier brauchen wir die verschiedenen Ursachen nicht zu eruieren, warum das Nerven-

[*]) Separatabdruck aus der „Wiener med. Wochenschr.", 1890 (Bericht über 1000 adenoide Vegetationen).

system leiden kann; für uns handelt es sich lediglich darum, ein Nervenleiden als Ursache der Enuresis festzustellen. Wir sagen also: Die betreffenden Kinder sind „neuropathisch"!

„Gibt es keine weiteren Unterstützungspunkte für diese Auffassung?

Es wird Ihnen, meine Herren, vielleicht bekannt sein, daß ich vor Jahren in einem kleinen Artikel [3]) „Über den adenoiden Habitus" darauf aufmerksam gemacht habe, daß eine nicht geringe Anzahl von Patienten den sogenannten adenoiden Habitus darbietet, ohne indessen an den adenoiden Vegetationen zu leiden; dieselben habe ich in eine Kategorie für sich eingetragen und ich habe damals behauptet — was ich auch heute durch fortgesetzte Observation vollauf bestätigen kann —, daß sie an einer nervösen Affektion litten. Unter den vielen Patienten dieser Kategorie fand sich nämlich eine nicht geringe Anzahl, wo erstens gar keine adenoiden Vegetationen vorhanden waren und wo zweitens eine auch lege artis ausgeführte Operation der adenoiden Vegetationen auf die krankhaften Symptome gar keinen Einfluß ausübte. Bei den Patienten dieser Gruppe habe ich durch eine interne Behandlung, d. h. durch Arsen und Eisen, Heilungen bzw. Besserungen erreicht; die Heilung trat als Regel in den Fällen ein, wo die Patienten die Behandlung lange Zeit hindurch fortsetzten, eine Besserung, nach der sie sich zu früh zurückzogen, weil sie sich mit dem vorläufigen Erfolge zufrieden fühlten.

Als jetzt meine Aufmerksamkeit auf diese Gruppe gelenkt worden war, lag es ganz nahe, daß ich den Gedanken weiter verfolgte; und so bin ich dazu gekommen, dieselbe Betrachtung — Beobachtung — auf andere Felder zu übertragen.

Wie oben gesagt, kam mir die Lehre von der Abhängigkeit der Enuresis von den adenoiden Vegetationen zu plötzlich, als daß ich mich damit einverstanden erklären konnte; und nachdem die Operation des oben genannten Kindes — und der früher operierten Kinder — erfolglos geblieben und nachdem die von mir angewandte Therapie, auf den erwähnten nervösen Symptomen fußend, zu befriedigendem Erfolge geführt, trug ich kein Bedenken, die 2 Gruppen von Patienten — die Kinder mit dem adenoiden Habitus ohne adenoide Vegetationen und die Kinder mit Enuresis ohne Vegetationen — unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zu betrachten. Als ich später in der Literatur nach der Ätiologie der Enuresis fahndete, fand ich eine Bestätigung meiner Auffassung u. a. bei Strümpell [4]); er sagt: „Am häufigsten wird die Enuresis bei neuropathisch veranlagten Kindern beobachtet." Fragt man jetzt: Aus welchen Schichten stammt das Material, aus dem ich meine Schlüsse gezogen habe? werde ich antworten: Unter den Patienten befinden sich Kinder sowohl reicher als armer Leute; es ist kein Unterschied vorhanden.

Ein paar Beispiele möchte ich nur anführen.

Mein eigener Sohn, der von der frühesten Kindheit an nervös gewesen ist, hat mehrere Jahre hindurch mehr oder weniger an der Enuresis nocturna — zuweilen auch diurna — gelitten; später entwickelte sich leider eine sehr schwere Neurasthenie mit Depressio mentis, die sich nach ungefähr 2 Jahren plötzlich verloren hat; er arbeitet gegenwärtig in voller Gesundheit im Auslande. Von adenoiden Vegetationen ist nie eine Spur gewesen. (Der Fall ist übrigens nicht unter den 39 Fällen, weil derselbe nie gebucht worden ist; jedenfalls fand ich in der konsequent durchgeführten Behandlung mit Arsen und Eisen eine wesentliche Unterstützung.).

Ein ähnliches Beispiel wird zweifelsohne mancher meiner Kollegen aus eigener Familie mitteilen können.

Ein zweites Beispiel: Im vorigen Jahre behandelte ich einen jungen schwedischen Freiherrn mit adenoiden Symptomen ohne Vegetationen; in mehreren Generationen fanden sich sowohl Knaben als Mädchen, die an Enuresis gelitten hatten, einige bis zum 20. Jahre; keines von denselben war wegen adenoider Vegetationen operiert worden; die Familie war und ist noch neuropathisch. (Nebenbei möchte ich hervorheben, daß mein Patient von der Enuresis besonders dann geplagt wurde, wenn er des Nachmittags rohes Obst gegessen hatte.) Auch bei diesem Patienten war die Wirkung der obengenannten Behandlung eklatant.

Zum Schluß nur einige Bemerkungen. Wenn wir als praktische Ärzte und nicht als Spezialärzte in irgendeinem Fach die Frage von der Ätiologie der Enuresis der Kinder überblicken, werden wir gestehen müssen, daß die Ätiologie heute noch im Dunkeln liegt. Es handelt sich eben um ein Leiden, dem vielleicht mehrere Ursachen zugrunde liegen können; es handelt sich um ein hartnäckiges Leiden, das sich gewöhnlich über mehrere Jahre erstreckt, das oft ganz unerwartet eintritt und mitunter ebenso unerwartet verschwindet; infolgedessen scheint ein organisches Leiden zwanglos ausgeschlossen werden zu können. Auch sind die meisten Verfasser, die die internen Krankheiten behandeln, darin übereinstimmend, daß die mit dem Leiden behafteten Kinder in der Mehrzahl der Fälle „neuropathisch" sind, gleichgültig, ob es sich um Kinder der wohlhabenden oder der armen Klasse handelt. Es scheint mir ganz unberechtigt, die Enuresis der Kinder von den adenoiden Vegetationen abhängig machen zu wollen; denn, wie ich glaube und hoffe, es mit meinem Material bewiesen zu haben, fanden sich unter 39 Fällen nur 8mal adenoide Vegetationen, und die Beseitigung dieser Affektion hatte — jedenfalls in den 7 Fällen — auf den Verlauf der Enuresis gar keinen Einfluß.

Man spricht von Krankheiten der verschiedenen Altersstufen; es scheint mir daher auch erlaubt zu sein, die Enuresis als eine Krankheit der frühesten Kindheit zu benennen; leider ist damit keine Erklärung gegeben; aber auch für die anderen Krankheiten haben wir vielfach keine wissenschaftliche Erklärung; das ist eben eine rein empirische Tatsache.

Vorläufig bin ich also der Meinung, daß wir die Enuresis der Kinder am besten als ein neuropathisches Leiden betrachten; zu dieser Auffassung bin ich durch Anwendung derjenigen Mittel gekommen, die besonders auf das Nervensystem einwirken.

Aus der Abteilung für Syphilis- und Hautkranke des bosn.-herzeg. Landesspitales in Sarajevo.

Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis.

Von **Primararzt Dr. Leopold Glück,** Landessanitätsrat etc.

II.

Von gegnerischen Anschauungen geleitet, habe ich durch viele Jahre die merkurielle Allgemeinbehandlung bei meinen Patienten in der Regel erst mit dem Abschlusse der ersten Proruption begonnen und nur ausnahmsweise, zumal in Fällen, in welchen den Kranken mit Rücksicht auf den Sitz und die Ausdehnung der Sklerose eine Gefahr drohte, zur Frühbehandlung gegriffen. Im Verlaufe der Jahre wuchs wohl die Zahl dieser Ausnahmen, aber die gefürchteten Nachteile blieben eigentümlicherweise gänzlich aus. Dies veranlaßte mich nun, der Frage der merkuriellen Frühbehandlung näher zu treten und mir auf Grund eigener Erfahrungen ein objektives Urteil über ihren Wert oder Unwert zu bilden.

Seit 1. Januar 1901 wird an meiner Abteilung in jedem Falle, in welchem auf Grund der charakteristischen Symptome der Initialsklerose und der indolenten Lymphdrüsenschwellung die Diagnose „Syphilis" gestellt wurde, sofort, d. i. vor dem Auftreten irgend welcher Allgemeinerscheinungen, nebst der lokalen auch die allgemeine Quecksilberbehandlung eingeleitet.

[3]) „Berliner klin. Wochenschr.", 1897, Nr. 1.

[4]) A. Strümpell, Lehrbuch der spez. Pathologie u. Therapie der inneren Krankheiten, Leipzig 1902, 2. Bd., pag. 493.

In vier Jahren, d. i. vom 1. Januar 1901 bis Ende Dezember 1904, wurden 111 Patienten (102 Männer und 9 Frauen) in der angegebenen Weise behandelt, u. zw. 68 mit sogenannten variabel dosierten intramuskulären Sublimatinjektionen, welche seit dem Jahre 1894 an meiner Abteilung in ausgedehntem Maße erprobt werden, 41 mit den von MÖLLER[16]) empfohlenen Merkuriolölinjektionen, einer mit den von GALEWSKY[16]) versuchten Kalomeloleinreibungen und endlich einer mit Protojoduretpulvern.

Die 68 mit Sublimat behandelten Kranken erhielten zusammen in 566 Injektionen 1563 *cg* $HgCl_2$ resp. 1153·54 *cg* Hg, es entfielen demnach auf den einzelnen Patienten 8 Injektionen mit 23 *cg* $HgCl_2$ bzw. 16·96 *cg* Hg. Die 41 mit 45%igem Merkuriolöl behandelten Patienten erhielten in Summa 241 Injektionen mit einem Hg-Gehalte von zusammen 2410 *cg*. Auf den einzelnen entfallen somit im Durchschnitte 6 Einspritzungen mit 60 *cg* Quecksilber. Der mit Kalomeloleinreibungen behandelte Patient erhielt in 24 Tagen 20 Inunktionen zu je 5·0 *g* Kalomelolsalbe und der mit Protojodur. hydrarg. Behandelte endlich in 26 Tagen 78 Pulver à 0·03 des Präparates.

Welche Resultate ergab nun zunächst die Frühbehandlung bei den 68 Kranken, welche variabel dosierte intramuskuläre Sublimatinjektionen erhalten haben? 37 Patienten sind nach dem Abheilen des Initialaffektes, ohne daß bei denselben während der Behandlung irgendwelche Allgemeinerscheinungen aufgetreten wären, aus dem Spitale entlassen worden und haben sich seither nicht mehr gezeigt. Ihr weiteres Schicksal ist mir ganz unbekannt.

Bei 25 weiteren Patienten traten im Verlaufe der Behandlung Allgemeinerscheinungen auf, u. zw. bei 23 in Form frühsyphilitischer makulöser, makulo-pupulöser und papulöser Exantheme und bei zweien als nässende Papeln der Mund- bzw. Rachenschleimhaut. Diese Symptome zeigten sich in 14 Fällen bereits nach der zweiten, in 7 Fällen nach der dritten, in 3 Fällen nach der vierten und endlich in einem Falle nach der sechsten Sublimatinjektion. In 14 von diesen 25 Fällen ist mir der weitere Krankheitsverlauf nicht bekannt, da die Patienten, welche nach dem Schwunde der floriden Lueserscheinungen aus dem Spitale entlassen wurden, sich bisher nicht wieder gezeigt haben, die 11 weiteren Kranken hingegen kamen im Laufe der Zeit noch ein- oder zweimal mit Rezidiven in die Behandlung.

Da, wie bereits erwähnt, von den 25 Kranken, bei denen während der Behandlung sekundäre Erscheinungen aufgetreten waren, 14 schon nach der zweiten Injektion, d. i. nach dem Verbrauche von kaum 3 *cg* $HgCl_2$, diese Erscheinungen dargeboten haben, so kann bei ihnen von einem Einflusse der Frühbehandlung nach irgendwelcher Richtung hin wohl kaum die Rede sein. Es würden somit 11 Fälle übrig bleiben, bei denen — in Anbetracht des Verbrauches einer größeren Quecksilbermenge während der ersten Krankheitsperiode und entsprechend den Anschauungen der meisten Gegner der merkuriellen Frühbehandlung — ein von der Norm abweichender Krankheitsverlauf zu gewärtigen wäre. Nun haben aber von diesen 11 Patienten nur 2 und von allen 25 Kranken im ganzen kaum 3 Abnormitäten im Verlaufe der Krankheit gezeigt. Dieselben bestanden bei den 2 ersten Patienten, von denen der eine 4 Injektionen mit 10 *cg* $HgCl_2$ und der andere 6 Einspritzungen mit 19 *cg* $HgCl_2$ erhalten hatte, in dem Ausfalle des ersten Exanthems und in dem vorzeitigen Auftreten nässender Papeln an der Schleimhaut des Mundes bzw. des Rachens und bei dem dritten Kranken, welcher jedoch im ganzen kaum 3 *cg* $HgCl_2$ in 2 Injektionen erhalten hatte, in der großen Intensität, langen Dauer, besonderen Hartnäckigkeit und progredienten Entwicklung des Exanthems sowie in dem frühzeitigen Eintritte des Tertiarismus.

Will man das Auftreten der Schleimhautpapeln in den beiden erstgenannten Fällen als Beschleunigung des Krankheitsverlaufes unter der Einwirkung der frühzeitig eingeleiteten Quecksilberbehandlung deuten, so werde ich dieser Meinung nicht entgegentreten. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß manchmal auch bei nicht frühzeitig behandelten Syphilitikern das Exanthem gänzlich ausfällt und nässende Papeln die ersten Allgemeinerscheinungen bilden können.

Die beiden Fälle boten weiters weder in bezug auf den Krankheitsverlauf noch auf die therapeutische Wirkung des Quecksilbers irgend welche Besonderheit dar, der dritte jedoch war nach mehreren Richtungen hin abnorm, wie dies aus der folgenden Krankheitsskizze zu ersehen ist.

B. M., 22jährig, islamitisch, halbnomadisierender Zigeuner, wurde am 12. Januar 1902 mit Sclerosis initial. ad genitale et polyadenitis universal. indol. in die Spitalsbehandlung aufgenommen. Am 14. Januar erhielt er die erste (1%ige) und am 16. Januar die zweite (2%ige) $HgCl_2$-Injektion. Am selben Tage abends starker Kopfschmerz. Am 17. vereinzelte lebhaft rote, papulöse Effloreszenzen an den seitlichen Thoraxpartien (Exanthema papulosum).

Am 19. die dritte (3%ige) Injektion. Ausschlag reichlicher.

Am 30. Januar, d. i. 2 Tage nach der fünften (5%igen) Injektion, beginnende Umbildung des papulösen in ein pustulöses Exanthem.

Trotz lokaler und allgemeiner Behandlung nahm die Quantität und die Intensität des Ausschlages zu.

Nach der 10. Injektion (bisheriger Verbrauch 30 *cg* $HgCl_2$) erscheint fast der ganze Körper mit dem pustulösen Ausschlage bedeckt. Da der Kranke überdies blutarm ist, so wird die Hg-Behandlung am 25. Februar ausgesetzt und nur die Nahrung durch Braten und Milch aufgebessert.

Da der Patient nunmehr bis anfangs April 3·5 *kg* an Körpergewicht zugenommen hat, wurde die Hg-Behandlung wieder aufgenommen.

Im April und Mai erhielt der Patient 25 WELANDERsche Säckchen zu 6·0 *g* Ung. hydrarg. cin. In der ersten Zeit nach der Wiederaufnahme der Hg-Behandlung bildete sich eine beträchtliche Anzahl pustulöser Effloreszenzen zurück, später begannen aber einerseits frische Papeln und Pusteln aufzuschießen und andrerseits viele Effloreszenzen geschwürig zu zerfallen.

Nun wurde die allgemeine Quecksilbertherapie nochmals ausgesetzt und nach einer neuerlichen vierwöchentlichen Pause die Kur mit Emplastr. hydrarg. und innerlicher Jodkaliverabreichung am 12. August 1902 mit Erfolg zu Ende geführt. Der Kranke verließ nämlich am genannten Tage nach der Übernarbung der Geschwüre und dem Schwunde der andren Erscheinungen die Anstalt als zeitlich geheilt.

Etwas über 3 Monate später, am 19. November 1902, wurde B. M. das zweitemal, u. zw. mit Lichen syphiliticus aggreg. cutis trunci et extremitatum, im Spitale aufgenommen, wo er bis zum Schwunde der bezeichneten Erscheinungen, der am 23. Dezember 1902 nach dem Gebrauche von 7 Injektionen mit 16 *cg* $HgCl_2$ erfolgte, verblieben ist.

Beiläufig ein Jahr darauf, u. zw. am 16. Dezember 1903, ist unser Patient wieder im Spitale erschienen, wo er wegen Syphilis ulceroso-serpiginosa cutis trunci et extremitat. et perforatio septi narium bis zum 23. Januar 1904 in Behandlung verblieb. Jetzt erhielt er neben der entsprechenden Lokalbehandlung (Emplastr. hydr. ciner. auf die Hautgeschwüre, Nasenspülungen mit Kali hyperm.-Lösung und Nasentampone mit 3%iger weißer Präzipitatsalbe) und dem internen Gebrauche von Jodkali (3·0 *g* pro die) 4 Merkuriolölinjektionen zu 1½ Teilstrichen der LANGschen Spritze in viertägigen Intervallen.

Bei dieser Therapie schwanden sämtliche Lueserscheinungen rasch und wurde der Patient als zeitweilig geheilt entlassen. Seither habe ich ihn nicht wieder gesehen.

Ich bin der letzte, der die Möglichkeit eines deletären Einflusses des Quecksilbers auf den menschlichen Organismus negieren würde, doch glaube ich annehmen zu dürfen, daß in dem beschriebenen Falle kaum jemand die Schwere der Krankheitserscheinungen und die Raschheit des Verlaufes

mit den 3 *cg* Sublimat, welche der Patient vor dem Auftreten der syphilitischen Allgemeinerscheinungen erhalten hatte, in einen ursächlichen Zusammenhang bringen wird.

Im ersten Momente könnte vielleicht an eine Idiosynkrasie gegen das Quecksilber gedacht werden. Nun äußert sich dieselbe aber bekanntlich unter ganz anderen Erscheinungen. Hierher gehören die unter Fieber auftretenden, meist scharlachähnlichen Exantheme, mehr minder heftigen, selbst dysenterieähnlichen Durchfälle, rasch einsetzenden Nierenentzündungen, sehr frühzeitig auftretenden, starken Stomatitiden etc., von welchen jedoch unser Patient ganz frei geblieben ist.

Die Ursache des eigentümlichen Krankheitsverlaufes muß daher anderwärts gesucht werden.

Berücksichtigt man die Tatsache, daß bei uns in Bosnien der Verlauf der Krankheit gar nicht selten sowohl bei Syphilitikern, die überhaupt kein Quecksilber gebraucht haben, oder auch bei solchen, die vor dem Auftreten der sekundären Erscheinungen nicht merkuriell behandelt wurden, ein noch schwererer und schnellerer ist, und fügt man überdies hinzu, daß — wie mich die auf Grund zahlreicher Beobachtungen gewonnene Erfahrung gelehrt hat — die Syphilis bei den Zigeunern — und unser Patient war ein solcher — in der Mehrzahl der Fälle besonders rasch und schwer verläuft, so wird man auch das Abnorme im obigen Krankheitsfalle nicht etwa der geringen Menge des verabreichten Merkurs, sondern der Eigentümlichkeit des Virus, bzw. des Patienten zuschreiben müssen. — Gewissermaßen als Gegenstück zu dem obigen Krankheitsfalle möchte ich eine Patientin erwähnen, welche anfangs November 1902 mit indurativem Ödem der rechten großen Schamlippe in Spitalsbehandlung übernommen wurde und bei der nach der 4. Injektion, also nach der Verabreichung von 10 *cg* $HgCl_2$, ein papulöses Exanthem aufgetreten ist, welches nach weiteren 9 Einspritzungen zum Schwunde gebracht wurde. Diese Patientin, welche im Verlaufe von 42 Tagen in 13 Injektionen 32 *cg* $HgCl_2$ erhalten hat, ist seit ihrer Heilung bis auf den heutigen Tag, d. i. seit fast 3 Jahren, bei uns im Spitale bedienstet und steht ununterbrochen unter meiner Beobachtung, ohne daß bei ihr auch nur eine Spur eines weiteren Syphilissymptoms aufgetreten wäre.

Von den 68 mit Sublimatinjektionen frühbehandelten Kranken bleibt uns endlich noch eine Gruppe von 6 Patienten zu besprechen, bei denen erst kürzere oder längere Zeit nach dem Abschlusse der Behandlung die ersten Allgemeinerscheinungen der Syphilis aufgetreten sind. Da in diesen Fällen der Einfluß der Frühbehandlung auf den Krankheitsverlauf nicht bezweifelt werden kann, so wollen wir sie eingehender beschreiben.

I. P. R. wurde am 10. Dezember 1900 mit Scleroses initiales No. duo ad genitale et lymphadenitis inguinalis ambilateralis in Spitalsbehandlung übernommen. Letzter Koitus angeblich vor vier Wochen, die Wunden am Gliede bestehen seit 14 Tagen. Patient bisher unbehandelt. Therapie: Lokal Emplastr. de Vigo, als Allgemeinbehandlung intramuskuläre Sublimatinjektionen in steigernder und fallender Dosis. Nach 8 Injektionen, in denen 27 *cg* $HgCl_2$ verbraucht wurden, waren die Sklerosen nicht nur verheilt, sondern auch bis auf eine ganz geringe Infiltration geschwunden. Die Lymphdrüsenschwellung mäßig entwickelt. In weiteren 4 Injektionen erhielt Pat. noch 5 *cg* $HgCl_2$ und wurde am 21. Januar 1901, also nach 42tägiger Behandlungsdauer mit der Weisung als zeitweilig geheilt entlassen, sich jede 8 bis 10 Tage im Ambulatorium behufs Untersuchung vorzustellen. Während des Spitalsaufenthaltes sind keinerlei syphilitische Allgemeinerscheinungen aufgetreten. — Durch 4 Monate ist der Beobachtete regelmäßig jeden Sonntag im Ambulatorium zur Untersuchung erschienen, ohne daß bei ihm irgendwelches Syphiliszeichen konstatiert werden konnte. Nachdem er hierauf fast einen Monat ausgeblieben war, erschien Pat. am 26. Juni 1901 wieder im Spitale. Jetzt wurden bei ihm Condylomata lata ad genitale, scrotum, anum et ad tonsillas gefunden. Über meinen Rat ließ er sich wieder ins Spital aufnehmen, wo er neuerdings in 23 Tagen sieben intramuskuläre $HgCl_2$-Injektionen mit einem Gehalt von 16 *cg* Sublimat neben entsprechender Lokalbehandlung erhielt. Da in dieser Zeit sämtliche Lueserscheinungen geschwunden sind, wurde der Patient als zeitweise geheilt entlassen. Über ein Jahr stand Pat. noch in meiner Beobachtung, doch traten in der Zwischenzeit keine weiteren Syphilissymptome auf.

II. N. K. wurde am 27. Dezember 1902 mit Sclerosis initialis in sulco coronario glandis penis et adenitis inguinalis ambilat. indol. in Spitalsbehandlung aufgenommen. Verdächtiger Beischlaf angeblich vor fünf Wochen. Bestand des Geschwüres ungefähr 18—20 Tage. Neben entsprechender topischer Quecksilberbehandlung erhielt der Kranke in 9 variabel dosierten intramuskulären Injektionen bis zum 26. Januar 1903, das ist in 31 Tagen, 25 *cg* $HgCl_2$ und wurde an dem bezeichneten Tage als zeitweise geheilt entlassen. In der Zwischenzeit war der Primäraffekt bis auf eine kaum tastbare Derbheit geschwunden; die Lymphdrüsen bedeutend verkleinert. Während des Spitalsaufenthaltes ist bei Pat. weder ein Exanthem, noch ein anderes Zeichen allgemeiner Syphilis aufgetreten. — Der in einer auswärtigen Station beamtete Patient wurde über den möglichen Eintritt allgemeiner Erscheinungen belehrt und angewiesen, sich ärztlich weiter beobachten zu lassen. Den 18. April 1903, also etwa drei Monate später, kam Pat. mit Syphilis maculosa disp. cutis trunci, condylomata lata genitalis, scroti, ani et ad linguam et alopecia syphilitica nochmals in das Spital. Die genannten Erscheinungen sollen seit ungefähr zwei Wochen sich entwickelt haben, bis zu welcher Zeit der Patient an sich absolut nichts Krankhaftes bemerkt haben will. Nach einem Monate, das ist am 18. Mai 1903, verließ unser Kranke, nachdem er in 9 individuell dosierten Injektionen 25 *cg* $HgCl_2$ erhalten hatte und die floriden Lueserscheinungen ganz geschwunden waren, das Spital. Jetzt hatte Pat. 11 Monate Ruhe. Erst anfangs April 1904 traten bei ihm Erscheinungen auf, die ihn veranlaßten, am 9. April 1904 wieder das Landesspital aufzusuchen. Die diesmalige Diagnose lautete: Condylomata lata ad crenam ani. Bei topischer Behandlung mit Kalomelpuder und nach vier intramuskulären Merkuriolölinjektionen schwanden die Erscheinungen und konnte der Kranke bereits am 2. Mai 1904 wieder geheilt entlassen werden. Seither ist er nicht mehr im Spitale erschienen.

III. G. P., 23jähriger Bankbeamter wurde am 12. Februar 1903 mit der Diagnose: Sclerosis initialis ad praeput. penis subsequ. phimosi; adenitis inguinal. ambil. indol. in die Behandlung aufgenommen. Infektion Mitte Januar 1903. Bestand des Geschwüres seit 30. oder 31. Januar. Patient wurde bisher auswärts nur lokal mit Dermatolpuder behandelt. Vom 13. Februar bis zum 12. März 1903 erhielt der Kranke in 9 intramuskulären, variabel dosierten Injektionen 21 *cg* $HgCl_2$. Nach der 4. Injektion war die Sklerose vernarbt, nach der 7. Injektion war sie mit Hinterlassung einer geringen Derbheit geschwunden; ebenso waren die früher über dattelgroßen inguinalen Lymphdrüsen bis auf Kirschgröße verkleinert. Den 15. März wurde Pat. aus dem Spitale entlassen, ohne daß in der Zwischenzeit irgendwelche weitere Erscheinungen der Syphilis aufgetreten wären. — Durch die folgenden 4 Monate ist der Patient regelmäßig allwöchentlich einmal im Ambulatorium untersucht worden, und da sich auch in dieser Zeit keine Luessymptome zeigten, wurde er angewiesen, sich genau zu beobachten und wiederzukommen, wenn er irgend ein verdächtiges Zeichen an seinem Körper bemerken sollte. Den 27. November 1903, also $8^1/_2$ Monate nach der ersten Entlassung aus der Spitalsbehandlung, kam Pat. mit Plaques muqueuses an den Lippen und an den Mandeln wieder in die Behandlung. Nach 4 intramuskulären Merkuriolölinjektionen zu je $1^1/_2$ Teilstrichen der LANGschen Spritze schwanden die Erscheinungen gänzlich und wurde er bereits am 12. Dezember 1903 als zeitweise geheilt entlassen. Seit dieser Zeit habe ich Pat. fast allmonatlich untersucht, konnte jedoch niemals irgendwelche Zeichen von Syphilis konstatieren.

IV. F. M., 24 Jahre alt, Monteur, wurde am 19. Februar 1903 mit der Diagnose: Oedema indurativum praeputii et adenitis inguinalis ambilat. indol. im Spitale aufgenommen. Infektion erfolgte vor ungefähr 5 Wochen, die Gliedschwellung begann vor 2 Wochen. Im Verlaufe von 35 Tagen erhielt der Patient in 9 variabel dosierten intramuskulären Injektionen 25 *cg* $HgCl_2$ und lokal,

neben lauwarmen Gliedbädern, Empl. de Vigo. Im Verlaufe der Behandlung bildete sich die Schwellung zurück, das phimotische Präputium wurde verschieblich und das an seiner Innerfläche vorhanden gewesene Geschwür schwand vollständig. Bis zum Tage der Entlassung, welche am 25. März 1903 erfolgte, sind keinerlei Allgemeinerscheinungen der Syphilis aufgetreten. Ungefähr 3½ Monate darauf, am 7. Juli 1903, gelangte Pat. mit Syphilis papul. capillitii et condylomata lata ad genitale et crenam ani wieder in die Spitalsbehandlung und verblieb daselbst bis 30. Juli 1903. An diesem Tage waren die bezeichneten Erscheinungen nach der Applikation von 6 individuell dosierten, intramuskulären Injektionen mit 12 *cg* Hg Cl_2 gänzlich geschwunden und konnte der Patient als zeitweilig geheilt entlassen werden. Seither ist der Patient, welcher hier beschäftigt ist, nicht mehr im Spitale erschienen.

V. J. Gj., 28 Jahre alt, Landmann, wurde am 30. August 1903 mit Sclerosis initialis genitalis subsequ. oedemate praeputii phimos. et polyadenitis inguin. et cubit. ambilat. indol. in Spitalsbehandlung aufgenommen und den 26. Oktober 1903 nach Schwund der Erscheinungen entlassen. Die Infektion hat in der zweiten Hälfte Juli stattgefunden, die Krankheitserscheinungen bestanden zur Zeit der Spitalsaufnahme seit ungefähr 3 Wochen. Wärend des 54tägigen Aufenthaltes im Krankenhause erhielt der Patient neben der gewöhnlichen lokalen Quecksilberpflasterbehandlung 11 variabel dosierte intramuskuläre Injektionen in die Gluteen und vier 1%ige subkutane Injektionen in der Gegend der geschwellten Inguinaldrüsen. Der Hg Cl_2-Verbrauch hat 38 *cg* betragen. Abgesehen von einer geringen Infiltration nach der 11. Injektion, trat während der Behandlung keinerlei Störung auf. Im Verlaufe des Spitalsaufenthaltes schwanden die Erscheinungen der primären Syphilis vollständig; sekundäre Symptome sind nicht aufgetreten. Etwas über 8 Monate später, u. zw. den 4. Juni 1904, erschien Pat. das zweitemal im Spitale. Die oberflächlichen Plaques muqueuses an der Unterlippe, die einzigen Zeichen der allgemeinen Syphilis, schwanden bei lokaler Tuschierung mit 5%iger Sublimat-Alkohollösung und dem Gebrauch von 60 Protojoduretpulvern à 0·03 in 22 Tagen vollständig.

VI. G. M., 20 Jahre alt, Taglöhner, wurde am 8. November 1904 mit Sclerosis initialis in sulco coronar. penis subsequente adenit. inguin. ambil. indol. in Spitalsbehandlung aufgenommen und am 6. Dezember 1904 nach 7 variabel dosierten Injektionen mit 21 *cg* Hg Cl_2 als zeitlich geheilt entlassen. Zur Zeit der Aufnahme war der Patient in der 5. Krankheitswoche; während des mehr als vierwöchentlichen Aufenthaltes im Spitale sind keine Allgemeinerscheinungen der Syphilis aufgetreten. Nach der 5. Injektion war die Sklerose fast vollständig geschwunden. Am 4. Juni 1905, also fast volle sechs Monate später, erschien Pat. mit Syphilis orbicularis cutis scroti et condylomata lata ad labia oris das zweitemal im Spitale. Hier verblieb er bis 22. Juni 1905, also 18 Tage. In dieser Zeit schwanden bei entsprechender topischer (Empl. de Vigo bzw. Tuschierungen mit 5% Sublimatalkohol) und allgemeiner Quecksilberbehandlung (6 Injektionen mit 12 *cg* Hg Cl_2) die bezeichneten Erscheinungen gänzlich. Zwischen der ersten Entlassung und der zweiten Aufnahme sind nach der Versicherung des Patienten keinerlei Symptome der Krankheit zutage getreten.

In den mitgeteilten sechs Fällen sind die Allgemeinerscheinungen der Syphilis zum ersten Male 3—8½ Monate nach dem Abschlusse der Frühbehandlung bzw. 5—10 Monate nach der Ansteckung aufgetreten. In bezug auf die Art und die Schwere dieser Erscheinungen wäre zu bemerken, daß sie bei drei Kranken (Fall 1, 3 und 5) 5 bzw. 8½ und 8 Monate nach der ersten Kur lediglich als nässende Papeln und in den anderen drei Fällen überdies als spärliche makulöse resp. papulöse und orbikuläre Ausschläge 3 bzw. 3½ und 6 Monate nach Beendigung der ersten Behandlung aufgetreten sind.

Nur bei einem Kranken (Fall 2), und zwar gerade bei demjenigen, der schon im dritten Monate nach dem Abschlusse der Frühbehandlung mit Allgemeinerscheinungen behaftet war und bei dem diese Erscheinungen verhältnismäßig in- und extensiver als bei den anderen Patienten dieser Gruppe waren, trat 11 Monate nach der zweiten Spitalsentlassung ein Rezidiv in Form breiter Kondylome in der Analfalte auf. Die 5 übrigen Kranken sind bisher im Spitale nicht wieder erschienen.

Ein wichtiger Maßstab zur Beurteilung der größeren oder geringeren Schwere eines behandelten Syphilisschubes ist neben anderen Momenten auch die Dauer, welche derselbe bei entsprechender Behandlung bis zum Schwunde in Anspruch nahm. Da nun in den obigen 6 Fällen die Erscheinungen in einem Zeitraume von 15—31 Tagen geschwunden waren, so kann man dieselben wohl kaum als schwere bezeichnen.

Bei den 41 mit 45%igen Merkuriolölinjektionen frühbehandelten Fällen erhielten wir die folgenden Resultate: 22 Kranke, welche nach Heilung des Primäraffektes und vor dem Auftreten irgendwelcher Allgemeinerscheinungen aus dem Spitale entlassen wurden, haben sich seither nicht wieder gezeigt. Bei 12 weiteren Patienten sind bereits während der Frühbehandlung, und zwar bei 5 nach der ersten, bei weiteren 5 nach der zweiten und endlich bei 2 nach der dritten Injektion zu 1½ Teilstrichen der LANGschen Spritze Allgemeinerscheinungen in Form syphilitischer Frühexantheme aufgetreten. In keinem dieser Fälle war der Charakter des Ausschlages in irgendwelcher Weise alteriert. 8 Kranke waren mit Exanthema maculosum, 2 mit Exanthema maculopapulosum und endlich 2 mit Exanthema papulosum behaftet.

Alle diese Ausschläge schwanden unter der Behandlung in ganz gleicher Weise und ebenso prompt wie bei Kranken, bei denen die Allgemeinbehandlung erst nach dem Auftreten der Syphilide eingeleitet wird.

Die Reaktion des Organismus war selbst in den Fällen, bei denen der Ausschlag erst nach der dritten Einspritzung, also nach einer Einverleibung von 30 *cg* Hg, aufgetreten ist, ebensowenig alteriert wie bei den Kranken, die schon nach der ersten Einspritzung Allgemeinerscheinungen dargeboten haben.

Schließlich muß noch erwähnt werden, daß die Behandlungsdauer in keinem dieser Fälle irgendwelche Abweichung von der Norm gezeigt hat; sie war ebenso lang bzw. kurz wie in anderen analogen Syphilisfällen.

In der besprochenen Gruppe von Beobachtungen sind bisher viermal Rezidive vorgekommen, über die anderen 8 Kranken liegen keine Nachrichten vor. Die Rezidive sind in einem Falle nach 2½, im zweiten nach 4, im dritten nach 5½ und im vierten Falle nach 7 Monaten, von der Entlassung aus dem Spitale gerechnet, eingetreten. Bei keinem dieser Kranken waren die Symptome der Rezidive besonders schwer oder hartnäckig. Der verhältnismäßig schwerste Fall betraf wieder einen Zigeuner, der 4 Monate nach der ersten Entlassung aus der Behandlung mit Syphilis papulo-squammosa cutis trunci et extremitatum et condylomata lata ad genitale et os in das Spital aufgenommen wurde. Er erhielt in 50 Tagen 30 Kalomeloleinreibungen zu 5·0 *g*. Seine Entlassung verzögerte sich durch den Hinzutritt einer mäßig starken Stomatitis mercurialis.

Bei den anderen 3 Kranken beanspruchte die Behebung der Rezidive in Form mehr minder multipler breiter Kondylome 18 bzw. 22 und 28 Tage.

Endlich waren unter den 41 mit Merkuriolöl frühbehandelten Kranken noch 7, bei denen die Allgemeinerscheinungen der Syphilis erst mehr minder lange nach dem Abschlusse der ersten Behandlung aufgetreten sind.

Zu dieser Gruppe gehören:

VII. M. V., 22jähriger Fabriksarbeiter aus Sarajevo, aufgenommen am 12. November 1903 mit Sclerosis initialis ad cutem penis et polyadenitis inguinalis ambilateralis indolens und am 28. November 1903 nach Heilung der Sklerose entlassen. Der Patient erhielt neben der bereits früher erwähnten Lokalbehandlung vier intramuskuläre Merkuriolölinjektionen zu 1½ Teilstrichen der LANGschen Spritze in viertägigen Intervallen. Das Geschwür hat bei der Aufnahme seit drei Wochen bestanden. Die Dauer der Infektion wurde auf beiläufig 5 Wochen geschätzt. Den 16. Februar

Die „Wiener Medizinische Presse“ erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung“ und die „Wiener Klinik“, letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die Administration der „Wiener Medizinischen Presse“ in Wien, I., Maximilianstraße Nr. 4, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterplatz Nr. 2.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse“ mit „Allgem. Militärärztliche Zeitung“ und „Wiener Klinik“ Inland: Jährl. 20 K., halbj. 10 K., viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik“ separat: Inland: jährl. 8 K.; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareillezeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die Administr. der „Wiener Mediz. Presse“ in Wien, I., Maximilianstr. Nr. 4.

Allgemeine Militärärztliche Zeitung.

Beilage zur „Wiener Medizinischen Presse“ 1905, Nr. 52.

Über mehrere technische Probleme des Feldsanitätsdienstes.

Studie von **Dr. Konrad Majewski,** k. u. k. Stabsarzt und Garnisonschefarzt in Znaim (Mähren).

I. Die Wassernot im Felde.

Die Heeresverwaltungen sind eifrig bemüht, wichtige Errungenschaften der Technik und allgemein anerkannte Erfindungen für die Zwecke des Felddienstes nutzbar zu machen. Die Erfindung des Aluminiums hatte seine vielfache Anwendung bei der Fabrikation der militärischen Ausrüstungsorten zur Folge; die Materialbahn hat der österreichische Offizier Tilschkert zur Feldbahn umgestaltet und hierdurch die Anregung zur Schaffung der Eisenbahnregimenter gegeben; der Luftballon, das Fahrrad und das Automobil sind gleichfalls zu militärischen Zwecken ausgenützt worden; die modernen Beleuchtungsarten, wie elektrisches Licht und Azetylenlicht, sind ebenfalls Gemeingut der militärischen Technik geworden. Es erscheint daher naheliegend, bei der Wasserversorgung der Armee im Felde an die Ausnützung einer technischen Neuerung im Verkehrsdienste zu denken, wobei die bisherigen anerkannten Methoden der Filtrierung, die transportablen (fahrbaren) Kochapparate und der Northonbrunnen keineswegs eine Konkurrenz, sondern vielmehr eine Bereicherung erhalten sollen.

Ein schlechtes bzw. infiziertes Wasser läßt sich durch die genannten Verfahren verbessern bzw. unschädlich machen; gegen die relative Wassernot, d. i. den durch Ansammlung zahlreicher Truppen in einem verhältnismäßig kleinen Raume bedingten quantitativen Wassermangel, welcher zur Zeit abnormer Dürre (wie im Jahre 1904) in jedem Gelände auftreten kann und in den Karstländern dann im versandeten Terrain normal ist, sind diese Methoden machtlos. Hier kann nur der Nachschub des Wassers als des wichtigsten Verpflegsartikels aus der Not helfen. Durch diese Erwägung verfiel ich auf die Idee des organisierten Trinkwassertransportes auf große Distanzen, welchem die folgenden Zeilen gewidmet sind.

Der moderne Zisternenwaggon[1]) (Rauminhalt zirka 10.000 *l*), welcher zu Spiritustransporten, in neuester Zeit auch zum Weintransporte und zur Versorgung von Berlin mit dänischer sowie böhmischer Milch, benützt wird und welcher infolge seiner Dimensionen nicht nur genauestens mit Sodalösung und Bürste gereinigt, sondern auch mittelst Dampfes der Lokomotive sterilisiert werden kann, könnte auch zu feldmäßigen Trinkwassertransporten auf größere Distanzen dienen. Als Wasserentnahmestelle würde eine Reihe solcher größerer Bahnhöfe fungieren, welche über ein trinkbares Lokomotivwasser aus Brunnen oder Leitungen von unbegrenzter Ergiebigkeit verfügen. Bei Verlegung der Wassertransporte in die Nachtzeit und unter Anwendung der flüssigen Kohlensäure — ähnlich wie bei der Versendung der Mineralwässer — könnten ganze Armeekörper mit gut temperiertem, frischem Trinkwasser versorgt werden. Eine Garnitur von 25 Zisternenwaggons würde den Tagesbedarf eines ganzen Korps an Trink- und Kochwasser decken, wobei auf einen Mann 5 *l* entfallen würden. Ein organisierter Turnusverkehr würde eine dauernde Versorgung mit Wasser sichern. Die Verteilung des Wassers aus der Eisenbahnendstation an die einzelnen Truppenkörper würde mittelst Feuerwehrfässer und sonstiger auf landesüblichen Wägen verladener Fässer erfolgen, welche als Teile der Verpflegsstaffel gelten würden.

[1]) Die „österreichische Eisenbahnverkehrsanstalt“, eine der größten Unternehmungen ihrer Art auf dem ganzen europäischen Kontinent, besaß am 31. Dezember 1904 in ihrem Wagenpark 80 dreiachsige und 741 zweiachsige Zisternenwaggons.

II. Das improvisierte Genfer Kreuz.

Wo immer Kriegsverwundete liegen, müssen sie durch das vereinbarte Immunitätszeichen, ein rotes Kreuz im weißen Felde, geschützt sein. Die Feldsanitätsanstalten verfügen für diesen Zweck über Fahnen und Laternen, welche beide das Genfer Kreuz tragen. Wie jedoch die Erfahrungen der Sanitätskriegsspiele lehren, werden sich im Kriege häufig Situationen ergeben, in welchen die Truppen selbst ohne Mitwirkung der Feldsanitätsanstalten ihren Verwundeten die erste Besorgung und Unterbringung bieten werden müssen.

In erster Linie wird dies bei Kavallerieabteilungen der Fall sein, welche als Nachrichtendetachements der Haupttruppe bedeutend vorgeschoben werden und in sanitärer Beziehung auf sich selbst angewiesen sind; auch größere Infanteriepatrouillen, ja sogar vereinzelte Infanteriebataillone, welchen Teile der Feldsanitätsanstalt (Hilfsplatzwagen) nicht immer mitgegeben werden können, werden oft in die Lage kommen, improvisierte Hilfsplätze mit eigenen Mitteln zu errichten. In allen diesen Situationen, dann bei den improvisierten Krankenhaltstationen, welche aus requirierten Landesmitteln errichtet werden, wird nebst vielen anderen Improvisationsarbeiten auch das Immunitätszeichen, das Genfer Kreuz, improvisiert werden müssen. Es erscheint daher begründet,

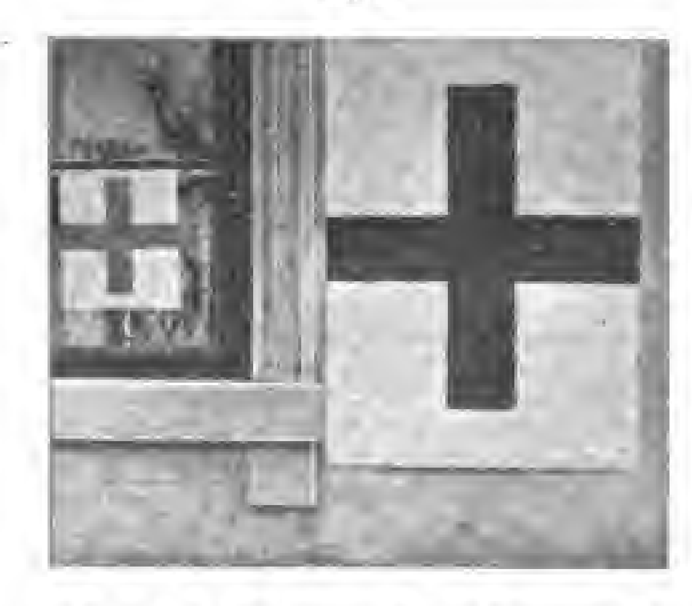
diesen Gegenstand als einen lehrreichen Friedensversuch zu betrachten. Zur Improvisation der Genfer Fahne eignet sich, wie Fig. 1 zeigt, jedes Leintuch, welches auf einer Seite mittelst einer Stange versteift nach Art einer Flagge auf einem Baum befestigt wird; das rote Kreuz wird aus einem roten Stoff dargestellt, welcher von Landleuten für Frauenkleider und Bettwäsche benutzt wird und daher in jedem Dorfe erhältlich ist.

Fig. 1.



Noch einfacher gestaltet sich die Improvisation, wenn es sich um Anbringung des Genfer Kreuzes auf Gebäuden handelt (Fig. 2). Ein starkes Papier, auf welchem das rote Kreuz mit dem in jeder Landkrämerei erhältlichen Ziegelmehl rot gemalt ist, ersetzt in diesem Falle die Fahne. In Ermangelung des Farbstoffes kann man auch gepulverten Paprika oder endlich auch verdünntes Blut zur Darstellung des roten Kreuzes am Papier benutzen. Um auch bei Nacht die Häuser, welche Verwundete beherbergen, kenntlich zu machen, wird ein Bogen Schreibpapier, nachdem derselbe bemalt wurde, auf der Rückseite mit Petroleum bestrichen und hierdurch transparent gemacht. Das der-

Fig. 2.



art hergestellte Genfer Kreuz wird sodann auf der inneren Seite der Fensterscheibe befestigt und mittelst einer Kerze illuminiert (s. Fig. 2).

III. Die Wegmarkierung als Orientierungsmittel für Verwundete.

Wenn ein Hilfsplatz verlegt oder aufgelassen wird und die Zurücklassung von Hilfspersonal untunlich ist, pflegt man auf dem verlassenen Aufstellungsorte an auffallenden, in die Augen springenden Gegenständen (Bäume, Wegweiser etc.) Zettel zu befestigen, auf welchen der neue Aufstellungsort bezeichnet ist. Nachdem man jedoch jedem Soldaten eine rasche Orientierung in einer ihm fremden Gegend nicht zumuten kann, empfiehlt es sich, die verspätet am aufgelassenen Hilfsplatze eintreffenden Verwundeten oder ihre Träger durch Wegmarkierung auf den neuen Hilfsplatz zu leiten. Als feldmäßiges Markierungsmittel kommt in erster Linie der allgegenwärtige Kalk in Betracht; die weißen Kalkstreifen, welche man auf Bäumen, Kilometersteinen, Bretterzäunen etc. aufträgt, sind ein prägnantes, wenn auch nur temporäres Markierungsmittel. Auch durch Befestigung von Strohbündeln und Papierschnitzeln an Bäumen etc. läßt sich der Weg der Verwundeten zum Hilfsplatze markieren.



Fig. 3.



Wie Fig. 3 zeigt, bildet die Calicotbinde, welche jedem Militärarzt im Felde zur Verfügung steht, ein sehr empfehlenswertes, auffälliges Orientierungsmittel für die verspätet am Hilfsplatze eintreffenden Verwundeten und Blessiertenträger.

IV. Zur Frage des Verwundetentransportes auf landesüblichen Fuhrwerken.

Welche bedeutende Rolle dem landesüblichen Wagen bei dem kriegsmäßigen Verwundetentransporte zufällt, haben

Fig. 4.



wir erst auf Grund der Erfahrungen bei den Sanitätskriegsspielen voll zu würdigen gelernt.

Der bescheidene Komfort dieses Transportes muß sich nicht nur auf eine rationelle Lagerung des Verwundeten, sondern auch auf Schutz desselben gegen atmosphärische Einflüsse beziehen. Zum Schutze gegen Sonne, Regen, Staub und Wind müssen, wie Port[2]) bereits betont, Dächer über den Wägen angebracht werden. Viele Landleute, insbesondere die Gebirgsbewohner, besitzen Deckplachen aus Leinwand, welche auf Reifen gespannt sind, als Inventarstück ihres Wagens; vielfach muß jedoch das Schutzdach improvisiert werden.

[2]) Taschenbuch der feldärztlichen Improvisationstechnik. Stuttgart 1889.

Biegsame Äste werden an die Sprossen der Leitern mit ihren dicken Enden angebunden; die dünnen Enden derselben werden reifenartig über dem Wagen zusammengebunden; über dieses Gerippe werden Decken oder Leintücher gespannt.

Alles das braucht Zeit und Stoff; Fig. 4 zeigt eine höchst einfache Bedachungsart des landesüblichen Wagens, welche ohne alle Vorbereitungen und ohne Herbeischaffung von Materialien in wenigen Sekunden hergestellt werden kann. Die vordere Hälfte des zweiteiligen Rohrgeflechtes, welches bei den meisten landesüblichen Wägen einen integrierenden Bestandteil des Fuhrwerkes bildet, wird dem hinteren Teil des Wagens als Schutzdach aufgesetzt. Das vordere Rohrgeflecht ist nicht nur bei allen vorgeschlagenen Suspendierungsarten der Verwundeten, sondern auch bei der Bodenlagerung auf einem durch feste Strohbunde fundierten[*]) Heulager entbehrlich und bildet andrerseits bei der Anwendung laut Fig. 4 einen genügenden Schutz für den ganzen Oberkörper des liegenden Verwundeten gegen Sonne, Staub und Wind. Bei starkem Regen empfiehlt sich, auf das Rohrgeflecht eine Pferdedecke, welche ebenfalls zur Garnitur des Wagens gehört, auszubreiten; die zweite Pferdedecke kann man zum Schutze der unteren Extremitäten des Verwundeten benützen.

Die ganze Improvisation läßt sich demnach aus den landesüblichen Inventarstücken des Wagens herstellen.

Über die Ruptur des Musculus rectus abdominis bei Kavalleristen.

Von **Dr. M. Lénez**, Medizin-Major II. Kl., Lyon.

Unter den zahlreichen Verletzungen des Kavalleristen sind gewiß keine häufiger beobachtet worden, als die Muskelrupturen im allgemeinen. Diejenigen der Schenkeladduktoren sind teils wegen ihrer Häufigkeit, teils wegen der von ihnen verursachten Komplikationen am besten bekannt. Aber es gibt eine Art von Muskelrupturen, welche, der kleinen Zahl angestellter Beobachtungen und veröffentlichter Arbeiten nach zu urteilen, die Aufmerksamkeit noch wenig auf sich gezogen zu haben scheint. Es ist dies die Ruptur des Musculus rectus abdominis. Trotzdem erreignet sich dieser Unfall weit häufiger als es die Dürftigkeit der diesbezüglichen Literaturangaben vermuten ließe, und es wird sich wohl kaum ein Kavallerist finden, der ihm nicht unterworfen gewesen wäre.

Wir konnten tatsächlich im Verlaufe dreier Wochen 12 Fälle bei den jungen Kavalleristen des letzten Jahres beobachten, ein Umstand, der uns veranlaßt hat, Nachforschungen anzustellen und diese Verletzung, der die klassischen Autoren kaum eine kurze Erwähnung widmen, etwas näher ins Auge zu fassen; denn es ereignen sich Ausnahmsfälle, bei denen diese Verletzung eine gewisse Gefahr mit sich bringt oder zumindest ernstliche Funktionsstörungen des Muskels im Gefolge hat.

Soviel ich weiß, sind seit dem Jahre 1858 nur neun Beobachtungen über gänzliche oder partielle Rupturen des Musculus rectus abdominis (des sternopubicus nach einigen Autoren) veröffentlicht worden. Vor diesem Zeitpunkt haben Larrey und Boyer über zwei komplette, durch die Autopsie bestätigte Rupturen berichtet.

Nélaton hat im Jahre 1860 unter 49 Muskelrupturen nur 4 Rupturen des Musculus rectus verzeichnet. Erst im Jahre 1881 finden wir in einer Arbeit von Lemoine, Hilfsstabsarzt II. Kl. (jetzt Hauptarzt und Professor an der Schule von Val-de-Grâce), eine umfassende Behandlung des Gegenstandes. Die Arbeit trägt den Titel: „Hämatome als Folgeerscheinung der Ruptur des Musculus rectus abdominis" („Arch. de méd. et de pharmacie militaires", 1881, pag. 285). Sie stützt sich auf zwei persönliche Beobachtungen, denen der Autor noch zwei andere hinzufügt, deren eine in der „Gazette hebdomadaire" vom Jahre 1860 (Legouest) und deren andere in der „Gazette médicale" vom Jahre 1858 (Richardson) veröffentlicht ist.

Im Jahre 1886 erschien in den „Archives de médecine et de pharmacie militaires" (pag. 48) eine Arbeit des Stabsarztes Tartière über Ruptur und Kontraktur eines Musculus rectus, entstanden beim Voltigieren. Daselbst sind fünf Beobachtungen verzeichnet, drei persönlicher Art und zwei durch Stabsarzt Pitois mitgeteilte, ferner die beiläufige Erwähnung eines Falles gleichfalls von Pitois und die Anführung eines anderen durch Dewevre.

In den „Klinischen Studien über die Muskelrupturen bei Kavalleristen" erwähnen Charvot und Couillanet im Jahre 1887 unter den Muskelrupturen diejenigen des Sternopubicus, insbesonders des linken („Revue de chirurgie", 1887), ohne anders in den Gegenstand einzudringen.

Wir finden also in der medizinischen Literatur nur 17 Fälle verzeichnet, von denen 11 ausführlich erzählt und 6 nur oberflächlich erwähnt werden.

Die Spärlichkeit diesbezüglicher Literatur läßt sich nur mit dem gewöhnlich gutmütigen Verlauf der Verletzung erklären, welche infolgedessen die Aufmerksamkeit der Forscher nicht genügend auf sich gelenkt hat. Trotzdem erfordert sie Beachtung, da, wie aus dem nachfolgenden ersichtlich sein wird, die Verletzung nicht immer gefahrlos ist.

Es ist nicht meine Absicht, die zwölf gesammelten Beobachtungen detailliert wiederzugeben; dies würde zu langweiligen Wiederholungen führen. Da die einzelnen Fälle in gewisser Beziehung einander gleichen. Ein Gesamtbild wird hier besser am Platze sein. Alle diese Fälle wurden durch denselben Mechanismus, unter denselben Bedingungen hervorgerufen und ereigneten sich ausschließlich bei Rekruten.

Es geht dabei auf folgende Weise zu:

Ein Kavallerist nimmt einen Anlauf, um sich ohne Hilfe der Steigbügel in den Sattel zu schwingen. In diesem Momente empfindet er in der rechten oder linken unteren Bauchgegend einen sehr heftigen, streng lokalisierten, stechenden, etwa mit einem Messerstich vergleichbaren Schmerz. Es wird ihm unmöglich, seinen Versuch zu wiederholen oder die geringste Kraftanstrengung dazu aufzubringen. Die Atmung unterbleibt für einige Momente wie nach einem Chok oder aber sie ist sehr kurz und ausschließlich kostal. Der Verwundete hält sich gekrümmt, da die Ausdehnung des Rumpfes den Schmerz anfacht, das Gesicht des Betreffenden ist blaß. Dies das Bild, das sich dem Arzt darbietet: Der Verwundete gibt an, er habe das Gefühl eines Risses und von Schwäche in der unteren Bauchgegend. Der Schmerz strahlt gegen die entsprechende untere Extremität und häufig auch gegen die Lenden aus.

Für gewöhnlich bietet das Krankheitsbild keine allgemeinen Symptome; doch haben wir bei zweien unserer Verwundeten Üblichkeiten, Erbrechen und Koliken beobachtet. Bei der von Lemoine berichteten Beobachtung Richardsons waren die allgemeinen Symptome derartig, daß sie auf eine inkarzerierte Hernie schließen ließen; infolgedessen schritt man zur Operation.

Bei der Untersuchung ergibt sich keinerlei Veränderung der Haut des Abdomens, weder Röte noch Ekchymose. Nur ein einziges Mal wurde von Legouest eine leichte Ekchymose konstatiert. Diese scheint nur im Falle einer sich ausnahmsweise ereignenden Zerreißung der Aponeurose einzutreten.

Man sieht für gewöhnlich keinen Vorsprung des Muskels. Manchmal hingegen besteht ein mehr oder minder ausgesprochener in der Höhe der Rißstelle. In einem unserer Fälle war er derartig ausgesprochen, daß er eine kugelige Geschwulst bildete, die aus der Entfernung auf eine Eventration hätte schließen lassen können.

Die Palpation ist schmerzhaft. Dieser Schmerz kann sogar wie im Falle von Knochenbrüchen dazu dienen, die

[*]) S. „Wiener Med. Presse", Nr. 14 u. 19 ex 1903.

Stelle der Ruptur genau zu bestimmen, da der Schmerz dort von einer besonderen Heftigkeit ist. Die Haut ist an den unten angrenzenden Flächen beweglich. Unter derselben aber in einer gewissen Vertiefung fühlt man eine quer verlängerte, harte, streng begrenzte Geschwulst mit einer Schwellungszone um sie herum.

Diese Geschwulst ist von veränderlichem Volumen. In einem unserer Fälle breitete sie sich in Form eines ovalen, handtellergroßen Kuchens aus. Im Ruhezustand ist sie ziemlich beweglich, wenn man aber die Bauchwand zur Kontraktion bringt, so wird die Geschwulst zu einer fixen und begleitet die Bewegungen des Musculus rectus. Ihr Volumen ist unveränderlich; weder durch Kraftanstrengungen noch durch Husten nimmt es zu und es ist auch nicht herabzumindern. Leichte Perkussion ergibt einen dumpfen, stärkere Perkussion ergibt den tympanitischen Schall der Gedärme.

Wir werden sehen, daß diese Merkmale zur Differentialdiagnose gegen den Darmbruch dienen. Bei keinem unserer Verwundeten haben wir die Furche beobachtet, welche, wie es heißt, zwischen den Enden des gerissenen Muskels zu fühlen sein soll. Die Funktionen des Musculus rectus sind eingestellt oder stark beschränkt. Die Beugung des Rumpfes in der Rückenlage, dessen Aufrichtung auf den Handgelenken, mit einem Worte jede Bewegung, welche eine Kontraktion des Musculus rectus erfordert, ist außerordentlich erschwert, wenn nicht gar durch den verursachten Schmerz unmöglich. Auch der Husten, das Erbrechen und die Defäkation sind sehr schmerzhaft.

Der Sitz der Ruptur verdient aus verschiedenen Gründen, unsere Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. In unseren zwölf Beobachtungen haben wir ihn neunmal rechts und dreimal links festgestellt, im Gegensatz zur Ansicht der Herren Charvot und Couillanet, welche die linksseitige Ruptur des Musc. sternopubicus für die häufigere halten.

Wenn wir nun zu unseren 12 Beobachtungen die 13 im vorigen berichteten Fälle hinzufügen, so finden wir, daß in 25 Fällen die Ruptur 12mal links und 13mal rechts ihren Sitz hatte. Das würde also für beide Seiten ziemliche Gleichheit einschließen. Dessenungeachtet veranlaßt mich meine persönlich aufgestellte Statistik, bei der sich die Ruptur neunmal rechts und dreimal links ereignete, zu der Annahme, daß die Verletzung rechtsseitig eine häufigere sei, wenigstens bei den Kavalleristen, weil der Mann, der links von dem Pferde seine Stellung hat, die Hauptkraftanstrengung in den rechten Arm und in die rechte Seite des Körpers verlegt, um sich in den Sattel zu schwingen.

Was den anatomischen Sitz der Ruptur anbelangt, so ist er meistens 2, 3 und 4 *cm* über der Schambeingegend (von 12 unserer Beobachtungen neunmal), nur dreimal konstatierten wir ihn 6 oder 7 *cm* ober demselben. In Ausnahmsfällen vermag die Ruptur ihren Sitz viel höher zu haben. In der Beobachtung III von Tartière (l. c.) war sie 8 *cm* über dem Schambein.

In der Beobachtung V desselben Autors (von M. Pitois mitgeteilt) hatte sie in der Höhe des Nabels ihren Sitz und in einem anderen von M. Pitois mitgeteilten Fall oberhalb des Nabels. Aus diesen Tatsachen geht hervor, daß die Ruptur des Musculus rectus sich auf jedem Teil des Muskels ereignen kann, daß sie sich am häufigsten (von 100 Fällen 75mal) 2 und 4 *cm* über dem Schambein vorfindet. Versuchen wir es, die Gründe dieser Vorliebe für den unteren Teil des Muskels zu erklären.

Es scheint mir am Platze, an dieser Stelle in wenigen Worten die Anatomie des Musculus rectus abdominis ins Gedächtnis zu rufen.

Dieser lange und flache, oben breitere Muskel erstreckt sich vom Sternum und von den letzten Rippenknorpeln bis zum Schambein, an welches er sich mittelst einer abgeplatteten, sich in zwei Teile scheidenden Sehne anheftet, wovon das äußere Bündel sich in den oberen Rand des Schambeines zwischen Spina und Symphyse einfügt und das innere Bündel, das sich vor der Symphyse mit dem von der entgegengesetzten Seite kommenden Bündel kreuzt, sich in der Kruralaponeurose und in der Scheide des Penis verliert. Nach oben zu endigt der Muskel in drei Bündel, von denen das innere sich am Schwertfortsatze und an dem 7. Rippenknorpel, das mittlere sich an dem 6. und das äußere stärkere an dem 5. Rippenknorpel anheftet. Dieser Muskel wird durch transversale Zwischensehnen, 2—4 an Zahl, unterbrochen, welche die ganze Breite des Muskels in Beschlag nehmen und sich an dem vorderen Blatte der Scheide anheften. Es ist hauptsächlich diese Scheide, welche uns vom Standpunkt der Ruptur des Muskels interessieren muß. Sie ist vorne vollkommen und wird gebildet aus der Vereinigung der Aponeurose des großen Obliquus und dem vorderen Blättchen der Aponeurose des kleinen Obliquus, welchem sich unten die des Transversus anfügt. Rückwärts ist die Scheide unvollkommen und wird gebildet durch die Aponeurose des Transversus und durch das hintere Blatt des kleinen Obliquus, aber von dem Nabel abwärts verschmälert sie sich und zerteilt sich alsbald in ein Lager von Zellgewebe. In dieser Höhe wird der Muskel nur durch die Fascia transversalis, einer unabhängigen, schmalen, den Muskelfasern keine Insertion bietenden Aponeurose von dem Peritoneum getrennt.

Der Musculus rectus wird von den Interkostalnerven und von den Verästelungen des großen und kleinen Abdominalzweiges, welcher vom ersten Lendennerven ausgeht, durchzogen. Er wird oben von den Endzweigen der Arteria mammaria interna und unten von der Arteria epigastrica mit Blut versorgt. Diese letztere, entsprungen aus der Iliaca externa, erreicht den lateralen Rand des Musculus rectus ungefähr $1^1/_2$ *cm* oberhalb des oberen Randes des Schambeines, gelangt hierauf in die hintere Seite des Muskels und dringt in denselben ungefähr 3 *cm* oberhalb der Symphyse, steigt von der Höhe des Nabels vertikal empor und anastomosiert mit den Endästen der Mammaria interna.

Diese anatomischen Angaben erklären uns die Häufigkeit der Ruptur an der unteren Partie des Muskels, dort, wo die Fleischfasern durch eine starke Aponeurose nach vorne gedrückt, rückwärts nur von einem lockeren Zellgewebe und von einer schmalen und beweglichen Aponeurose (Fascia transversalis) bedeckt sind.

Diese Angaben erklären uns, warum sich die Ruptur nicht vorne, sondern in der tieferen Partie und gegen die hintere Fläche des Muskels ereignet; endlich auch, warum sich fast nie sichtbare Ekchymosen auf der Haut des Abdomens zeigen; die Stärke und die Integrität der vorderen Scheide stellt sich dem Durchtritt des ausgetretenen Blutes entgegen, welches daher gegen die tiefer gelegenen Teile strömt. Das manchmal bedeutende Volumen des Hämatoms geht aus der Vaskularisation des Musculus rectus selbst hervor, der, wie wir bereits gesehen haben, durch zwei Arterien versorgt wird. Es kann sogar der Fall eintreten, daß die Arteria epigastrica vollständig zerrissen ist, wie in der von M. Lemoine mitgeteilten Beobachtung Richardsons. Diese Diffusion des Hämatoms gegen die rückwärtige Fläche des Muskels — dort, wo er von dem Peritoneum nur durch ein dünnes Zellgewebe, in welches das Blut eindringt, und durch die Fascia transversalis getrennt ist — könnte möglicherweise der Grund dieser Koliken, dieser Üblichkeiten, des Erbrechens sein, welche wir von zweien unserer Verwundeten berichtet haben und welche schon von früheren Beobachtern verzeichnet worden waren. Die in die Lenden und in die korrespondierende untere Extremität ausstrahlenden Schmerzen könnten auch aus der Verletzung der Zweige des großen und des kleinen abdomino-skrotalen Nerven, welche aus dem ersten Lumbalnerven entspringen, hervorgehen. Die Ruptur des Rektus beschränkt sich fast immer auf einige Fasern oder auf einige Faserbündel.

Bei den 25 Beobachtungen, welche wir sammeln konnten — die unserigen miteingeschlossen —, wurde die vollständige Ruptur nur dreimal konstatiert (Fall von LARREY, von BOYER und von RICHARDSON), woraus sich ein Verhältnis von 12 auf 100 ergibt. In diesen 3 Fällen war die ganze Dicke des Muskels gerissen mit bemerkenswerter Auseinandreißung der Ränder (von $1\frac{1}{2}$ Daumenbreiten bis zu 2 Daumenbreiten in dem Fall von RICHARDSON, von $4\frac{1}{2}$—6 *cm* und von einer Daumenbreite oder 3 *cm* in dem Fall von BOYER). Die Zwischenräume wurden durch ein Blutkoagulum erfüllt. Erinnern wir uns daran, daß in dem Falle RICHARDSON die Arteria epigastrica selbst vollkommen zerrissen war. Am häufigsten (88 von 100) ereignen sich also doch die partiellen Risse. Wir haben gesagt, daß sie sich auf einige Fleischfasern beschränken können. Nach der Angabe einiger Autoren, wie z. B. GUBLER, den TARTIÈRE in seiner Arbeit zitiert und nach TARTIÈRE selbst handelt es sich in den leichten Fällen nicht einmal um Rupturen, sondern um einfache Kontrakturen oder Myodiastasen (GUBLER).

Die Symptome, welche eine Kontraktur feststellen und sie von einem Riß unterscheiden sollen, sind:

Fehlen der Ekchymose und kurze Dauer der Funktionsstörung scheinen nicht genügend. Wir wissen, warum die Ekchymose trotz der Bildung eines manchmal umfangreichen Hämatoms nicht auftritt, und was die kurze Dauer der Funktionsstörung des Muskels anbelangt, so besagt sie eine geringe Ausbreitung der Verletzung, aber nicht die Abwesenheit derselben. In den leichteren Fällen unserer 12 Beobachtungen haben wir immer einen lebhaften, streng lokalisierten und streng abgegrenzten Schmerz und eine Blutgeschwulst auf der schmerzhaften Stelle vorgefunden. Diese zwei Symptome könnte man wohl nicht aus einer einfachen Kontraktur erklären.

Was die Myodiastase GUBLERS anbelangt, so scheint sie uns derart verwandt mit der partiellen Ruptur, daß es schwer, wenn nicht unmöglich wird, diese beiden Verletzungen voneinander zu trennen.

Verlauf und Ausgang. Die partiellen Rupturen des Musculus rectus heilen ziemlich schnell, sogar sehr schnell in den leichten Fällen. In den Fällen, die wir beobachten konnten, hat die Krankheit zwischen 3 und 17 Tagen geschwankt.

Alle Symptome verschwinden nach und nach, nur die Hämatomgeschwulst braucht ziemlich lange, um zu verschwinden. Übrigens bleibt auch während einer gewissen Zeit ein Schwächegefühl zurück und unbestimmbare Schmerzen, die vielleicht einer Myositis in der Umgebung der Verletzung zuzuschreiben sind. Bei zwei Kavalleristen, die nach 4 Tagen den Dienst wieder aufnehmen wollten, haben wir Rückfälle beobachtet. Jeder dieser Rückfälle zeigte dieselben objektiven und subjektiven Symptome wie der erste Insult, aber die Heilung ging das zweitemal langsamer vonstatten. Man soll also auch in den leichten Fällen die Heilung nach drei oder vier Tagen nicht für vollkommen halten, sondern noch ebensoviele Tage bis zur Wiederaufnahme des Dienstes warten.

Die Heilung geht größtenteils ohne Komplikationen vor sich. Wir haben keinerlei solche beobachtet. Vielleicht könnte man in den Fällen von sehr umfangreichem Hämatom und bei geschwächten Individuen die Vereiterung der Geschwulst fürchten, wobei die Nachbarschaft des Peritoneum die Gefahr steigern würde. Aber in keiner unserer Beobachtungen, auch nicht in der von RICHARDSON, ist dieser Fall eingetreten.

Ätiologie. Die spontane Ruptur des Musculus rectus, die wir der Ruptur aus direkter oder traumatischer Veranlassung gegenüberstellen, erkennt als Ursache immer eine jähe und heftige Kontraktion des Muskels.

Bei dem Kavalleristen vollzieht sich diese Ruptur beim Sprung aufs Pferd (das ist die Ätiologie in unseren 12 Beobachtungen) oder auch beim Voltigieren in der besagten Übung der „Gretsche" oder auch bei einem gewöhnlichen Spazierritt, wenn das Pferd jäh Halt macht und der nach vorn geworfene Rumpf Anstrengungen macht, zu parieren und dem Sturze vorzubeugen.

Warum beobachtet man den Unfall fast ausschließlich nur bei jungen Soldaten? Es scheint uns banal, diese Tatsache dem Mangel an Übung zuzuschreiben.

Es verhält sich mit dem Musculus rectus wie mit jedem anderen Muskel, den man jählings einer Arbeit unterwirft, für die er nicht geübt ist; er ermüdet rasch oder reißt. Die Ruptur des Musculus rectus wurde auch in der Turnschule beim Schnurspringen mit geschlossenen Füßen (Beobachtungen von LEMOINE und LEGOUEST) und beim Grabenspringen (RICHARDSON) beobachtet. Und schließlich schreibt man auch den Anstrengungen des Erbrechens (BOYER), des Koitus (VIDAL) die Möglichkeit zu, die Ruptur des Musculus rectus zu veranlassen.

Prognose. Wenn RICHARDSON auf seine einzige Beobachtung gestützt die Prognose der Ruptur des Musculus rectus für sehr schlecht hält, so erklären die zitierten Autoren diese im Gegenteil für gutartig, und nach unseren eigenen Erfahrungen können wir uns dieser Meinung nur anschließen. Von sehr seltenen Komplikationen abgesehen (umfangreiches Hämatom durch die Ruptur der Epigastrica, vollständige Zerreißung des Muskels), geht die Heilung fast immer ohne Hindernis und ohne einen Rest zurückzulassen vor sich. Der Muskel erlangt seine frühere Kraft und seine Funktionen in vollem Umfang wieder.

Diagnose. Die Diagnose der Ruptur des Musculus rectus abdominis scheint keinerlei ernstliche Schwierigkeiten zu bieten. Die Anzeichen sind im allgemeinen sehr klar und richten sofort das Augenmerk auf den Muskel selbst.

Man kann die Muskelruptur weder mit einem Abszeß, noch mit einer tiefen Phlegmone der unteren Bauchwand verwechseln; schon der Verlauf der Erkrankung muß einen Irrtum ausschließen. Und ist eine Verwechslung einer Ruptur mit einer Muskelhernie möglich? Nach LEMOINE wird ein diesbezüglicher Zweifel bald behoben sein, wenn der Untersuchende weiß, daß kein Fall einer Hernie des Musculus rectus abdominis bekannt ist.

Wir werden auch einen Anfall von Appendizitis ausscheiden müssen, denn wenn diese auch einige Symptome mit der Ruptur des Musculus rectus gemein hat — der plötzliche heftige Schmerz in der unteren Bauchgegend, Üblichkeiten, Erbrechen, Anschwellungen etc. —, so zeigt dieselbe doch eine ganz spezifische Lokalisation der örtlichen und allgemeinen Symptome, welche man bei der Muskelruptur nicht findet. Es bleiben also noch die Hernia intraparietalis und epiploica, bei welchen die Diagnose etwas schwieriger ist.

Im Falle einer Hernia intraparietalis sind die Üblichkeiten, das Erbrechen und die Koliken von anderer Intensität und von anderer Dauer. Ferner sind sie von allgemeinen, sehr schweren Symptomen begleitet, u. a. von Facies peritonealis. Doch wird man immerhin gut daran tun, sich zu erinnern, daß diese letzteren Symptome manchesmal auch bei der Muskelruptur eine solche Heftigkeit annehmen können, daß sie zu einer falschen Diagnose führen. Dies zeigt der Fall RICHARDSONS, wo man an eine inkarzerierte Hernie dachte. Dieser Fall steht bisher vereinzelt da, nichtsdestoweniger muß man sich ihn vor Augen halten, um den Irrtum zu vermeiden. Die Hernia epiploica hat am meisten Ähnlichkeit mit der Blutgeschwulst, welche die Ruptur des Musculus rectus begleitet. Wenn sie reponibel ist, ist ein Irrtum nicht möglich; im andern Fall kann sehr leicht ein solcher Irrtum entstehen.

Dieser Punkt ist von LEMOINE in der vorhin erwähnten Arbeit meisterhaft behandelt worden.

Es heißt dort wörtlich:

„Oft geben diese Hernien das Bild eines kastaniengroßen, harten, runden Tumors, der sich beim Husten nicht vorwölbt,

ähnlich dem Eindruck, den ein Hämatom macht; doch ist dieses nicht immer abgerundet und schließt sich der Breite des Muskels an.

Hier können zwei Fälle vorliegen: Entweder sie ist indolent als Folge von Adhäsion nach einer alten oder einer chronischen Entzündung, welche, ohne sich bemerkbar zu machen, aufgetreten ist; hier kann ein Irrtum entstehen, da der Schmerz in unseren Beobachtungen ein konstantes Symptom war; oder die Entzündung ist frisch und gibt Symptome von Inkarzeration oder einfache lokale Beschwerden in der Gegend des Tumors. Der Kranke kann selten sagen, ob der Tumor früher reponibel gewesen ist. Aber nach der Meinung Duplays hat der Tumor immer einen Stiel; schließlich kann auch bei Personen, die nicht fettleibig sind, ein epiploischer Strang durchgetastet werden.

Endlich ist das plötzliche Auftreten des Tumors in der Muskelruptur nach einer heftigen Anstrengung ein Anzeichen, das alle Zweifel beseitigt" (Lemoine).

Behandlung. In den meisten Fällen wird man sich darauf beschränken, den Verwundeten nach kurzer Massage der schmerzhaften Stelle und nach Anlegung eines die Bauchwunde zusammenhaltenden mäßig zugeschnürten Gürtels zur Ruhe zu betten. Diese einfache Behandlung hat in unseren 12 Fällen genügt. Keiner unserer Patienten war zu absoluter Bettruhe verurteilt, welche uns nur in den Fällen einer ausgedehnten Ruptur geboten erscheint.

Man empfiehlt in diesem Falle außer der vollständigen Ruhe Umschläge mit Laudanum, Salben und beruhigende Linimente (Tartière).

Die Aufsaugung des Blutergusses geht durch Anwendung von Vesikatoren vor sich (Lemoine).

Wenn Inkarzerationssymptome auftreten, so muß man die Bauchwand öffnen (Lemoine).

Tartière erzählt schließlich auch von drei erfolgreichen Behandlungen mittelst Elektrizität, welche auch schon Gubler gepriesen hatte, und zwar geschah dies in Form von Extraströmen mittelst des Apparates von Gaiffe, jede Sitzung in der Dauer von 10 Minuten. Tartière empfiehlt, immer mit einem schwachen Strom zu beginnen, dessen Intensität nach und nach zu steigern sei.

* * *

Beobachtungen: I. Beobachtung: L . . . ., Kavallerist der 2. Eskadron, junger, erst seit 14 Tagen dienender Soldat, kommt am 28. November 1903 in die Ordination und klagt über lebhafte Schmerzen in der rechten unteren Bauchgegend. Er erzählt, daß er tags zuvor in der Reitbahn, als er vom Stand auf das Pferd aufspringen wollte, in der unteren rechten Bauchgegend einen sehr lebhaften Schmerz empfunden hat, den er mit einem Messerstich vergleicht und der ihm einen Moment lang den Atem verschlagen hat. Er konnte das Pferd nicht wieder besteigen und hat die ganze Nacht bei der geringsten Bewegung und bei der geringsten Hustenanstrengung gelitten. Als wir ihn zu Gesicht bekamen, hielt er sich leicht nach vorn gekrümmt und klagte über einen dumpfen Schmerz, über ein Gefühl der Zerreißung im Unterleib mit ausstrahlenden Schmerzen im rechten Schenkel. Auf der Unterleibshaut macht sich keinerlei Farbenwechsel bemerkbar, aber beiläufig 7 *cm* über dem Schambein und 3 oder 4 *cm* rechts von der Linea alba entdeckt man einen leichten ovalen Vorsprung.

Die Palpation ergibt an derselben Stelle einen transversal verlaufenden spindelförmigen Tumor, 5—6 *cm* lang und 2—3 *cm* breit, von einer Zone eingerahmt, welche die präzise Abgrenzung erschwert. Die Haut auf den unten angrenzenden Flächen ist beweglich. Der Tumor ist hart und sehr schmerzhaft und ziemlich beweglich, wenn die Bauchwand erschlafft ist. Er scheint mit dem Musculus rectus zusammenzuhängen; denn wenn man diesen zur Kontraktion bringt, so verändert der Tumor nicht sein Volumen, aber er wird fixiert. Der Husten und die Anstrengungen haben keinerlei Einfluß auf seine Form, sein Volumen oder seine Beschaffenheit; er ist nicht veränderlich und klingt beim leichten Abklopfen dumpf.

Der Verwundete vermeidet jede Bewegung, welche die Zusammenziehung seiner rechten Muskeln erforderlich macht. Wenn er auf dem Rücken liegt und man ihn sitzen läßt, so schiebt er sich ein wenig zur Seite, um sich auf seine Fäuste zu stützen, und erhebt langsam und mit Vorsicht den Rumpf. Die Erschütterungen des Hustens erwecken den Schmerz. Der Gang ist halb gekrümmt, gleichsam, um dadurch die Spannung der Muskeln der Bauchwand herabzusetzen.

Keine allgemeinen Symptome. Der Appetit bleibt gut. Wir verschreiben eine leichte Massage der schmerzhaften Stelle und die Anlegung einer Leibbinde. L . . . . wird vom 28. November bis zum 7. Dezember beurlaubt, das sind 7 Tage, und erscheint nicht wieder. Während dieser sieben Tage haben wir konstatiert, daß das Hämatom sich immer deutlicher, und zwar in dem Maße begrenzte, als die Schwellungszone verschwand. Allerdings bildete es sich ziemlich langsam zurück.

Wir haben Beobachtung I vollständig wiedergegeben, weil sie als Typus dienen kann, von welchem die folgenden Fälle sich kaum weit entfernen dürften. Bei der Besprechung der folgenden Beobachtungen werden wir also nur die diesen eigenen Besonderheiten hervorheben.

II. Beobachtung: L . . . ., junger Soldat, kommt am 1. Dezember zur ärztlichen Untersuchung. Beim Sprung auf das Pferd hat er in der rechten unteren Bauchgegend einen lebhaften Schmerz empfunden.

Keine Veränderung der Hautfarbe, keine Ekchymose. Ein leichter Vorsprung, 6 *cm* über dem Schambein, rechts von der Linea alba.

6—7 *cm* transversal gestellter Tumor, beim Druck sehr schmerzhaft mit Ausstrahlungen in die Lenden und in die rechte untere Extremität. Dieselbe Konsistenz und Beweglichkeit wie in dem vorhergehenden Fall. Dieselbe Behandlung. Der Verwundete nimmt am 7. Dezember wieder den Dienst auf, am 17. aber kommt er wieder zur Untersuchung. In diesen 10 Tagen waren die Schmerzen mehr oder weniger stark; sie wurden aber bei einem Versuch, am 17. morgens das Pferd wieder zu besteigen, heftiger. Der anfangs bestandene Tumor tritt mit denselben Symptomen wieder auf. Der Verwundete wird bis zum 22. Dezember beurlaubt und erscheint nicht wieder; aber wir wissen, daß er von seinem Regimentschef noch einige Tage vom Kavalleriedienst befreit war. Im ganzen dauerte also seine teilweise oder vollständige Dienstuntauglichkeit beiläufig 20 Tage.

III. Beobachtung: La . . . . kommt am 1. Dezember 1903 in die ärztliche Untersuchung. Lebhafter Schmerz in der rechten unteren Bauchgegend beim Sprung aufs Pferd. Keine Hautveränderung, kein sichtbarer Vorsprung. Ovaler Tumor mit transversaler Achse, $2^1/_2$ *cm* über dem Schambein, rechts von der Linea alba. Lebhafter Schmerz auf dieser Stelle, erzeugt durch die Palpation, durch die Flexion des Rumpfes, durch Anstrengungen etc. Keine allgemeinen Symptome. Leichte Massage, Leibbinde und Ruhe.

La . . . . nimmt am 8. Dezember, nach sieben Tagen der Unpäßlichkeit, den Dienst wieder auf.

IV. Beobachtung: Gi . . . ., junger Soldat, stellt sich am 1. Dezember zur ärztlichen Untersuchung. Lebhafter Schmerz in der rechten unteren Bauchgegend beim Sprung aufs Pferd abends zuvor.

Kugeliger Vorsprung, groß genug, um sich aus der Entfernung wie eine rechts von der Linea alba sitzende Eventration auszunehmen. Keine Veränderung der Hautfarbe. Bei der Berührung fühlt man einen Tumor in Gestalt eines ovalen, handflächengroßen Kuchens von harter Beschaffenheit und mit einer breiten, gegen den Nabel aufsteigenden Schwellungszone.

Der untere Rand des Hämatoms findet sich 4 *cm* über dem Schambein, rechts von der Linea alba. Dieser Tumor vereinigt alle bereits angeführten Merkmale (Beobachtung I). Der Schmerz ist an dieser Stelle sehr lebhaft, strahlt in die Lenden aus und ist von Koliken begleitet. Keine anderen allgemeinen Symptome.

Während der ersten zwei Tage ist der Appetit ein wenig geschwächt. Trotz der Größe hat sich der Hämatomtumor relativ schnell aufgesaugt und war, als der Verwundete nach 12 Tagen den Dienst




wieder aufnahm, zu einem Korn in der Größe einer Mandel geworden.

V. Beobachtung: Bes . . . ., junger Soldat, hat am 2. Dezember, als er auf das Pferd springen wollte, einen jähen und sehr lebhaften Schmerz und ein Knacken in der linken unteren Bauchgegend empfunden. Absolute Unmöglichkeit, die Übung weiterzuführen. Üblichkeiten, Erbrechen und in der unteren linken Extremität und gegen die Lenden ausstrahlende Schmerzen. Die Haut zeigt keine Veränderung ihrer Farbe; kein sichtbarer Vorsprung. 3 *cm* über dem Schambein, links von der Linea alba, fühlt man einen transversal gestellten, wenig umfangreichen Tumor, der dieselben vorher erwähnten Eigentümlichkeiten darbietet. Sehr lebhafter Schmerz an dieser Stelle. Die Üblichkeiten und Erbrechen dauern während eines Teiles des Morgens vom 2. Dezember, dann hören sie vollständig auf.

Umschläge mit Kampferöl, leichte Massage, Leibbinde, Ruhe.

VI. Beobachtung: Tu . . . . empfindet am 2. Dezember, als er aufs Pferd aufspringen wollte, einen stechenden Schmerz in der rechten unteren Bauchgegend und kann die Übung nicht fortsetzen. Weder ein sichtbarer Vorsprung, noch eine Veränderung der Hautfarbe. Kleiner, ovaler, transversal gestellter Tumor, 3 *cm* über dem Schambein, rechts von der Linea alba. Die Palpation ist sehr schmerzhaft, Koliken, Üblichkeiten und Erbrechen, welche übrigens bald aufhören.

Gewöhnliche Behandlung, Ruhe. Tu . . . nimmt den Dienst nach Verlauf von 8 Tagen wieder auf.

VII. Beobachtung: Reb . . ., junger Soldat, hat am 2. Dezember, als er aufs Pferd aufspringen wollte, einen jähen, sehr heftigen, reißenden Schmerz in der unteren linken Bauchgegend empfunden. Ausstrahlende Schmerzen im linken Schenkel, Koliken. Kein sichtbarer Vorsprung, kein Farbenwechsel auf der Haut. 5 *cm* über dem Schambein, links von der Linea alba, kleiner Tumor von 4—5 *cm*, transversal gestellt und zusammenhängend mit dem Musculus rectus. Lebhafter Schmerz an dieser Stelle, erzeugt durch Palpation, durch Anstrengungen und Hustenstöße. Keine allgemeinen Symptome; sechs Tage Dienstunfähigkeit.

VIII. Beobachtung: Tet . . ., junger Soldat, empfindet am 4. Dezember beim Sprung aufs Pferd einen lebhaften Schmerz in der rechten unteren Bauchgegend und kann die Übung nicht fortsetzen. Keine Veränderung der Haut, kein sichtbarer Vorsprung, kleiner Hämatomtumor, $1\frac{1}{2}$ *cm* über dem Schambein, rechts von der Linea alba und scheinbar zusammenhängend mit dem Musculus rectus. Tet . . . nimmt am zweiten folgenden Tag den Dienst wieder auf, obzwar er immer noch ein bischen leidet; am 15. Dezember tritt der Schmerz in derselben Heftigkeit wie am ersten Tag wieder auf und Tet . . . sieht sich genötigt, wieder in die ärztliche Visite zu kommen. Der Tumor gleicht an Größe dem ersten, dieselben Merkmale und ist sehr schmerzhaft beim Druck. Nach 7 Tagen der Ruhe nimmt Tet . . . seinen Dienst wieder auf und erscheint nicht wieder.

IX. Beobachtung: Kar . . ., junger Soldat, empfindet am 9. Dezember beim Sprung aufs Pferd einen lebhaften Schmerz in der rechten unteren Bauchgegend. Keine allgemeinen Symptome. Kleiner Tumor, 2 *cm* über dem Schambein, rechts von der Linea alba, sehr schmerzhaft bei der Palpation; keine ausstrahlenden Schmerzen. Drei Tage Dienstunfähigkeit.

X. Beobachtung: Lag . . ., junger Soldat, empfindet am 9. Dezember beim Sprung aufs Pferd in der rechten unteren Bauchgegend einen lebhaften Schmerz, der ihn zwingt, die Übung zu unterbrechen. Keine allgemeinen Symptome; gegen die Lenden ausstrahlende Schmerzen.

Hämatom 5—6 *cm* lang und 2—3 *cm* breit, transversal 2 *cm* über dem Schambein liegend, rechts von der Linea alba. Nach sieben Tagen nimmt er den Dienst wieder auf.

XI. Beobachtung: Lec . . ., junger Soldat, empfindet am 10. Dezember beim Sprung aufs Pferd einen stechenden Schmerz in der rechten unteren Bauchgegend. Keine allgemeinen Symptome. Hämatom $2\frac{1}{2}$ *cm* über dem Schambein, rechts von der Linea alba. Nimmt nach 5 Tagen seinen Dienst wieder auf.

XII. Beobachtung: V. . . ., junger Soldat, empfindet am 10. Dezember beim Sprung aufs Pferd einen lebhaften Schmerz in der linken unteren Bauchgegend. Keine allgemeinen Symptome; in dem linken Schenkel ausstrahlende Schmerzen; die Haut des Abdomen unverändert. Hämatom 3 *cm* über dem Schambein, links von der Linea alba, 5tägige Dienstunfähigkeit.

Referate.

A. BLECHER (Brandenburg a. d. H.): **Über den Einfluß des Parademarsches auf die Entstehung der Fußgeschwulst.**

Die Ursache der Fußgeschwulst beim Soldaten ist nach BLECHER („Med. Klinik", 1905, Nr. 13) darin zu suchen, daß dieser — gezwungen durch Marschdisziplin oder bewogen durch eigenes Ehrgefühl — häufig in ermüdetem Zustand weiter marschieren muß. Verf. nimmt an, ausgehend von der viel bestrittenen alten Theorie der drei Stützpunkte des Fußes — Ferse, Köpfchen der ersten und fünften Mittelfußknochen — und von dem Bestehen eines frontalen Mittelfußgewölbes, daß letzteres bei Beginn der Ermüdung seiner Stützmuskeln einsinkt und dann, während der kräftigere Fußabwickler (M. triceps surae) noch weiter arbeitet, die mittleren Mittelfußknochen unter der nun über sie hinweggehenden Körperlast einbrechen oder doch eine Beschädigung der Knochenhaut erleiden, die zur Entzündung führt. Die Ermüdung und damit die Fußgeschwulst muß natürlich bei dem noch nicht genügend trainierten ersten Jahrgange weit häufiger auftreten. Für die Sommermonate mit ihren anstrengenden Märschen bedarf diese Erklärung keiner weiteren Ausführung; während der Ausbildungszeit kann nun nicht ohne weiteres ein bestimmter Dienstzweig für die Entstehung der Fußgeschwulst verantwortlich gemacht werden, da ja eine stete Abwechslung mit von selbst sich ergebenden Ruhepausen dazwischen entsteht. Dagegen ist der junge Soldat, der bisher in seinem Beruf die Muskulatur wenig oder nur einseitig gebraucht hatte, jetzt fast den ganzen Tag in Bewegung, der meist ungewohnte Aufenthalt im Freien und die vielseitige körperliche Tätigkeit erschöpfen rasch seine geringe Ausdauer, kurz es entwickelt sich bei ihm ein Zustand chronischer Ermüdung, der erst nach einigen Wochen der allmählichen Gewöhnung an die veränderte Lebensweise schwindet. In dieser Zeit genügen ganz geringfügige Anstrengungen, um eine Fußgeschwulst herbeizuführen. G.

Oberarzt EWALD STIER (Berlin): **Die Bedeutung der Nerven- und Geisteskrankheiten in der Armee im Lichte der Sanitätsstatistik.**

Die Untersuchungen von STIER („Deutsche militärärztl. Zeitschr.", 1905, Nr. 9) lehren uns, daß die wirkliche Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten in der Armee offenbar viel geringer ist als ihre scheinbare Zunahme und letztere vor allem auf einer besseren Erkennung dieser Krankheiten beruht, daß zweitens die absolute Zahl derjenigen Fälle, welche eine genaue Kenntnis der Neurologie und Psychiatrie vom Militärarzt verlangen, erheblich größer ist als die im Sanitätsberichte ersichtliche Zahl der Zugänge in Gruppe II, daß drittens die Bedeutung dieser Krankheiten durch die schwere Gefährdung des Lebens und der Gesundheit des einzelnen, der wirtschaftlichen Lage und sozialen Stellung der Familie, durch die Gefährdung der Leistungsfähigkeit des Heeres im Kriege und durch die Gefährdung des guten Geistes der Truppe schon im Frieden außerordentlich viel größer ist, als es nach der relativen Zahl der Krankheitszugänge erscheinen könnte, und daß schließlich der Verlust, den die Armee alljährlich im Frieden durch die nervösen Krankheiten erleidet, den Verlust durch andere (Augen-, Ohren-)Krankheiten, deren Kenntnis als notwendig für den Militärarzt längst allgemein anerkannt ist, erheblich übertrifft. Immer weiter gehende Ausbildung aller und spezialistische Durchbildung einzelner Sanitätsoffiziere in diesem Fache dürfte also im Interesse der Armee ein ebenso berechtigter Wunsch sein wie die Zusammenfassung der an diesen Krankheiten Leidenden zu besonderen Abteilungen in großen Lazaretten. L.

Generalarzt VILLARET (Berlin): Körpergröße und Körpergewicht.

Verf. zeigt an der Hand eines großen Materials, daß bei den kleinen Leuten die BROCAsche Formel bereits im militärpflichtigen Alter zutrifft, daß bei der Mittelgröße Minusdifferenzen entstehen, die mit der Durchschnittsgröße wachsen, und zwar — abgesehen von den kleinsten und größten — in fast arithmetischer Progression („Deutsche militärärztl. Zeitschr.", 1905, H. 8). Selbstverständlich kann dieses errechnete Durchschnittskörpergewicht nur einen Anhalt bei der Beurteilung eines Mannes geben. Bei größeren Abweichungen von diesem Gewichte nach unten wird bei der Beurteilung zu berücksichtigen sein: 1. Der Zivilberuf. Leute mit sitzender Lebensweise, also Buchbinder, Sattler, Schriftsetzer, Schneider, Schuhmacher u. dgl., werden oft eine größere Minusdifferenz haben können, ohne unbrauchbar zu sein. Ihr Körpergewicht erhöht sich nach dem Diensteintritte rasch auf die Norm. Umgekehrt ist es bekannt, daß Konditore, Bäcker, Fleischer, Brauer, ferner Kaufleute bei ihrem Eintritt in den Dienst oft überernährt sind, und das um so mehr, je später dieser Eintritt erfolgt; 2. kommt ein ungünstiges Körpergewicht vor bei Leuten, *a)* die vor kurzem eine schwere erschöpfende Krankheit überstanden, *b)* die in gesundheitsgefährlichen Betrieben arbeiten, *c)* die längere Zeit vor dem Diensteintritte brotlos waren.

G.

Literarische Anzeigen.

Sehschärfe- und Refraktionsbestimmungen vom praktischen Standpunkte des Truppenarztes. Von **Doktor Siegfried Beykovsky**, k. k. Regimentsarzt im 15. Landwehr-Infanterieregimente. Wien 1905, J. Šafář.

Die vorliegende kleine Arbeit ist für den Truppenarzt bestimmt, der zwar nicht über entsprechende spezialistische Kenntnisse verfügt, aber doch die Absicht hat, sich ein eigenes Urteil über die Kriegsdiensttauglichkeit seiner Rekruten zu bilden. In 8 Kapiteln hat BEYKOVSKY das für diesen Zweck unbedingt Notwendige kurz zusammengefaßt, dabei alle Untersuchungsmethoden, inklusive Refraktionsbestimmung mittelst Skiaskopie, beschrieben. Auch den Simulationsproben wurde genügende Beachtung gewidmet. Das kleine Heftchen dürfte sich wohl bald die Gunst der Truppenärzte, für welche es ja bestimmt ist, erwerben. Nicht unerwähnt darf der gute Druck und die gute Ausstattung des bekannten medizinischen Verlages bleiben.

BONDY.

Verhandlungen militärärztlicher Vereine.

Aus militärärztlichen Gesellschaften Deutschlands.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse".)

Straßburger militärärztliche Gesellschaft.

LAQUEUR: Über einige neuere Fortschritte auf dem Gebiete der operativen Augenheilkunde.

Die Kataraktextraktion hat seit dem Tode von ALBRECHT v. GRAEFE keine wesentlichen Veränderungen erfahren, aber durch die antiseptische Behandlung und die lokale Anästhesie ganz bedeutend an Sicherheit gewonnen, so daß die totalen Verluste an Augen durch Suppuration auf 1% zurückgegangen sind. Als Fortschritt können wir auch die Erweiterung der Indikationen zur Operation bezeichnen; man braucht oft nicht mehr die Reife des Stares abzuwarten, sondern kann auch halbreife Katarakte bei Personen von 55 Jahren und darüber ohne Anstand extrahieren, eventuell nachdem man die künstliche Reifung durch Massage der Linse herbeigeführt hat. Ferner übt man jetzt in größerem Umfange als früher die Extraktion der Linse in geschlossener Kapsel. Die Iridektomie als optische Pupillenbildung kann man jetzt in Fällen von völligem Pupillenverschluß und totaler Aufhebung der vorderen Kammer ausführen, wenn man nach GAYET und DUFOUR sich durch Einschnitt der Sklera mittelst eines Skarifikateurs einen kleinen Weg in die Vorderkammer bahnt, von dem aus man mit Schere oder Messer einen hinreichend großen Schnitt im Hornhautrande anlegen kann. Von großem Werte ist in Fällen von chronischer Iridochorioiditis mit Pupillenverschluß und Schwartenbildung hinter der Iris bei Aphakie die Iridotomie mittelst der WECKERschen Scherenpinzette. Die Iridektomie ist in solchen Fällen meist technisch unausführbar, weil das Gewebe der Iris zu zerreißlich ist, um gefaßt werden zu können. Die Ptosisoperationen bezwecken entweder eine Verkürzung des Oberlides oder eine Vorlagerung der Sehne des Levator. palp. sup., oder eine Übertragung der Wirkung dieses Muskels auf einen benachbarten Muskel — den Musculus frontalis oder den Rectus superior. Als am meisten brauchbar hat Vortr. die Exzision eines halbmondförmigen Stückes aus dem Tarsus gefunden, aber auch die Herstellung einer narbigen Verbindung zwischen Oberlid und M. frontalis (Methoden von PAGENSTECHER, HESS und PANAS) hat gute Resultate aufzuweisen.

Notizen.

Wien, 23. Dezember 1905.

(Sterblichkeit der Militärärzte im Kriege.) Die Verhältniszahl der Todesfälle während des russisch-türkischen Krieges ist unter den Militärärzten weit größer gewesen als im eigentlichen Kriegsheer, und auch für die anderen Kriege des 19. Jahrhunderts liegen analoge Relationen vor. Während der Freiheitskriege 1813 bis 1815 zählte die preußische Armee 1270 Ärzte, von denen etwa der zehnte Teil getötet oder verwundet wurde. Diese Zahl ist etwa gleich den Verlusten unter den Soldaten. Im französischen Feldzug in Algier 1837 wurde jeder 13. Offizier der Feldarmee getötet, dagegen starb unter den Ärzten jeder 6., so daß also die Sterblichkeit unter den Ärzten mehr als doppelt so groß war. Während des Krimkrieges betrug nach der amtlichen Statistik die Sterblichkeit unter den Ärzten 18·2, jene der Frontoffiziere nur 7·3%. Im letzten russischen Feldzuge starben von 2839 Ärzten 355 oder 12·5%. In der französischen Expedition gegen Mexiko stieg die Sterblichkeit unter den Ärzten sogar auf fast 20%, während die der anderen Offiziere auf etwa 4% blieb. Das einzige Beispiel eines Feldzuges, in dem die Sterblichkeit unter den Frontoffizieren größer war als unter den Sanitätsoffizieren, ist der Krieg von 1870/71, u. zw. in der preußischen Armee.

(Prophylaxe im Aufmarschgebiete eines Armeekorps.) Die diesbezüglichen Maßnahmen erörtert SCHOLZE in der „D. militärärztl. Ztschr." und empfiehlt u. a. die Voraussendung von Sanitätsoffizieren zur Orientierung über Seuchen in der Bevölkerung, Beratung derselben mit den Zivilbehörden, Erkundung durch persönlichen Augenschein über Wasserversorgung, Unterkunft, Nahrungsmittelverkehr etc., sowie über ansteckende Krankheiten möglichst unter Zuziehung der behandelnden Ärzte, Eintragung verseuchter Häuser und Brunnen in Ortskizzen, Zurückbleiben infizierter Truppenteile in ihren Garnisonen, genaue Untersuchung aller aus Seuchengegenden Kommenden. Wichtig ist die baldigste Rückbeförderung aller Seuchenkranken.

(Ernennung.) Stabsarzt Dr. LEOPOLD BIBER, Chefarzt der Kavallerie-Truppendivision in Lemberg, ist zum Chefarzt des Kriegshafenkommandos in Cattaro ernannt worden.

(Der Regimentsarzt.) Ein lustiges Epos und ein lustig Büchlein, seinen lieben Kameraden gewidmet von dem ungenannt sein wollenden Verfasser. (Verlag von C. W. Stern, Wien.) Die schelmischen Züge des Helden auf dem Titelblatte finden in den humorvollen Versen einen entsprechenden sprachlichen Ausdruck. Unser Autor hat seinen „Busch" recht fleißig gelesen und gar glatt und fein fließen ihm die Verse aus der Feder. Wer wie unser poetischer Kamerad in ärgerlichen Situationen dem lachenden Philosophen gleich die Worte findet: „Was kann da der Arzt wohl machen? Meist es ihn nicht viel geniert", der hat damit allein seine Frohnatur bewiesen. Das humoristische Epos und seine Illustrationen sind trefflich geeignet, dem Leser ein heiteres Stündlein zu bereiten.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg, Wien, I., Maximilianstraße 4. — Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

1904, also etwas über $2^1/_2$ Monate nach der ersten Entlassung, kam Pat. mit Papulae disp. capillitii et angina specifica wieder ins Spital, wo er bis zum am 6. März 1904 erfolgten Schwunde der Erscheinungen verblieb. Diesmal erhielt er neben $3^0/_0$iger weißer Präzipitatsalbe auf die Kopfhaut 36 Protojoduretpulver zu 0·03 pro dosi zu 3 Pulver den Tag. Seither ist der Kranke nicht wieder erschienen.

VIII. V. C., 28 Jahre alter Bauunternehmer, wurde am 20. November 1903 mit Sclerosis initialis praeputii et lymphadenitis inguinalis ambilateralis indolens in Behandlung übernommen. Die Infektion soll 4 Wochen vor der Spitalsaufnahme erfolgt sein, das Geschwür bestand seit 10 Tagen. Nach 6 Merkuriolöleinspritzungen zu $1^1/_2$ Teilstrichen war die Sklerose geschwunden und wurde der Patient am 16. Dezember 1903 mit der Weisung, sich weiters noch der ärztlichen Beobachtung zu unterziehen, als derzeit geheilt entlassen. Tatsächlich erschien er im Laufe der nächsten Wochen jeden 8.—10. Tag in meiner Ordination und konstatierte ich bei ihm am 10. März 1904, d. i. nahezu 3 Monate später, ein disseminiertes, papulöses Exanthem des Brustkorbes und der Kopfhaut. Tags darauf wurde Pat. im Spitale aufgenommen, wo er bis zum 8. April 1904, d. i. bis zum gänzlichen Schwunde des Ausschlages verblieb. Auch diesmal erhielt der Kranke 6 Merkuriolölinjektionen. Seither untersuchte ich den Patienten jede 2—3 Wochen, habe aber bei ihm keine weiteren Lueserscheinungen finden können.

IX. Gj. L., 23 Jahre alt, Landmann, wurde am 22. November 1903 mit Sclerosis initialis ad orificium extern. urethrae, welche seit ungefähr 2 Wochen bestand, ins Spitale aufgenommen. Über die Dauer der Infektion weiß der Patient keine Auskunft zu geben, nach dem Aussehen des Primäraffektes und dem Verhalten der inguinalen Lymphdrüsen wurde die Dauer der Krankheit, vom Zeitpunkte der Infektion gerechnet, auf etwa 6 Wochen geschätzt. Bis zum 18. Dezember 1903, d. i. bis zu dem Tage, an welchem der Patient nach Heilung des Primäraffektes aus dem Spitale entlassen wurde, erhielt er 6 Merkuriolölinjektionen zu $1^1/_2$ Teilstrichen der LANGschen Spritze. Während des Spitalsaufenthaltes sind keine Allgemeinerscheinungen der Syphilis aufgetreten. Am 22. Mai 1904, also etwas über 5 Monate nach der ersten Entlassung, wurde Pat. mit Condylomata lata ad genitale, cutem scroti ad anum et labium super. oris wieder in Spitalsbehandlung übernommen. Diese Erscheinungen schwanden nach 5 Merkurialölinjektionen innerhalb 3 Wochen und wurde der Patient am 12. Juni 1904 als dermalen geheilt wieder entlassen. Seit dieser Zeit ist der Patient nicht wieder erschienen.

X. C. F., 28 Jahre alt, Maurer in Sarajevo, wurde am 23. Januar 1904 mit Sclerosis initialis in sulco coronario et polyadenitis inguinalis et cubitalis indolens in Spitalsbehandlung übernommen. Infektion angeblich Mitte Dezember. Bestand des Geschwüres seit 2 Wochen. Nach 5 Merkuriolölinjektionen zu $1^1/_2$ Teilstrichen der LANGschen Spritze war die Sklerose bis auf eine geringe Derbheit geschwunden; die Inguinaldrüsen waren deutlich kleiner als zurzeit der Aufnahme. Den 20. Februar wurde der Patient als derzeit geheilt entlassen. Während des Spitalsaufenthaltes sind keine Allgemeinerscheinungen aufgetreten. — Durch die folgenden 3 Monate erschien der Patient jeden Sonntag im Ambulatorium, um sich untersuchen zu lassen, doch konnte während dieser Zeit keine Erscheinung der allgemeinen Syphilis gefunden werden. Von Ende Mai bis Mitte August 1904 ist Patient weggeblieben. Am 16. August erschien er wieder und man konstatierte bei demselben Syphilis maculosa dispersa cutis trunci et condylomata lata ad genitale et cutem scroti. Bei entsprechender Lokalbehandlung und nach 4 Merkuriolölinjektionen schwanden sämtliche Erscheinungen innerhalb 18 Tagen, so daß der Patient bereits am 4. September 1904 wieder als zeitweilig geheilt entlassen werden konnte. Bis gegen Ende des Jahres 1904 ist Pat. wiederholt behufs ärztlicher Untersuchung im Ambulatorium erschienen, doch wurde bis dahin kein weiteres Rezidiv konstatiert. Im Jahre 1905 hat sich der Patient nicht mehr gezeigt.

XI. J. S., 21 Jahre alt, Fabriksarbeiter in Sarajevo, infizierte sich angeblich in der letzten Februarwoche 1904 und bemerkte den 10. März zum ersten Male die Wunde am Gliede. Den 16. März 1904 wurde er mit der Diagnose Sclerosis initialis ad labium internum praeputii et polyadenitis inguinalis et cubitalis indolens ins Spital aufgenommen. Nach 3 Merkuriolölinjektionen überharbte der Primäraffekt vollständig und wurde der Patient am 5. April entlassen, ohne daß bei ihm während des Spitalsaufenthaltes irgendwelche Allgemeinerscheinungen aufgetreten wären. Nach ungefähr 2 Monaten, u. zw. am 4. Juni wurde Pat. mit Condylomata lata labior. oris et ad fauces das zweitemal in Spitalsbehandlung übernommen. Diesmal erhielt er 5 Merkuriolölinjektionen und konnte bereits am 25. Juni, nachdem die floriden Lueserscheinungen geschwunden waren, als zeitweilig geheilt entlassen werden. Über den weiteren Krankheitsverlauf kann nicht berichtet werden, da Pat. seither nicht mehr im Spitale erschienen ist.

XII. J. P., 25 Jahre alt, Kaufmann in Sarajevo, infizierte sich am 10. Juni 1904; den 6. Juli erschien er in meiner Privatordination. Bei dieser Gelegenheit konstatierte ich drei Sklerosen am Genitale, von denen zwei am Penisschaft saßen und die dritte die vordere Harnröhrenmündung einnahm. Die inguinalen Lymphdrüsen waren beiderseits geschwellt bis dattelkerngroß, hart und etwas druckempfindlich. Da sich der Patient zu Hause nicht behandeln lassen konnte, riet ich ihm ins Spital zu gehen. Tatsächlich ließ er sich bereits am 7. Juli 1904 daselbst aufnehmen. Bis zum 31. Juli, d. i. bis zum Tage der Entlassung, erhielt Pat. 6 Merkuriolölinjektionen. Im Verlaufe der Behandlung übernarbten und erweichten die Sklerosen, die geschwellten Drüsen verkleinerten sich. Während des Spitalsaufenthaltes sind bei dem Patienten keinerlei Allgemeinerscheinungen aufgetreten. — Nach dem Entlassen aus dem Spitale stand Pat. durch volle 4 Monate unter meiner Beobachtung; ich untersuchte ihn jeden 10.—14. Tag und war der Befund stets ein negativer. Den 12. Januar 1905, d. i. über 5 Monate vom Zeitpunkte der Spitalsentlassung, erschien er wieder bei mir, und nun fand ich ein annuläres makulöses Exanthem an den seitlichen Thoraxpartien und orbikuläre Syphilide an der Haut des Penis und des Skrotum. Den 13. Januar 1905 habe ich den Patienten das zweitemal in Spitalsbehandlung übernommen, wo er bis zum 14. Februar 1905 verblieb. Während dieser Zeit erhielt er in neun variabel dosierten Injektionen 22 *cg* Sublimat. Die Erscheinungen der Lues schwanden vollständig und wurde Pat. am letztbezeichneten Tage als zeitweilig geheilt entlassen. Seither sind bei dem Kranken, der in meiner Beobachtung steht, keine weiteren Luessymptome aufgetreten.

XIII. J. B., 27jähriger Kaufmann aus M., wurde am 29. Oktober 1904 mit Scleroses initiales ad genitale No. duo et lymphadenitis inguinal. dextra in Spitalsbehandlung übernommen. Die Infektion erfolgte Ende September, die Geschwüre bestanden zurzeit der Aufnahme seit 14 bzw. 16 Tagen. Während des Spitalaufenthaltes erhielt der Patient 7 Merkuriolölinjektionen. Nach der zweiten und fünften Injektion trat unter Temperatursteigerung bis 39·2° C Erythema mercuriale scarlatiniforme auf, welches nach 48 Stunden wieder geschwunden ist. Allgemeinerscheinungen der Syphilis haben sich nicht gezeigt. Den 28. November 1904 wurde Pat. nach Heilung der Sklerosen, an deren Stelle nur eine geringe Derbheit zurückgeblieben war, als derzeit geheilt nach Hause entlassen. — Zwischen dem 28. November 1904 und dem 29. Mai 1905, d. i. dem Tage der zweiten Spitalsaufnahme, habe ich den Patienten sechsmal eingehend untersucht und erst am letztgenannten Tage, d. i. volle 6 Monate nach der Spitalsentlassung, fand ich bei ihm Condyloma latum ad labium inf. oris et ad mucosam genae sinitrae als erstes Zeichen der Allgemeinerkrankung. Diesmal erhielt Pat. im Spitale neuerdings 5 Merkuriolinjektionen und wurde nach Beseitigung der floriden Luessymptome am 16. Juni 1905 als zeitweise geheilt entlassen. Seither habe ich den Patienten zweimal untersucht, ohne irgendwelche Lueserscheinungen gefunden zu haben.

Die Frühbehandlung mit Merkuriolölinjektionen hat in den sieben obigen Fällen zunächst ergeben, daß das Auftreten der ersten Allgemeinerscheinungen um ungefähr $3^1/_2$ bis 8 Monate vom Tage der Infektion und um $2^1/_2$ bis 6 Monate vom Tage des Kurabschlusses gerechnet hinausgeschoben wurde. Weiters sehen wir, daß die Allgemeinerscheinungen in vier

Fällen als mehr minder spärliche makulöse bzw. papulöse oder orbikuläre Syphilide, entweder allein oder in Verbindung mit nässenden Papeln und in drei Fällen nur als nässende Papeln aufgetreten sind. Schließlich ist zu erwähnen, daß die Behandlung dieser Symptome nur einen Zeitraum von 18 (Fall 7, 10 und 13) bis 31 Tagen (Fall 12) in Anspruch nahm, wobei der Merkurverbrauch ein ganz mäßiger war.

Welchen Verlauf die Krankheit bei den 13 Patienten, deren Krankengeschichten oben mitgeteilt wurden, in Zukunft nehmen wird, weiß ich natürlich nicht; bis jetzt ist er aber sicherlich nicht schwerer als bei der Mehrzahl der Syphilitiker überhaupt. Erwähnenswert ist jedenfalls, daß von diesen Kranken, welche in Anbetracht ihrer Verhältnisse bei der Behandlung des Leidens auf meine Abteilung angewiesen sind, bisher nur ein einziger mit einem Rezidiv zur Aufnahme gelangt ist. Es wäre vielleicht zu gewagt, behaupten zu wollen, daß bei den 12 anderen Kranken überhaupt kein Rezidiv aufgetreten sei. Jedenfalls mußte dasselbe aber derart flüchtiger Natur und so unbedeutend gewesen sein, daß es die über den Verlauf und die Erscheinungen der Syphilis eingehend belehrten Patienten nicht veranlaßt hat, das Krankenhaus wieder aufzusuchen.

Über die zwei Kranken endlich, von denen der eine mit Kalomeloleinreibungen und der zweite mit Protojoduret-Quecksilberpulvern vor dem Auftreten sekundärer Erscheinungen behandelt wurde, bin ich nicht in der Lage, nähere Mitteilungen zu machen, da sie sich nach der Heilung des Primäraffektes im Spitale nicht wieder gezeigt haben.

Zur Behandlung rheumatischer Affektionen.

Von **Dr. Max Wollner**, Kreisarzt in Zurany.

Seit die neuere Therapie das alte Rüstzeug gegen rheumatische Affektionen, die verschiedenen „Einreibungen und Linimente" (Opodeldoc etc.), in die Rumpelkammer geworfen hat, hat man sich gewöhnt, derartige Affektionen nur durch interne Mittel sowie durch Massage, Wärme etc., zu behandeln. Dem praktischen Landarzt stehen aber die modernen therapeutischen Hilfsmittel der großen Städte, Anstalten für Heißluftbehandlung, Lichtbäder, Schlammbäder etc. nicht zur Verfügung, so daß eigentlich nur die interne Behandlung übrig blieb. Erst in neuerer Zeit sind auch wieder äußerlich anzuwendende Präparate in den Arzneischatz eingeführt worden, welche gewissermaßen eine Ehrenrettung der alten Einreibungen vorstellen. Unter diesen äußerlich anzuwendenden Antirheumaticis hat insbesondere das Mesotan sich sehr rasch, und ich glaube allgemeinen Eingang zu verschaffen gewußt.

Bekanntlich ist das Mesotan ein Salizylsäureester, und zwar Methoxymethylsalizylsäureester. Es bildet eine Flüssigkeit von nicht unangenehmem, aromatischem Geruch und läßt sich mit Ölen, Vasogen, Vaselin gut mischen. Das Mesotan wird durch die Haut gut resorbiert und spaltet dann Salizylsäure ab. Hierauf beruht die rasche schmerzstillende Wirkung.

Angeregt durch einige Mitteilungen der „Wiener Med. Presse" habe auch ich, und zwar zuerst bei einer Fabriksarbeiterin Mesotan mit gleichen Teilen Olivenöl gegen eine Omarthritis exsudativa l. s. angewendet. Vorhergehend hatte die Frau durch 6 Wochen infolge einer äußerst schweren Influenza, mit Pneumonie kompliziert, eine große Menge verschiedener Medikamente genommen, so daß ich bei dieser Omarthritis gegen interne Medikation auf einen energischen Widerstand stieß. Am 14. April l. J. bekam die Frau die erste Einpinselung, täglich dreimal nach Vorschrift. Bis zum fünften Tage verbrauchte Patientin 30 *g* Mesotan ohne jedes innere Medikament und das faustgroße Exsudat ist bis auf ein geringes Minimum verschwunden.

Der zweite Fall, den ich hierauf in Behandlung nahm, betraf mich selber. Seit 10 Jahren, seitdem ich meine landärztliche Tätigkeit ausübe, peinigt mich, vorwiegend im Frühjahre, mein chronisches Rheuma, und zwar in der linken Hüfte, der rechten Schulter, im rechten Handgelenke und in der rechten großen Zehe. Schwefelbäder, heiße Bäder, kalte Bäder, Massage, Turnen, Salizyl intern, Jodkali, alles habe ich schon versucht, doch nur mit vorübergehendem Erfolge. Am 27. April d. J. bekam ich eine Probesendung des Mesotans aa. mit Olivenöl. Die beigelegte Gebrauchsanweisung warnt strengstens vor energischer Einreibung des Mittels, da leicht Ekzeme entstehen. Gerade deshalb wollte ich mich von der Gefährlichkeit der energischen Einreibung persönlich überzeugen. Bis zum 5. Mai habe ich abwechselnd auf den obgenannten kranken Stellen 40 *g* der Olivenölmischung sehr energisch eingerieben, 80—90mal täglich massiert und kaum eine Hyperämie der Epidermis erzielt. Bei der großen Zehe hingegen war es anders. Nach der energischen Einreibung entstand zuerst ein angenehmes Wärmegefühl an der Stelle der bisherigen tiefsitzenden Schmerzen, und als ich dann meinen Fuß bekleidete und naturgemäß durch das Herumgehen auf der Fußsohle und zwischen den Zehen eine gelinde Schweißsekretion entstand, empfand ich an der eingeriebenen Stelle ein recht intensives Brennen. Dieses mahnte mich zur Vorsicht. Auf eine leicht schwitzende Stelle soll daher die Mesotanmischung bloß aufgepinselt werden. Nach meiner Erfahrung soll man Mesotan gleich einer Inunktionskur anwenden, natürlich muß aber dabei strengstens individualisiert werden. An Stelle von Olivenöl kann man zur Mischung mit Mesotan auch Vasogen oder Vaselin benutzen. Immer muß aber die erste Einreibung vorsichtig vorgenommen werden, um bei eventuell starker Reizbarkeit der Haut rechtzeitig aufzuhören.

Bis heute habe ich in 14 verschiedenen Fällen von rheumatischen Zuständen Mesotan verwendet. Ich kann nur sagen, daß ich sowohl für meine Person als auch im Interesse meiner Patienten das Mittel jetzt nur sehr ungern missen möchte. Die prompt eintretende Wirkung und heilende Kraft des Mesotans hat sowohl mir als auch meinen Patienten über manche unangenehme schmerzhafte Attacken hinweggeholfen.

Sowohl bei akuten und chronischen als auch bei subakuten Rheumatosen habe ich die schönsten Erfolge erzielt; speziell bei Lumbago war jedes andere interne Medikament überflüssig; bei den anderen Fällen jedoch konnte von der internen Medikatien nicht Umgang genommen werden. Ich kombiniere in solchen Fällen die Mesotanbehandlung mit der internen Darreichung von Aspirin in den Originaltabletten. Gegenwärtig habe ich Mesotan immer in Vorrat, um es bei der geringsten Mahnung an meine Schmerzen sofort anzuwenden. Einige Tropfen der Mischung, tüchtig eingerieben, verschaffen mir momentan Ruhe vor dem alten Feinde.

Ich kann also das Mesotan auf Grund meiner Erfahrungen als prompt wirkendes Antirheumatikum nur bestens empfehlen. Da, wo es sich wirklich um rheumatische Affektionen handelt, wird es immer zum mindesten schmerzstillend wirken.

Referate.

CHALUPECKY (Prag): Über Augensymptome bei traumatischer Neurose.

CHALUPECKY teilt in einer ausführlichen, die einschlägige Literatur berücksichtigenden Publikation („Revue v neurologii, psychiatrii, fysikálé d diaetetické therapii") 15 Fälle von traumatischer Neurose mit Augensymptomen mit. Auf Grund seiner Arbeit kommt CHALUPECKY zu folgenden Schlußsätzen: 1. Das konstante Symptom war die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, welche in einem Falle den PARINAUDschen Typus darbot, d. h. das Gesichtsfeld war für Weiß mehr eingeschränkt als für die anderen Farben. 2. Die Unempfindlichkeit der Hornhaut und der Konjunktiva war nicht so häufig, wie gewöhnlich angeführt wird. 3. Die Funktionsanomalien

der Augenmuskeln lassen sich als krampfartige Störungen ganz gut erklären und man braucht nicht erst dieselben als Lähmungen anzusehen. Auch die in einem Falle beobachtete Miosis kann vielleicht als Krampf des Schließmuskels der Regenbogenhaut aufgefaßt werden. 4. Farbensinnstörungen, welche in zwei Fällen als partielle Farbenblindheit zur Beobachtung gelangten, sind gewöhnlich mit Amblyopie, mitunter auch mit Hemeralopie vergesellschaftet; die Ursachen dürften im peripheren Sehapparate, im Nervus opticus und in der Netzhaut zu suchen sein. 5. Von großer praktischer Bedeutung sind jene Fälle von traumatischer Neurose, bei welchen ein Auge z. B. infolge eines Unfalles entweder blind oder vollständig fehlend ist, während am anderen Auge Amblyopie besteht. In solchen Fällen muß zunächst die Möglichkeit des Bestehens einer sympathischen Entzündung ausgeschlossen werden. 6. Der Verlauf aller Arten von traumatischer Neurose ist stets ein chronischer, mitunter mit zeitweiligen Verschlimmerungen kompliziert; die Augensymptome bessern sich oder verschwinden auch vollkommen mit gleichzeitiger Besserung des Allgemeinzustandes. 7. Die Prognose ist stets ernst zu stellen. Was die Behandlung anbelangt, ist physische und moralische Ruhe von größter Bedeutung. BONDI.

LINDSTRÖM (Gefle): **Ein Fall von rechtseitigem Chylothorax infolge Zerreißung des Ductus thoracicus.**

Ein 28jähriger Arbeiter fiel zwischen zwei Bretterhaufen und zog sich eine Fraktur der achten linken Rippe nahe dem Angulus zu. Gleichzeitig bildete sich eine Dämpfung der rechten Thoraxseite und heftige Atembeschwerden, die eine Thoraxpunktion notwendig machten. Es wurden 1500 cm^3 Flüssigkeit entleert, deren Untersuchung die Diagnose Hämo-Chylothorax bestätigte. Die Flüssigkeit sammelte sich aber wieder schnell an, so daß fast jeden Tag eine Punktion gemacht werden mußte; im Laufe einer Woche wurden $11^1/_2$ *l* chylöser Flüssigkeit entleert. Da der Patient an Körpergewicht sehr rasch abnahm, entschloß sich Verf. zu einem operativen Vorgehen; er resezierte die 9. und 10. Rippe und beabsichtigte, den zerrissenen Ductus thoracicus zu nähen („Nord. med. Arch.", Bd. 37). Da der Patient kollabierte, wurde die Naht unterlassen und statt dessen die Stelle, wo der Riß in der Pleura war, tamponiert. Der Patient starb unter heftigen Atembeschwerden in der Nacht. Die vom Verf. beschriebene Verletzung ist sehr selten; die Prognose ist nicht sehr schlecht. Die Fälle aus der Literatur beweisen, daß der Riß im Ductus thoracicus auch heilen kann, wenn der Druck in demselben nicht zu groß ist. Bei der Behandlung ist es daher wichtig, den intrathorazischen Druck nicht zu sehr herabzusetzen und nicht unnötigerweise Thorakozentesen zu machen, sondern erst, wenn schwere Atembeschwerden sich einstellen. ERDHEIM.

KÜSTER (Marburg): **Ein Fall von örtlichem Tetanus.**

Verf. teilt einen sehr interessanten Fall von lokalem Tetanus mit, der auch für die Erklärung des Verlaufes dieser Krankheit von wichtiger Bedeutung ist. Es handelte sich um einen 36jährigen Mann, der sich schon früher zweimal mit Tetanusgift infiziert hatte und mit Antitoxininjektionen geheilt wurde. Diesmal erfolgte die Infektion dadurch, daß dem Patienten ein mit virulenter Tetanuskultur gefüllter Kolben in der Hand zerbrach. Die Glasscherben erzeugten mehrere Schnittwunden, über welche die Flüssigkeit hinweglief. Auswaschen der Wunden mit Antitoxin und Injektion von Antitoxin. 6 Tage darauf traten Schmerzen, dann Muskelspannungen im Arme, schließlich Muskelstarre am Arm, Nacken, Hals und auch in den Kaumuskeln auf. Verf. entschloß sich in diesem Stadium, das Achselnervengeflecht bloßzulegen und in die einzelnen Nervenstämme Antitoxin einzuspritzen, so daß die Nerven aufquollen; auch einzelne Zervikalnerven wurden mit Antitoxin versorgt. Einige Stunden darauf trat ziemlich plötzlich eine vollständige Änderung im Krankheitsbilde ein, es verschwand die schmerzhafte Muskelstarre und nach einer noch länger dauernden Myositis trat endlich Heilung ein. Verf. gibt für den Verlauf folgende Erklärung („Arch. f. klin. Chir.", Bd. 77, H. 2): Das von den Endapparaten der peripheren Nerven aufgesogene Gift wird innerhalb 6 Tagen bis ins Rückenmark fortgeschwemmt; jetzt beginnen die Muskelkrämpfe. Die Absperrung erneuter Zufuhr durch die Achsenzylinder infolge Füllung der Nervenscheide mit Antitoxin bewirkt sofortiges Nachlassen der Erscheinungen. Die Gefahr liegt also in dem beständigen Nachschub auf dem Wege der Achsenzylinder. Es wird sich daher für die Zukunft empfehlen, bei bekannter Eingangspforte (traumatischer Tetanus) erstens die Eingangspforte entsprechend zu behandeln und dann durch Bloßlegen der Nervenstämme (möglichst zentralwärts) und Überschwemmen der Nerven mit Antitoxin die weitere Zufuhr des Giftes zum Rückenmark zu verhindern.

ERDHEIM.

FLATOW (Berlin): **Acidol, ein Ersatz für Salzsäure in fester Form.**

Acidol, mit seinem chemischen Namen Betainchlorhydrat, wird aus der Melasse, dem Rückstande bei der Zuckerfabrikation (aus Rüben) gewonnen und in Pulverform sowie in Pastillen von $^1/_2$ und 1 *g* dosiert abgegeben. Es bildet („Deutsche medizinische Wochenschrift", 1905, Nr. 44) farblose Kristalle, die in Wasser äußerst leicht, in Alkohol weniger löslich sind. Es ist unzersetzt haltbar und gibt weder beim Liegen an der Luft noch beim Erwärmen im trockenen Zustande Salzsäure ab. Die im Acidol enthaltene organische Base, das Betain, ist völlig indifferent. Die Acidolpastillen sind nur schwach komprimiert und lösen sich daher spielend leicht in Wasser. Etwa ein Drittel Weinglas genügt für eine vollständig. Da das Präparat in konzentrierter Form ätzend wirkt, so wurde es nur in der wässerigen Lösung verabreicht. Der Geschmack des gelösten Salzes ist ein etwas angenehmerer, mehr fruchtsäureähnlicher als der der Salzsäure. Die Wirkung des Mittels war vollständig dieselbe wie die der Salzsäure, bei vielen Fällen von mangelnder Säurebildung eine sehr bedeutende, heilende und durch nichts anderes zu ersetzende. Ganz besonders zu empfehlen ist es für Fälle von nervöser Sub- oder Anazidität. Die Frage der Dosierung wurde genau geprüft und es stellte sich heraus, daß den gebräuchlichen kleineren Dosen von fünf Tropfen Acid. hydrochloric. pur. $^1/_2$ *g* Acidol, den größeren von etwa acht Tropfen 1 *g* Acidol, also einem halben Gramm Salzsäure, die doppelte Dosis Acidol entspricht. Acidol-Pepsinmischungen, selbst mit viel höherem Salzsäuregehalt, als er in den mit wässeriger Salzsäure hergestellten Präparaten überhaupt zu erreichen war, zeigen noch nach Jahresfrist die gleiche verdauende Wirkung wie zur Zeit der Anfertigung und sind im Aussehen kaum geändert, während gleichzeitig nach demselben Rezept mit wässeriger Salzsäure hergestellte Präparate sich unter Schwarzfärbung vollständig zersetzt haben. Die guten, mit Acidol erzielten Resultate scheinen um so erfreulicher, als die bisherigen Versuche, Ersatzmittel für Salzsäure zu schaffen, durchaus keinen Erfolg hatten. L.

AUDRY (Paris): **Gonococcie métastatique de la peau (Angiodermite suppurée à gonocoques).**

Der Autor beschreibt („Annales de dermatol. et de syphil.", Juni 1905, pag. 544) eine Gonokokkensepsis bei einem 19jährigen Kellner; bei der Aufnahme in die Poliklinik bestand eine hochgradige Urethritis totalis mit positivem Gonokokkenbefund, gleichzeitig Arthritiden, und zwar im rechten Sternoklavikulargelenk, in den zervikalen Wirbelgelenken und eine beginnende im ersten Interphalangealgelenk der rechten kleinen Zehe; auffällig war ein ausgebreitetes skarlatiniformes Exanthem. Mit dem Rückgang der Urethritis unter Lokalbehandlung ging auch das Exanthem zurück, dafür blieben an einzelnen Stellen, und zwar dort, wo Knochen und Haut einander näher liegen, wie an den Knien, am rechten Ellbogengelenk und an der inneren Fläche der rechten kleinen Zehe blaurote Schwellungen zurück, ganz ähnlich den Effloreszenzen eines polymorphen Erythems. Eine solche erythematöse Effloreszenz am Knie wurde histologisch untersucht; es fand sich ein dichtes Infiltrat um die Gefäße und deutliche Gonokokken in den auswandernden polynukleären Leukozyten intraleukozytär gelagert. Alle Erscheinungen schwanden allmählich, bis an den sich immer schärfer und höher vorwölbenden Knoten an der Innenfläche der rechten kleinen Zehe. Es kam zur Fluktuation, zur Bildung kleiner Eiterpusteln. Bei der Inzision kam man auf den vom Periost entblößten Knochen. Im Eiter fanden sich reichlich typische Gonokokken, ebenso in den Schnitten vom

Gewebe der Wand des Abszesses angefertigt, konnte der Autor gramnegative, intrazellulär gelagerte Kokken nachweisen. Die Gonokokkenseptikämie kann die Haut in Form von Erythemen, von Abszessen (PAULSEN), von subkutanen Abszessen, besonders an den Fingern (SAHLI, LANG, PALTAUF), und Panaritien befallen. K. F.

LEWINSOHN (St. Petersburg): **Beitrag zur Anwendung der Lichttherapie (Glühlämpchen) bei Erkrankungen des Kehlkopfes.**

LEWINSOHN hat die Lichttherapie in 15 Fällen aus der Abteilung für Ohrenkrankheiten des Prof. W. N. OKUNJEW angewendet („Wratschebnaja Gazetta", 1905, Nr. 23), und zwar durchwegs die violetten Lämpchen von PHILIPS von 50 Kerzen Lichtstärke. Die Lämpchen hatten einen tiefen Reflektor von 12 *cm* im Durchmesser, so daß die Strahlen die vordere Oberfläche des Halses gleichsam bespülten. Die Lampe wurde in einer solchen Entfernung vom Halse gehalten, daß der Patient keine besonders starke Wärme empfand und an der Haut nach der Sitzung bis auf leichte und rasch vorübergehende Rötung keine Reizerscheinungen zurückblieben. Die Sitzungen fanden zunächst täglich, dann einen Tag um den anderen statt. Das Material LEWINSOHNs umfaßt: 2 Fälle von Laryngitis acuta, 5 Fälle von Laryngitis chronica, 2 Fälle von beginnender Kehlkopftuberkulose, 2 Fälle von ulzeröser Tuberkulose des Kehlkopfes, 1 Fall von Lupus laryngis, 1 Fall von Papillomata laryngis, 1 Fall von Paralysis N. laryngei infer. sinistri (infolge von Aortenaneurysma) und 1 Fall von Szirrhus der Zunge. Auf Grund seiner Beobachtungen ist Verf. zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Die mittelst Glühlämpchen ausgeübte Phototherapie beeinflußt in günstiger Weise akute sowohl wie chronische katarrhalische Erkrankungen des Kehlkopfes. 2. Sie steigert den Tonus der Kehlkopfmuskulatur und beeinflußt anscheinend in günstiger Weise die Ernährung der Gewebe des Kehlkopfes. 3. Die Phototherapie kann als wertvolles und wenig lästiges Hilfsmittel bei der Behandlung der Kehlkopftuberkulose im Anfangsstadium in Betracht kommen. 4. Auf ulzeröse Formen von Kehlkopftuberkulose mit stark entwickelter Perichondritis übt die Phototherapie keinen Einfluß aus und vermag auch nicht die Dysphagie zu beseitigen. 5. In vielen Fällen führt die Phototherapie eine auffallende Besserung des subjektiven Befindens des Patienten herbei. 6. In Anbetracht ihrer tonisierenden Wirkung auf die Kehlkopfmuskulatur kann die Phototherapie gewaltige Dienste bei der Behandlung von Personen leisten, deren Beruf eine Überanstrengung der Stimme erfordert (Sänger, Redner usw.). L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Über **Eiweißverdauung im menschlichen Magen** hat ROSENBERG („Zeitschr. f. klin. Med.", Bd. 56) Versuche angestellt. Das Minimum, 13%, ergab sich bei anazider Gastritis. Für atonischen und ektatischen Magen wurden durchschnittlich 26%, für Hyperazidität 18% gelöstes Eiweiß gefunden. Die höchsten Werte kommen bei Subazidität, die geringsten bei Superazidität vor, bei welcher übrigens der Grad der Superazidität selbst nicht ins Gewicht zu fallen scheint. Bei Achylie sind Werte bis zu 40%, bei Karzinom bis zu 55% zu beobachten; es ist also „ein Ding der Unmöglichkeit", auf die Gesamtmenge der gelösten Produkte Diagnosen aufzubauen. Doch bietet wieder die Betrachtung des Reststickstoffes, der bei Karzinom bis zu 51% vom gesamten in Lösung gegangenen Eiweiß ausmachen kann, Anhaltspunkte; es folgen Superazidität mit 39%, normaler Magen mit 30, Gastritis chronica mit 28, Achylie mit 27%. Je höher die Azidität, um so mehr Stickstoff überschreitet die Albumosengrenze als Ausdruck weiter gehender Spaltung des gelösten Eiweißes. Jedenfalls leistet die Magenverdauung in vivo wesentlich mehr und dies in viel kürzerer Zeit als der künstliche Verdauungsversuch.

— Über **Radiotherapie und Karzinom** berichten GAUTHIER und DUROUX („Arch. prov. d. chir.", 1905, Nr. 8). Verff. fanden folgendes: Gewisse Varietäten von Hautkarzinom, besonders die Epitheliome des Gesichts und vor allem der Nase, werden sicher durch Radiotherapie geheilt, bei anderen Karzinomen werden Entzündungserscheinungen, Schmerzen, Eiterung, Adhärenzen gemildert. Epitheliome der Unterlippe zeigten gar keine Besserung, jene von Zunge, Kehlkopf, Rachen und die Kieferkarzinome keine besondere Besserung, bei den Drüsentumoren des Halses zeigte sich nur insofern eine Veränderung, als die Adhäsionen sich lösten und die Operation dadurch erleichtert wurde. Was die Behandlung des Brust-, Magen-, Gebärmutterkrebses betrifft, so haben Verff. nur in wenigen Fällen mit der Radiotherapie Besserung in bezug auf Blutung, Schmerzen, Verwachsungen, niemals Heilung erzielt, jedoch einmal Krebsintoxikation erlebt; auf diese Gefahr durch Resorption der Krebselemente muß man vorbereitet sein. Die Radiotherapie ist also bei den langsam wachsenden Formen von Hautepitheliom, die durch das Messer nur unter großem Substanzverlust abgetragen werden können, ferner bei alten Leuten und schließlich bei Kranken, welche kontinuierlich 2—3 Monate lang in Behandlung bleiben können, angezeigt.

— Über den Zickzackschnitt bei der **Appendizitisoperation** berichtet RIEDEL („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 38). Dieser Schnitt durchtrennt die Haut $1^1/_2$ *cm* oberhalb des Leistenbands und die einzelnen Bauchmuskeln in ihrer Faserrichtung, unter sorgfältiger Schonung der benachbarten Nerven (Ileohypogastrikus, Ileoinguinalis, Interkostalis XII). Der Schnitt gibt sehr gut Raum, ist übrigens leicht verlängerungsfähig und soll ein Rezidiv mit Sicherheit vermeiden lassen. RIEDEL hat den Schnitt in etwa 706 Fällen angewandt, früher nur bei nichteitriger, später auch bei eitriger Appendizitis; er genügt sogar zur Spülung eines serös-eitrigen Exsudats. Nur bei putridem Exsudat ist ein medianer, resp. auch noch ein linkseitiger Flankenschnitt hinzuzufügen. Findet sich ein Infiltrat mit eitrigem Kern, so läßt RIEDEL ein etwaiges freies Exsutat zwischen den Darmschlingen unberührt. Bei drainierten Wunden macht er später meist unter SCHLEICHscher Anästhesie eine exakte Narbenkorrektur. Das Wort „Frühoperation", die auch innerhalb 48 Stunden nach Beginn des Anfalls zu spät kommen kann, ändert RIEDEL in „Rechtoperation", d. h. rechtzeitige Operation vor erfolgter Perforation.

— Über die Verwendung der **Flatulinpillen** von ROOS bei Magen- und Darmerkrankungen berichtet FUCHS („Ther. Monatsh.", 1905, Nr. 6). Diese Pillen bestehen aus Natr. bicarbonic., Magnes. carbonic., Pulv. rad. rhei, Ol. foenicul., Ol. carvi und Ol. menth. pip. und sind ein blähungstreibendes Medikament, welches zugleich auch andere, Magen- und Darmleiden begleitende Symptome, wie Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Stuhlverhaltung usw., bekämpft, aber frei von schädlichen Nebenwirkungen ist. Auch bei Dilatatio ventriculi bewährten sich die Flatulinpillen. Mit gutem Erfolge wurden die Flatulinpillen bei Stuhlverstopfung und Blähungen alter Leute angewandt. Bei Beschwerden der Hämorrhoidarier als mildes Laxans reizen sie die Mastdarmschleimhaut nicht, wie es stärkere Drastika tun.

— Zur **Wertbestimmung des Adrenalins** benutzt R. EHRMANN („Arch. f. exp. Path. u. Ph.", Bd. 53) die Pupillenerweiterung durch Adrenalin, indem er die zu untersuchende Lösung in verschiedenen Verdünnungen auf enukleierte Bulbi einwirken läßt. Mit Hilfe dieser Methode fand EHRMANN, daß das Blut der Vena cava beim normalen Tier stets Adrenalin enthält, während das Blut andrer Venen oder Arterien davon frei ist. Es wird also andauernd Adrenalin aus den Nebennieren in den Kreislauf ergossen. Versuche mit in die Blutbahn injiziertem Adrenalin ergaben, daß dieses langsam eliminiert wird; es wird sogar noch im Blut in der mehrfach blutdrucksteigernden Dosis gefunden, wenn der Blutdruck wieder auf normale Höhe zurückgegangen ist.

— Die Frage, welche **Bestandteile des Kaffees** die Träger der erregenden Wirkung sind, hat GEISER untersucht („Arch. f. exp. Path. u. Ph.", Bd. 53). Er stellte sich folgende Präparate her: Gerösteten und ölfreien Kaffee. Koffeinfreies Kaffeepulver mit Ölgehalt. Gewöhnlichen Menadokaffee. Als Reagens auf die Wirkung benutzte er: 1. Psychische Vorgänge; er maß die Expositionszeit, die nötig ist, damit die Versuchsperson die Farbe einer gezeigten Tafel wahrnimmt (Reaktionszeit). 2. Tonometrische und sphygmographische Messungen des Einflusses der Präparate auf die Zirkulation. Es ergab sich, daß der Aufguß von geröstetem, gutem Kaffee in einer Menge von 15 *g* auf 150 Wasser deutlich die Farbenreaktionszeit verkürzt und am Sphygmogramm charakteristische Veränderungen her-

vorruft, die identisch sind mit der Wirkung des reinen Koffeins, außerdem eine geringe Steigerung des arteriellen Druckes bewirkt. Der Aufguß des gerösteten, aber koffein- und ölfreien Kaffees ist ohne jeden Einfluß sowohl auf die psychischen Vorgänge wie auch auf die Pulskurve. Der Aufguß des gerösteten koffeinfreien, aber ölhaltigen Kaffees ist ohne Einfluß auf das Sphygmogramm und den Blutdruck, läßt dagegen in großen Dosen eine Verkürzung der Reaktionszeit erkennen. Diese Wirkung kommt aber bei der Beurteilung der Kaffeewirkung gar nicht in Betracht, da ja bei derart großen Dosen die Koffeinwirkung bei weitem alles übertönen würde.

Literarische Anzeigen.

Hyperämie als Heilmittel. Von **Prof. Dr. August Bier** in Bonn. Zweite, umgearbeitete Auflage. Mit 40 Abbildungen. Leipzig 1905, F. C. W. Vogel.

Die vor zwei Jahren erschienene erste Auflage des vorliegenden Buches hat das lebhafte Interesse der fachwissenschaftlichen Kreise erregt; gleich den früheren Arbeiten des Autors über das von ihm so gründlich erforschte Gebiet, hat dieses Buch den Anstoß zu umfassenden Versuchen über den Einfluß der aktiven und passiven Hyperämie auf gesunde und kranke Körpergewebe gegeben und die Therapie gefördert. Bier selbst ist unbeirrt fortgeschritten in den Untersuchungen über eine Methode, die nunmehr Gemeingut der praktischen Heilkunde zu werden beginnt. Dementsprechend weist die neue Auflage wesentliche Vermehrung des Stoffes, zumal im speziellen Teile, auf. Das Kapitel „Behandlung lokaler Infektionskrankheiten mit Hyperämie", in welchem gegen bakterielle Erkrankungen passive, gegen nicht bakterielle Prozesse im allgemeinen aktive Hyperämie empfohlen wird, ist neu; wesentliche Erweiterung haben die Abschnitte „Behandlung der Tuberkulose" und „Behandlung akuter Entzündungen und Eiterungen" erfahren. Als sehr willkommene Bereicherung ist der technische Abschnitt zu erklären, dessen eingehendes Studium denjenigen nicht warm genug empfohlen werden kann, welche die Stauung an ihrem Krankenmateriale vorzunehmen willens sind. Neu ist ferner die Darstellung der Staubehandlung von Sehnenscheidenphlegmonen, der topischen Stauung suppurativer Prozesse, von Gelenkankylosen, frischen subkutanen Verletzungen etc. Auch die Heißluftbehandlung der Skoliose — als Ersatz der ein größeres Personal erheischenden Massage — findet ihren Platz im speziellen Teile des Werkes. Der Vergleich der Wirkungen von Hyperämie und Massage hinkt wohl stärker, als dies Vergleiche sonst zu tun pflegen; in der Skoliosentherapie wird ja die Massage nicht als mobilisierendes, sondern als muskelkräftigendes Agens angewendet, während der erstgenannten Indikation die Gymnastik entspricht. Von einem „Ersatz" der Massage durch Hyperämisierung kann daher nicht gut die Rede sein. Auch der allgemeine Teil des Buches hat durch den „Anhang": „Die Beeinflussung des Gesamtblutes zu Heilzwecken" eine Bereicherung erfahren. Das Werk Biers ist eine Fundgrube wissenschaftlicher Tatsachen und Erfahrungen, die Basis für neue, wertvolle therapeutische Bestrebungen. Sein Studium ist jedem Arzte warm zu empfehlen. Bum.

Allgemeine pathologisch-anatomische Diagnostik. Von **Dr. R. Oestreich.** Berlin 1905, S. Karger.

Das vorliegende Buch stellt eine Anleitung zur Vornahme pathologisch-anatomischer Obduktionen dar. Es zeigt dem Anfänger, bzw. dem Ungeübten, wie er die einzelnen Organe untersuchen solle, worauf er zu achten habe und in welchen Eigenschaften krankhafte Veränderungen der Organe zum Ausdruck kommen. Demgemäß zerfällt das Buch in 2 Hauptabschnitte, die die Technik der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung behandeln. In dem ersten Teil werden die Besichtigung der Organe, die allgemeinen Eigenschaften verschiedener pathologischer Veränderungen sowie der einzelnen Organe dargestellt; der zweite Teil behandelt in gleicher Weise Methodik und Anwendung der mikroskopischen Untersuchung. Das Buch unterscheidet sich in Anlage und Inhalt sehr wesentlich von den bisher vorliegenden Werken, indem es gleichsam eine Mittelstellung zwischen den üblichen Lehrbüchern der Sektionstechnik, bzw. der histologischen Untersuchungsmethoden und den eigentlichen Lehrbüchern der pathologischen Anatomie einnimmt. Die Darstellung ist durchwegs klar und prägnant, trägt überall dem praktischen Bedürfnis Rechnung, so daß wir glauben, daß das Buch tatsächlich dem Ungeübten ein wertvoller Behelf bei Vornahme von Obduktionen, resp. Erhebung pathologisch-anatomischer Befunde sein dürfte und es in dieser Beziehung bestens empfehlen können. Dr. S.

Feuilleton.

Berliner Briefe.

(Original-Korrespondenz der „Wiener Med. Presse".)

IV.

— Dezember 1905.

„Überfüllung des Ärztestandes!" — „Überproduktion an jungen Ärzten!" — „Warnet vor dem Studium der Medizin, wenn Ihr die Zukunft Eurer Söhne sichern wollt!" — so lauteten in den letzten Jahren die Notrufe; und sie waren durchaus berechtigt. Denn in der Tat wurzelt die recht unerfreuliche wirtschaftliche Lage unseres Standes in dem unheimlichen Nachwuchse an Jüngern der Heilkunde, der mit dem naturgemäßen Abgang oder selbst mit der Bevölkerungszunahme nicht Schritt hält. Da klingt es denn fast wie ein Märchen, daß ein hoher Ministerialbeamter in der „Gesellschaft für soziale Medizin" sich das Vortragsthema wählte: „Über den Rückgang des Studiums der Medizin." Er wies nach, daß seit 1890 ein Abfluten der Medizinerzahl und Approbationen konstatiert sei. Bis 1902 wurden jährlich durchschnittlich 810 Ärzte approbiert, die Gesamtzunahme betrug 1897—1903 durchschnittlich noch 852. Seit 1904 aber wurden nur 402 approbiert und die Zunahme der Ärzte betrug nur 466. Es ist nicht ausgemacht, ob diese Abminderung eine nur vorübergehende Erscheinung sein wird; man kann vermuten, daß die Zahl wieder steigt. Wenn dies aber nicht geschieht, dann tritt wohl in einigen Kreisen, z. B. des Ostens, ein gewisser Mangel an Ärzten ein, während diese andrerseits den Großstädten zuströmen. Auch die Zahl der Medizinstudierenden ist zurückgegangen. Von 1880 bis 1890 bestand ein Zuwachs der Bevölkerung um 9·2%, ein solcher der Medizinstudierenden um 116%; von 1890—1892 war eine Bevölkerungszunahme von 14%, aber eine Abnahme der Medizinstudierenden um 23% zu konstatieren, während die Zahl der Studierenden andrer Fakultäten zugenommen hat. Es ist also ein Rückgang des absoluten Nachwuchses, besonders in den letzten Jahren, unzweifelhaft. Aber das ist doch vorläufig noch kein Anlaß, einen Notschrei, einen Kassandraruf auszustoßen. Vielmehr darf man hierin einen natürlichen Ausdruck des Verhältnisses zwischen Angebot und Nachfrage, eine Folge der ungünstigen Aussichten des Medizinstudierenden, eine selbstverständliche Reaktion erblicken. Es haben — mit Recht — Ärztekammern und Standesvereine gewarnt, die Söhne der Medizin zuzuführen; man hat das Studium erschwert und verteuert — kurz alles getan, um die übergroße Zahl der Ärzte zu vermeiden. Und jetzt, wo sich kaum 1—2 Jahre danach der gewünschte Erfolg zeigt, möchte man schon wieder einen Ärzteüberschuß erzielen. Man vergißt, daß die Ärzte nur ungleich verteilt sind; auf dem Lande herrscht oft Mangel, in der Stadt Überfluß. Wie der Vortragende treffend hervorhebt, ist die ärztliche Versorgung der Bevölkerung noch auf Jahre hinaus gedeckt; was not tut, ist eine zweckmäßigere Verteilung der Ärzte, ein Abfluß auf das platte Land, wenn nötig unter staatlichen oder kommunalen Beihilfen. Bei solchem Ausgleich würden auch viele jüngere Ärzte, die jetzt in der Großstadt nur kümmerlich existieren, wesentlich gewinnen. Dann werden von selbst wieder gesunde Verhältnisse eintreten und der angehende Arzt wird schneller zu einem gesicherten Einkommen gelangen.

Inzwischen geschieht so manches, um die soziale Stellung der Ärzte zu heben und zu festigen, vor allem aber, um die jüngeren

Ärzte in das immer komplizierter werdende Gebiet der Arbeiterversicherung und der Standesorganisationen einzuführen. So hält die hiesige Ortsgruppe des Verbandes deutscher Ärzte in diesem Winter Vorträge über „Die Organisation des ärztlichen Standes", über „Ärzte und Krankenkassen", über „Ärztliche Stellenvermittlung", über „Wirtschaftliche Notlage und Unterstützungswesen". Ferner finden Vorträge statt über „Ärztliches Versicherungswesen" und „Ärztlichen Rechtsschutz". Die Vorträge sollen im nächsten Semester noch auf andere wichtige Fragen der sozialen Medizin ausgedehnt werden. Man hofft dadurch, in die Kreise der jüngeren Kollegen Verständnis und Interesse für diese Fragen, denen sie in der Praxis täglich gegenübertreten, hineinzutragen. So zeigt sich, daß der Zug der Zeit immer mehr nach der sozialen Seite hindrängt.

Aber auch in wissenschaftlicher und technischer Hinsicht ist man bemüht, die Fortbildung der Ärzte immer straffer zu organisieren und immer ergiebiger zu fördern. Der Organisator und oberste Leiter des „ärztlichen Fortbildungswesens" in Preußen, E. v. BERGMANN, der sich ein großes, bleibendes Verdienst um diese Institution erworben hat, tritt jetzt publizistisch auf den Plan, um seine groß angelegte Schöpfung gegen manche Mißverständnisse und Angriffe in Schutz zu nehmen. Mit der ihm eigenen Objektivität und Ruhe, aber doch wuchtig und scharf, weist er alles zurück, zunächst was auf dem Straßburger Ärztetag an irrigen Urteilen über das Fortbildungswesen und seine jetzige Organisation laut geworden. An die Bildung und Ausbildung des jungen Arztes muß sich die Fortbildung schließen, wenn der ältere Arzt auf der Höhe der Zeit bleiben will. Die Gelegenheit zu solcher, zumal praktischer Fortbildung war bisher nur unvollkommen, sehr mannigfaltig je nach den örtlichen Verhältnissen, auch ziemlich kostspielig. Die seit 1880 eingeführten Dozentenkurse haben allerdings an verschiedenen Universitäten Treffliches geleistet; aber ein Nachteil blieb: neben dem Kostenpunkt die zeitliche und örtliche Begrenzung. Auch war dabei soziale Medizin ziemlich unberücksichtigt. Eine Organisation und maßvolle Zentralisation war schon von der Kaiserin Friedrich geplant; unter Mithilfe des Ministerialdirektors Dr. ALTHOFF kam aber erst 1901 die Bildung eines Zentralkomitees zustande, dessen Statut auf liberalster Basis nur die Interessen der Ärzte wahrte, unentgeltliche Kurse im Auge behielt und gegenüber dem preußischen Kultusministerium völlig unabhängig blieb, wenn es auch dessen Unterstützung mit Freuden akzeptierte. Überall, wo schon zu gleichem Zwecke lokale Vereinigungen bestanden, war der Anschluß an diese vorgesehen. Ärztevereine, Fakultäten, Krankenhäuser, städtische Verwaltungen und andere Ortsgruppen wurden aber mit in den Rahmen der Organisation hineinbezogen, ohne daß ihnen eine Schablone aufgedrängt wurde. Nur den großen Zweck, nur die Einigkeit behielt man als Bindeglied im Auge. Die laufenden Ausgaben wurden durch Beiträge gedeckt; alle auf die Finanzgebarung zielenden Vorwürfe haben sich, ebenso wie der einer Schädigung der Dozenten und einer willkürlichen Auswahl der Vortragenden, als unhaltbar erwiesen. So steht die Schöpfung als ein würdiges Denkmal ärztlicher Initiative da, auch äußerlich als ein Denkmal gekennzeichnet. Denn das „Kaiserin Friedrich-Haus" wird seinesgleichen in Deutschland nicht haben. Daß Hörsäle, Demonstrations- und Verwaltungsräume, vor allem aber auch eine permanente Ausstellung aller nur existierenden ärztlichen Lehrmittel in diesem schönen Bau eine Stätte gefunden haben, ist einer weit mehr als eine Million betragenden Zuwendung hochherziger Donatoren zu danken. Diesen Fonds konnte nur einer durch seinen Einfluß, durch das Gewicht seines Ansehens zusammenbringen. Es war v. BERGMANNs Verdienst, daß ihm auch dies in den Kreisen der Haute-Finance leicht gelang, u. zw. von seiten uneigennütziger Spender, denen einige freundliche Dankesworte der Kaiserin und ein öffentlicher Dank des Kaisers genügten. So wird denn dieses Haus dauernd eine „Pflanzstätte ärztlicher Wissenschaft zum Wohle des gesamten Volkes" sein, um die kaiserlichen Worte zu zitieren.

Von ROBERT KOCHs Wahl zum stellvertretenden Vorsitzenden der „Medizinischen Gesellschaft" kann man nur sehr befriedigt sein. Mit Recht ging man ausnahmsweise von dem gewohnten Gebrauch ab, eine durch Tod freigewordene Stelle, die sonst nicht durch einen Akademiker, sondern durch einen Arzt besetzt zu werden pflegte, diesmal dem großen Forscher anzubieten. Die Gesellschaft hat sich dadurch selbst geehrt und einen besonderen Glanz verliehen. War doch KOCH selbst ursprünglich Praktiker gewesen und so hat er denn jetzt wieder mit den Ärzten engere Fühlung genommen.

Eine „Zentrale für Auskunft über freie Betten in Krankenhäusern" besteht bereits seit einigen Jahren dank dem Vorgehen der Berliner Rettungsgesellschaft, bzw. der Vereinigung für erste ärztliche Hilfe. Auf Telephonanruf erfuhr man sofort, wohin man einen Kranken dirigieren könne, ohne daß er wegen Platzmangel eine Abweisung zu fürchten hätte. Diese Institution ist für eine Zweimillionenstadt mit ihren enormen Entfernungen von höchstem Wert. Nun hat auch die Stadt selbst eine solche Zentrale im Rathaus einzuführen beschlossen. Noch liegt die Idee den Stadtverordneten vor, aber sie ist im Werden. Ob die bisherige Auskunftstelle daneben fortbestehen wird, ist noch nicht bekannt. Zwei Mittelpunkte sind aber, da der Stadtkreis doch keine Ellipse ist, eigentlich undenkbar und im Grunde ist auch der städtische Betrieb, obwohl gleichfalls dem Gemeinwohl dienend, nicht recht zweckmäßig, da nur ein Teil der verfügbaren Krankenhäuser städtisch ist. Man darf gespannt sein, wie diese Konkurrenz (sit venia verbo) in einem erfreulichen Sinne sich lösen wird. Vederemo!

Notizen.

Wien, 23. Dezember 1905.

Em. Kusy R. v. Dubrav †.
1844—1905.

Am 19. Dezember ist der Leiter des österreichischen Sanitätswesens, Sektionschef Dr. EMANUEL KUSY R. V. DUBRAV, gestorben. Mit ihm scheidet der Begründer und Ausgestalter der modernen staatlichen Hygiene, ein Mann, der Wissen, Können und Wollen in schönster Harmonie vereinte, dessen Namen unvergessen bleiben wird innerhalb und außerhalb der Grenzen seines Vaterlandes.

Am 28. März 1844 zu Müglitz in Mähren geboren, studierte KUSY an der Josefs-Akademie zu Wien, wurde 1869 promoviert, war zunächst als Militärarzt tätig, trat 1877 als Bezirksarzt in den Zivilstaatsdienst und wurde schon 1880 Statthaltereirat und Sanitätsreferent in Mähren. Seine erste größere Leistung war die Schaffung des mustergültigen mährischen Landessanitätsgesetzes, durch welches die Organisation des Gemeindesanitätsdienstes in diesem Kronlande als erstem erfolgt ist. 1883 wurde er als Sektionsrat in das Ministerium des Innern berufen, 1888 zum Ministerialrat und Sanitätsreferenten, 1905 zum Sektionschef ad personam ernannt. Die Früchte seiner umfassenden führenden Tätigkeit auf dem Gebiete der Organisation des österreichischen Sanitätswesens sind den Lesern dieses Blattes bekannt. Dank seiner wissenschaftlichen und administrativen Begabung, seinem unermüdlichen Eifer und Fleiße sowie den Eigenschaften seines Charakters wußte KUSY sich und damit seinem Lebenswerke jene Bedeutung zu erringen, die auch den nichtärztlichen Kreisen die volle Unterstützung dieses Werkes aufzwang. Dasselbe umfaßte die Durchführung der Abwehrmaßregeln gegen die Cholera (1892—1895), gegen die Pestgefahr (1899), die Errichtung der staatlichen Impfstoffgewinnungsanstalt, des Lyssa- und serotherapeutischen Institutes, die Gründung des Organs des obersten Sanitätsrates „Das österreichische Sanitätswesen" und die Einführung einer mustergültigen Sanitätsstatistik. Zahlreiche ausgezeichnete fachwissenschaftliche Arbeiten entstammen seiner Feder; er schilderte die Bedeutung der Hygiene für die allgemeine Wohlfahrt, die Krankenpflege, die erste Hilfe im Krieg und Frieden, bearbeitete die Reformen des Apotheker- und Arzneitaxwesens und war der Schöpfer des groß angelegten Werkes „Österreichs Wohlfahrtseinrichtungen 1848—1898". Die „Österr. Gesellschaft für Gesundheitspflege", deren Präsident er war, verdankt dem ersten Sanitätsbeamten des Reiches ihren Aufschwung.

Das österreichische Sanitätswesen verliert in KUSY den zielbewußten Organisator, die Hygiene einen ihrer tatkräftigsten Förderer,

Österreich einen hingebenden, hochbegabten Beamten, der seinen Untergebenen ein leuchtend Vorbild treuester Pflichterfüllung war. Sein Wirken wird unvergessen bleiben.

(Die Frage des Sanitätsministeriums im Herrenhause.) Dem Herrenhause lag in seiner dieswöchentlichen Sitzung die Petition des österreichischen Ärztevereinsverbandes um Schaffung eines Sanitätsministeriums vor. Hofrat Dr. TOLDT, der zu dieser Petition das Wort ergriff, erklärte, weit entfernt zu sein, sich für die Formulierung des Petitums einzusetzen, da er glaube, daß der Ärztevereinsverband dabei etwas zu weit gegangen sei. Er möchte aber dem Hause nahelegen, die Gründe und Anregungen, die in der Petition gegeben werden, der Regierung zur Erwägung zu empfehlen. Das Sanitätswesen in Österreich sei zwar auf einer ganz entsprechenden Stufe und habe im Laufe der Jahre und namentlich in den letzten Jahrzehnten Vorzügliches geleistet. Allein es würde den Tatsachen nicht entsprechen, wollte man behaupten, daß nicht doch große Mängel und Nachteile auf diesem Gebiete sich zeigen. Diese Mängel betreffen einerseits die Grundlagen für die legislative Gestaltung des Sanitätswesens, andrerseits namentlich die Durchführung der Maßnahmen, welche zur Aufrechterhaltung des Volkswohles bestimmt sind. Die Petition selbst betone besonders die Dezentralisation der Einrichtungen für das Sanitätswesen und weise darauf hin, daß die Agenden des Sanitätswesens nicht nur auf viele staatliche Behörden, sondern auch auf eine ganze Reihe von autonomen Behörden verteilt seien, so daß von einer Einheitlichkeit in der Auffassung der sanitären Vorschriften und deren Durchführung nicht die Rede sein könne. Dabei bestehe immer auch die Gefahr, daß die Anordnung und Durchführung sanitärer Maßnahmen in die Hände von Organen gelegt werde, die nicht sachverständig sind, nicht die nötigen Kenntnisse haben und daher der Sache auch nicht das entsprechende Interesse entgegenbringen. Diese Seite der Petition also, daß das Sanitätswesen bis zu einem gewissen Grade zentralisiert werden solle, habe ihre volle Berechtigung. Was auf dem Spiele steht, wenn Laien über die Durchführung der Sanitätsmaßnahmen zu beschließen haben, hat man erst vor kurzer Zeit in einer der legislativen Korporationen in Wien (n.-ö. Landtag — Red.) erfahren. Es handelte sich um die Bewilligung eines relativ geringen Betrages für Impfprämien. Es ist bekannt, daß Impfprämien den Zweck haben, Landärzten, die ohne Entgelt die Impfung vollführen, eine gewisse Anregung und Aufmunterung durch Zuweisung von ganz kleinen Beträgen zu geben. So klein diese Prämien sind, bilden sie doch für Ärzte auf dem Lande einen gewissen Ansporn, um die im Interesse des Volkswohles gelegene Impfung der Kinder der ländlichen Bevölkerung umsonst durchzuführen. Es würde eine Gefährdung der Impfaktion nach sich ziehen, wenn diese Prämien nicht bewilligt würden. Nun hat es sich in dieser legislativen Korporation herausgestellt, daß diese Impfprämien nur mit einer Majorität von einer Stimme bewilligt worden sind. Hätte der Zufall es gefügt, daß diese eine Stimme gefehlt hätte, so würde wenigstens in diesem Jahre in Niederösterreich die Impfung nur sehr unvollkommen durchgeführt worden sein. Dies ist ein Beispiel, wie gefährlich es ist, wenn man Maßnahmen von hoher sanitärer Wichtigkeit in die Hände von Laien legt. Redner stellt schließlich den Antrag, das Haus wolle beschließen, die in der Petition des österreichischen Ärztevereinsverbandes enthaltenen, auf eine zeitgemäße Verbesserung und wirksame Ausgestaltung des Sanitätswesens bezüglichen Motive der Regierung zur Würdigung zu empfehlen. Der Antrag wurde angenommen.

(Jubiläen.) Anläßlich des 70. Geburtstages seines Gründers Dr. JOSEF SCHOLZ wird der ärztliche Verein der südlichen Bezirke Wiens seinen heurigen Silvesterabend am Mittwoch, den 27. Dezember l. J., im Hotel Viktoria als Dr. Josef Scholz-Feier begehen. SCHOLZ war einer der Begründer des ärztlichen Vereinslebens in Wien, er hat den österreichischen Ärztevereinsverband und dessen Witwen- und Waiseninstitut ins Leben gerufen und war mit der geistige Urheber der Ärztekammern. Voraussichtlich wird sich die Scholz-Feier zu einer außerordentlich besuchten und herzlichen Manifestation des verdienten und beliebten Jubilars gestalten. — Am 14. Dezember d. J. feierte Med. Dr. EM. POCHMANN, e. Industrial-Bezirks- und Gerichtsarzt in Tannwald, der auch wissenschaftlich mehrfach hervorgetreten ist, sein 40jähriges Doktorjubiläum im engsten Familienkreise.

(Der Geschäftsausschuß der österreichischen Ärztekammern) hat am 3. d. M. seine zweite Sitzung abgehalten und u. a. den Beschluß gefaßt, Schritte zu machen, um die Zuziehung von in der Praxis stehenden Ärzten in den Arbeitsbeirat des Handelsministeriums zu bewirken.

(Der derzeitige Stand der ärztlichen Organisationen in Österreich.) Hierüber berichtet das „Österr. Ärztekammer-Bl." folgendes: Niederösterreich, Schlesien und Steiermark sind bereits organisiert. In den letzten 6 Wochen begannen unter der Ägide Niederösterreichs Böhmen, Tirol, Oberösterreich und Kärnten die Organisation. „Bald schreiten wir zur Gründung des Reichsverbandes."

(Ein ärztlicher Verein zur Bekämpfung der Mißbräuche in Polikliniken) ist, wie uns berichtet wird, in Berlin gegründet worden. Der Verein wird später bekannt geben, wie er vorgehen will, um die mißbräuchliche Frequentation von Polikliniken und die sich daraus ergebende Schädigung der allgemeinen Ärzteschaft durch die Behandlung zahlungsfähiger Patienten in derartigen Anstalten hintanzuhalten.

(Forensisches.) Das Leben, auch das des Arztes, ist reich an Paradoxen. Vor einigen Tagen ist in Berlin ein Arzt gerichtlich bestraft worden, weil er sich Medicinae doctor nannte. Tatsächlich hatte er Medizin studiert und den Doktorhut erworben, aber das medizinische Staatsexamen nicht abgelegt; er war also nicht staatlich approbiert. Da er nun eine Naturheilanstalt leitete und Sprechstunden abhielt, wurde er nach der Gewerbeordnung vor Gericht zitiert und mit einer Geldstrafe belegt. In der Urteilsbegründung hieß es, der ärztliche Titel, den er sich beigelegt, sei geeignet gewesen, beim Publikum den Glauben zu erwecken, es handle sich um eine staatlich geprüfte Medizinalperson.

(Aus der Praxis.) Die deutsche Sektion der Ärztekammer für das Königreich Böhmen hatte kürzlich die Anfrage zu beantworten, ob der Dienstgeber verpflichtet sei, für die ärztlichen Behandlungskosten eines Dienstmädchens, das sich ohne Wissen des Dienstgebers in die Behandlung des Arztes begeben hatte, aufzukommen. Die Anfrage wurde dahin beantwortet, daß der Dienstbote nach dem Gesetze nicht ohneweiters Anspruch auf ärztliche Behandlung zu Lasten des Dienstherrn besitze, hingegen könne der Arzt dem Dienstboten auf Kosten des Dienstherrn die sogenannte Nothilfe angedeihen lassen und andernfalls die Behandlung davon abhängig machen, daß ein Auftrag oder eine Haftungserklärung von seiten des Dienstherrn beigebracht wird. In keinem Falle steht dem Dienstboten das Recht zu, sich auf Kosten des Dienstherrn selber den Arzt auszusuchen.

(Gemeinsamer Kongreß der deutschen und der österreichischen balneologischen Gesellschaft.) Die balneologische Gesellschaft zu Berlin wird unter Vorsitz des Geheimrates LIEBREICH ihren 27. Kongreß in Gemeinschaft mit dem Zentralverbande der Balneologen Österreichs (Präsident Hofrat WINTERNITZ) anfangs März 1906 in Dresden abhalten. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind spätestens bis zum 15. Jänner 1906 zu richten an den Generalsekretär Geheimrat Dr. BROCK, Berlin NW., Thomasiusstraße 24, oder an den Sekretär der balneologischen Gesellschaft Priv.-Doz. Dr. RUGE, Berlin W., Magdeburgerstraße 31, oder an den Sekretär des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs Priv.-Doz. Dr. ULLMANN, Wien, I., Judenplatz 5.

(Verein der Ärzte des I. Bezirkes.) In der dieswöchentlichen Vollversammlung wurden Prof. Dr. L. KÖNIGSTEIN zum Obmann, Prof. Dr. E. FINGER zum Obmannstellvertreter, Dr. J. SAMUELY zum Kassier und die DDr. OSKAR FRANKL und EDUARD HITSCHMANN zu Schriftführern gewählt.

(Statistik des Medizinstudiums in Deutschland.) Die „Deutsche med. Wochenschr." publiziert eine Zusammenstellung der Frequenz der medizinischen Fakultäten Deutschlands seit dem dritten Dezennium des vorigen Jahrhunderts, welche besagt, daß die Zahl der Medizinstudierenden seit dem Jahre 1830 von 2369 konstant bis auf 8513 im Jahre 1887 angestiegen ist. Seither ist ein andauernder Abfall zu verzeichnen, der derzeit die Ziffer von 6232 erreicht hat.

(Statistik.) Vom 10. bis inklusive 16. Dezember 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7970 Personen behandelt. Hiervon wurden 1619 entlassen, 172 sind gestorben (9·6% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 128, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 12, Dysenterie 1, Blattern —, Varizellen 168, Scharlach 76, Masern 146, Keuchhusten 98, Rotlauf 41, Wochenbettfieber 4, Röteln 11, Mumps 1, Influenza 2, Cholera nostra —, Genickstarre 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 596 Personen gestorben (— 13 gegen die Vorwoche).

Eingesendet.

Die Enquete betreffend die Arbeiterversicherung.

Geehrte Redaktion!

In Nr. 47 der „Wiener Med. Presse" wurde über die von Seite des Arbeitsausschusses des arbeitsstatistischen Amtes einberufene Enquete, welche den Reformentwurf der Regierung betreffend die Arbeiterversicherung zum Gegenstand hatte, ein Bericht erstattet. Da in jenem Berichte Behauptungen aufgestellt sind, die meine Ehre berühren und die imstande sein könnten, das Ansehen, das ich mir stets zu erwerben und zu bewahren wußte, herabzusetzen, sehe ich mich gezwungen, das Wichtigste richtig zu stellen.

Es ist unrichtig, daß am Tage vor der Eröffnung der Enquete im Sitzungssaale der Wiener Ärztekammer die Vereinbarung getroffen worden war, jene Ärzte, welche sich in gewissen Fragen, speziell freie Arztwahl, der Anschauung der Majorität der Kollegen nicht anschließen können oder wollen, hätten sich einer öffentlichen Stellungnahme in diesen Fragen zu enthalten. Richtig ist, daß diesbezügliche Wünsche geäußert wurden; aber sowohl ich als Herr Prof. Sternberg erklärten ausdrücklich, daß wir nicht in allen Fragen mit den Vertretern der Ärztekammern gehen können. In bezug auf die im Fragebogen enthaltene Frage die „freie Arztwahl" betreffend, wurde über meinen Antrag nicht gesprochen. Ich hatte nämlich erklärt, daß sich über diese Frage jeder seine Ansicht gebildet hat und kaum anzunehmen ist, daß durch eine zeitraubende Diskussion eine Änderung der Anschauung herbeigeführt werden könnte. Nach dieser Erklärung wurde ich abberufen und habe ich weiter über sonstige Abmachungen nichts erfahren. Ich hatte seinerzeit aus Höflichkeitsrücksichten der Einladung der Ärztekammer zur Vorbesprechung Folge geleistet. Ich hatte natürlich keine Ahnung, daß es möglich wäre, und ich glaube, auch der Vorsitzende dachte nicht daran, einen Zwang auf die Experten in bestimmter Richtung auszuüben. Bei Veranstaltung einer solchen Enquete werden bestimmte Fragen an jeden einzelnen Experten gestellt und jeder Experte hat die moralische Verpflichtung, nach bestem Wissen und Gewissen die an ihn gestellte Frage zu beantworten. Ein Schweigen gibt es da nicht, wenn man das übernommene Ehrenamt ehrlich und aufrichtig ausüben will.

Die von einem Kollegen in der Vorberatung abgegebene Erklärung, in gewissen Fragen zu schweigen, war kein bindender Beschluß. Ein solcher konnte auch der Natur der Sache nach, wie auch der Vorsitzende Dr. Brenner erklärte, nicht gefaßt werden, weil es sich um eine zwanglose Beratung und nicht um die Beschlußfassung einer Körperschaft handelte.

Unrichtig ist die Behauptung, daß ich erklärte, ich hätte auch Material für die freie Arztwahl. Richtig ist, daß ich einem Kollegen, der sagte, er habe Material „für", erwiderte: „Ich weiß, daß es auch solches gibt." Es klingt aber höchst naiv, wenn jemand, der einen gegenteiligen Standpunkt in einer Frage einnimmt, Material gegen diesen Standpunkt vorbringen soll, wie es der Herr Berichterstatter von mir verlangte, der ich das „Material „pro" weise verschwieg."

Ich bin, wie ich immer erklärt habe, ein Gegner der freien Arztwahl bei den Krankenkassen, speziell in Wien. Ich halte die Einführung der freien Arztwahl für ein Unglück der praktischen Ärzte in Wien. Auf diejenigen, die anderer Ansicht sind, werfe ich keinen Stein, aber meine freie Meinungsäußerung lasse ich mir von niemandem nehmen.

Wien, 16. Dezember 1905.

Dr. B. Glattauer,
Chefarzt des „Verbandes der Genossenschafts-Krankenkassen Wiens".

Theyer & Hardtmuth, Wien, I., Kärntnerstraße 9, haben ihre Neuheiten ausgestellt sowohl in ihren großen Auslagen wie auch im Kunstgewerbeverein und bildet dies ein kleines Ereignis für die interessierten Kreise. Diese weit über die Grenzen Österreichs bestens bekannte Papierausstattung und Papierhandlung wacht sorgfältig darüber, daß ihre Briefpapiermarke „Margaret Mill" sich stets im vornehmsten Kleide zeigt. Ja, das „Margaret Mill" kann und darf sich schon vor aller Welt sehen lassen! Denn es bleibt unentschieden, was das Gediegenere ist: der Kern oder die Schale — das herrlich geschmückte Papier oder die prunkvolle Kassette. Dabei immer neu und originell, keine Kopien oder Nachahmungen älterer oder fremder Muster. Modern ist heuer das so beliebte Leinenpapier in einer hellblauen Farbe, welche Nuance von entzückender Wirkung fürs Auge ist. Sehr gelungen sind die „Biedermeier-Briefe", um aus der Fülle des Gebotenen nur eines hervorzuheben, deren Dekor und Briefschmuck im Genre jener Zeit gehalten sind. Ein schier unversieglicher Born aparter künstlerischer Ideen muß an jener Stelle quellen, wo die feinen Entwürfe zu diesen unvergleichlich schönen, herrlichen Schöpfungen entstehen, die längst die österreichische Papierausstattungsindustrie auch im Auslande zu hohem Ansehen gebracht haben.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Fischers Kalender für Mediziner. Herausgegeben von Dr. A. Seidel. Berlin 1906, Fischers med. Buchhandlung. — M. 2·—.

O. Ehrhardt, Dr. Laurentius Wilde und die Anfänge der med. Wissenschaft in Preußen. Breslau 1905, J. U. Kern.

Hugo Magnus, Die Volksmedizin. Breslau 1905, J. U. Kern. — M. 3·50.

Hugo Magnus, Die Kurierfreiheit und das Recht auf den eigenen Körper. Breslau 1905, J. U. Kern. — M. 7·—.

A. Michaelis, Der Schmerz. Leipzig 1905, W. Malende. — M. 3·—.

S. Gottlieb, Ausübung der Heliogravüre. Halle a. d. S. 1905, Wilhelm Knapp. — M. 1·50.

M. T. Schnirer und Vierordt, Enzyklopädie der prakt. Medizin. Wien 1905, A. Hölder.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.

Mit dieser Nummer versenden wir einen Prospekt der **Farbwerke** vormals **Meister Lucius & Brüning** in **Höchst am Main** über **„Pyramidon"** und einen Prospekt der Fabrik pharm. Präparate **Wilhelm Natterer** in **München 2** über **„Antisclerosin"**. Wir empfehlen dieselben der geneigten Beachtung unsrer Leser.

XLVI. Jahrgang. Wien, den 31. Dezember 1905. Nr. 53.

Die „Wiener Medizinische Presse" erscheint jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen Groß-Quart-Format stark. Als regelmäßige Beilagen erscheinen: „Allgemeine Militärärztliche Zeitung" und die „Wiener Klinik", letztere, selbständig geleitet, allmonatlich im durchschnittlichen Umfange von 2 Bogen Lexikon-Format. — Abonnements- und Insertionsaufträge sind an die **Administration der „Wiener Medizinischen Presse"** in Wien, I., **Maximilianstraße Nr. 4**, zu richten. Für die Redaktion bestimmte Zuschriften sind zu adressieren an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien, I., Deutschmeisterpl. 2.**

Wiener Medizinische Presse.

Abonnementspreise: „Wiener Mediz. Presse" mit „Allgem. Militärärztlicher Zeitung" und „Wiener Klinik" Inland: Jährl. 20 K, halbj. 10 K, viertelj. 5 K. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährl. 20 Mrk., halbj. 10 Mrk., viertelj. 5 Mrk. Für die Staaten des Weltpostvereines: Jährl. 24 Mrk., halbj. 12 Mrk. „Wiener Klinik" separat: Inland: jährl. 8 K; Ausland: 8 Mrk. — Inserate werden für die 2spaltige Nonpareille-Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. = 60 h berechnet. Man abonniert im Auslande bei allen Buchhändlern und Postämtern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administr. der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Organ für praktische Ärzte.

Begründet 1860.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Redigiert von **Priv.-Doz. Dr. Anton Bum.**

Redaktion: Telephon Nr. 13.849. Administration: Telephon Nr. 9104.

Dieser Nummer liegen Titelblatt, Autoren-Verzeichnis und Sachregister für den Jahrgang 1905 bei.

Originalien und klinische Vorlesungen.

Die Behandlung der chronischen Gonorrhöe mittelst Glimmlicht.

Von **Dr. Hermann Strebel**, München.*)

Seit Jahren verfolge ich das Problem der Verwendung der Lichttherapie für die Behandlung der Gonorrhöe. Um zu einer Lösung dieses Problems zu kommen, habe ich die verschiedenartigsten Versuche angestellt. Ich verwendete zuerst Bestrahlungen mittelst eines großen Bogenlichtreflektors ohne jeden Erfolg. Da die untere Urethralwandung nur aus einer dünnen Gewebsschichte besteht, suchte ich zunächst die Durchlässigkeit dieses Gewebes für Licht festzustellen. Ich schob in die Urethra ein feines Glasröhrchen ein, in welches lichtempfindliches Papier eingelegt war, und erhielt nun durch Bestrahlung von außen mittelst durch Linsen konzentrierten Bogenlichtes und Kompression nach einigen Minuten eine deutliche Verfärbung des Papieres in ähnlicher Weise, wie dies auch Finsen bei seinem Versuche am Kaninchenohr gelungen war. Dies veranlaßte mich zur Konstruktion eines besonderen Kompressoriums mit zwei Platten, wovon eine aus Quarz bestand, zwischen welche das Membrum eingespannt wurde. Ich bestrahlte nun von der hinteren Urethralwand her durch die Quarzplatte des Kompressoriums hindurch. Ich erhielt jetzt zwar auf der äußeren Haut eine Reaktion, aber keine Beeinflussung der Urethralschleimhaut selbst. Ich wußte damals noch nicht, daß die chemisch wirksamen Ultraviolettstrahlen schon von dünnsten Membranen absorbiert werden, daß also diese Versuche von vornherein keinen Erfolg haben konnten. Ich bemerke gleich jetzt, daß ich diesen Versuch erst jüngst nochmals unter gleichzeitiger Verwendung der Sensibilisierung mittelst Erythrosininstillation in die Urethra wiederholt habe, und zwar ebenfalls ohne sichtlichen Effekt. Aus dem gleichen Grunde einer übermäßigen Absorption bleibt auch die Bestrahlung mittelst konzentrierten Eisenlichts unter Kompression erfolglos. Durch diese vergeblichen Versuche kam ich zu der Überzeugung, daß eine Beeinflussung von Urethralaffektionen durch die Wandungen des Membrum hindurch bei dem heutigen Stand unserer Technik aussichtslos bleiben müsse und daß nur dann eine Aussicht auf Erfolg vorhanden sein könnte, wenn es mir gelänge, die Lichtquelle im Innern der Urethra selbst zu etablieren oder das Licht in genügender Stärke direkt in die Urethra einzuleiten. Beide Wege sind mir geglückt. Zunächst einige Worte über den letzteren:

Wie ich auf dem Naturforscherkongreß in Kassel 1903 zeigen konnte, habe ich das Problem dadurch gelöst, daß ich das durch Linsen oder Spiegel konzentrierte Licht stärkster Lichtquellen (Sonnen- oder elektrisches Licht bis zu 60 Ampere Stromstärke) auf den glatten Querschnitt eines Quarzstabes oder eines Rohres aus Quarz, welches mit Wasser gefüllt wird, fallen ließ; das Licht geht mit mäßiger Absorption und ohne bedeutende seitliche Ausstrahlungsverluste durch ein solches Quarzsystem hindurch, um am Ende des Stabes oder Rohres als chemisch wirksame, ultraviolethaltige Lichtquelle wieder auszustrahlen. Die Vorrichtungen sind mir patentiert worden. Eine derartige Lichtapplikation für die Urethra erfordert aber ziemlich großen Stromaufwand und diejenigen Dermatologen, welche nicht Lichttherapie betreiben und in größerem Maßstabe mit meinen Speziallampen ausgerüstet

*) Vortrag, gehalten am I. Internationalen Kongreß für Physiotherapie zu Lüttich. — Original-Stenogramm der „Wiener Med. Presse".

sind, können schwer Gebrauch von dieser sonst vorteilhaften Methode machen. Auch ist eine ziemlich lange Expositionszeit notwendig zur Erzielung von genügend starken Lichteffekten. Außerdem aber ist die genaue Einstellung des lichtführenden Quarzstabes oder Rohres auf die zu bestrahlende Urethralstelle sehr schwierig.

Einen Ausweg bietet nun die von mir eingeführte Methode der Bestrahlung mittelst Induktionsfunkenlicht und Glimmlicht, wobei die Lichtquelle in der Urethra selbst untergebracht wird. Zur Erzeugung beider von mir in die Therapie eingeführten Lichtqualitäten genügt ein Induktorium von 15 bis 20 *cm* Schlagweite. Das Induktionsfunkenlicht für Körperhöhlenbestrahlung erzeuge ich auf folgende Weise:

In enge Quarzröhren, die den jeweiligen Körperhöhlenformen angepaßt sind, liegen voneinander isoliert in zwei dünneren Glasröhrchen zwei Elektroden mit einem kleinen Abstand von $^1/_2$ *cm* an dem zugeschmolzenen Quarzrohrende, welcher als Funkenstrecke dient. Die beiden isolierenden Glasröhrchen dienen zugleich als Zufuhr- und Abfuhrrohr für einen Luftstrom, welcher, durch Fuß- oder Motorgebläse oder am besten durch eisgekühlte Preßluft erzeugt, die durch die Funkenstrecke bedingte Erhitzung auf ein Minimum zurückführt und zugleich die an der Funkenstrecke gebildeten Gase, Ozon, Metalldämpfe etc., ableitet. Der von obigen Induktorien gelieferte und durch eine kleine parallel in die Stromleitung zum Instrument geschaltete Leidenerflasche kondensierte Funke springt mit lebhaftem Geräusch innerhalb des Quarzrohres an der Funkenstrecke über, dabei ein helles Licht ausstrahlend. Legt man an die betreffende Quarzstelle ein lichtempfindliches Papier, so tritt nach kurzer Exposition schwarze Färbung auf, bedingt durch die von dem Induktionslicht ausgeschickten Strahlen in Blau, Violett und Ultraviolett, von welchen ich zuerst nachgewiesen habe, daß sie stark bakterientötend und entzündungserregend auf die Haut, somit als Konkurrenz für das Kohlenbogenlicht wirken. Diese für Induktionsfunkenlicht hergestellten Apparate kommen hauptsächlich für die hinteren Urethralaffektionen in Verwendung.

Das elektrische, im luftleeren Raum durch den Wechselstrom erzeugte Glimmlicht ist die erste praktische Verwendung des Vakuumlichtes zu therapeutischen Zwecken. An eine enge Glasröhre ist eine größere Auftreibung angeblasen, in welcher eine Elektrode (Kathode) liegt. Die Anode wird in Form eines langen Aluminiumdrahtes in die enge Röhre geführt und von dieser durch ein zweites dünnes Glasrohr isoliert. In der Nähe der Kathode ist dieses Kabel von einem dritten starken Glasrohr umgeben, weil die in der Nähe auftretende heftige Spannung die einfache Glasisolierung der Anode leicht durchschlägt, also das Instrument unwirksam machen würde. Schließt man nun den Glimmlichtbestrahler, wie ich das Instrument benannt habe, an die Sekundärpole eines Induktors an, so leuchtet der ganze Raum des engen Rohres seiner ganzen Länge nach in hellem Lichte auf, das je nach dem Vakuumzustand des Rohres blendend weiß bis violett ist. Bei längerem Gebrauch wird das Vakuum durch Verdampfung von Metall in ähnlicher Weise verändert, wie dies bei den Röntgenröhren geschieht, und ganz nach dem Vakuumzustand richtet sich die Farbe des Lichtes. Dieses Glimmlicht übt auf lichtempfindliches Papier eine photochemische Wirkung aus, die allerdings durch das Rohrmaterial, welches früher ganz aus Glas bestand, bedeutend abgeschwächt wurde. Dementsprechend war auch eine ganze Anzahl von stundenlangen Sitzungen notwendig, um die von mir angestrebte Lichtentzündung der Urethra zu erreichen. Nachdem es mir nun aber geglückt ist, das leuchtende Rohr aus Quarzfluß hergestellt zu erhalten, sind diese Expositionsverhältnisse ganz andere geworden. Das Glimmlicht ist nämlich eine ungemein starke Quelle für Ultraviolettstrahlen. Man kann dies ohne weiteres daran erkennen, daß, wie schon Lenard nachgewiesen, das Ultraviolett stark ozonerzeugend wirkt. Im Moment des Aufleuchtens eines solchen Quarzinstruments macht sich schon ein starker Geruch nach Ozon bemerklich, die Luft wird ionisiert, empfindliches Papier schwärzt sich schon nach einigen Sekunden. Dieses Licht wirkt natürlich auch bakterientötend, ganz entsprechend dem Gehalt an Ultraviolett.

Die Applikation eines solchen Glimmlichtbestrahlers gestaltet sich folgendermaßen: Man entnimmt das Instrument dem Gaszylinder, in welchem es in eine sterilisierende Flüssigkeit eingehängt sich befindet, und taucht das Rohr in ein mit Glyzerin gefülltes Glas ein. Der Patient sitzt in bequemer Haltung auf einem Lehnstuhl. Man führt nun das Rohr in gleicher Weise wie einen Katheter in die Urethra ein, ohne allen Druck und in der Richtung des geringsten Widerstandes. Sobald dies geschehen, erfaßt der Patient mit der linken Hand das Glied, mit der rechten den Glimmlichtbestrahler an dem verdickten Rohrteil unterhalb der Auftreibung und hält nun das Rohr ruhig in gleicher Stellung fest, auch darf während der Sitzung die Körperhaltung nicht mehr verändert werden, um nicht einen unerwünschten Druck auf das Instrument auszuüben. Nunmehr werden die beiden Sekundärleitungen des Induktors mittelst Kabel an die Ösen des Instrumentes eingehängt und der Strom eingeschaltet. Das Rohr leuchtet auf, ohne daß der Patient das geringste fühlt. Man muß achtgeben, daß die Einschaltung richtig geschieht, wenn nämlich falsch eingehängt wird, also die Pole falsch angelegt werden, tritt an der zur Anode bestimmten Elektrode eine unangenehme Erwärmung auf. Ist richtig geschaltet, dann fehlt diese. Bei falscher Schaltung geht von der Kathode im Glasballon ein Lichtband direkt in das Rohr hinein. Hat man richtig geschaltet, dann fehlt dieses Lichtband und es zeigt sich die Elektrode im Ballon von einer deutlichen Lichthülle umgeben. Dies muß natürlich alles schon vor Einführung des Rohres durch eine Probeschaltung eruiert werden. Die Sitzung beträgt im allgemeinen 40 Minuten. Zur Erzeugung einer Lichtentzündung in der Urethra genügt bei Verwendung des Glimmlichtbestrahlers aus Quarz eine einzige Sitzung. Es ist von Vorteil, während der Sitzung alle 10 bis 15 Minuten eine Drehung des Bestrahlers um ein Viertel Kreisteilung vorzunehmen, weil die Lichtausgabe auf einer Seite des Rohres stärker geschieht als an den anderen; dadurch wird die Urethra gleichmäßig bestrahlt. Unter Umständen empfiehlt es sich auch, die Sitzung von vornherein gleich auf 2 Stunden auszudehnen, und zwar deswegen, weil der Effekt der erstmaligen Bestrahlung immer größer ausfällt als der weiterer Bestrahlungen, da eben auch in der Schleimhaut gewisse Veränderungen auftreten, die wie auf der äußeren Haut die Pigmentierung eine verminderte Permeabilität des Lichtes zur Folge haben. Im allgemeinen gilt das Prinzip, möglichst starke Entzündungen zu erzeugen, und wird man sich mit Vorteil immer an der Grenze des Erlaubten halten. Diese Grenze wird bestimmt durch die Empfindlichkeit des Patienten und durch die Größe der auftretenden Schwellung, die möglicherweise zu Retentionserscheinungen führen könnte, obwohl ich bis heute diesen Fall noch nicht erlebt habe. Die Entzündung mag noch so stark ausfallen, so wird doch innerhalb weniger Tage eine glatte Abheilung und ohne jedes Fehlen von Strikturnarben erfolgen. Die gewünschte Lichtentzündung tritt bereits nach einigen Stunden in ähnlicher Weise ein, wie dies auch bei der äußeren Haut der Fall ist. An den vom Licht getroffenen Stellen zeigt sich die Schleimhaut gerötet, mit Sekretmassen bedeckt, in seltenen Fällen leicht blutend. Als äußeres Zeichen bemerkt man Schmerzhaftigkeit verschiedenen Grades, aber nur während des Urinierens, mehr oder weniger lebhafte Sekretion, Rötung der Urethralmündung. Die Dauer dieses Zustandes erstreckt sich über einige Tage, worauf man, wenn dies notwendig erscheint, eine neue Lichtentzündung setzt und diese wiederholt, bis die Zeichen der chronischen Gonorrhöe verschwunden sind. Was die akute Gonorrhöe anlangt, so sind die nach der Bestrahlung auftretenden Reizerscheinungen in den von mir behandelten

Fällen so stark gewesen, daß die Patienten die Weiterbehandlung unterbrachen. Es wird sich jedoch durch die Verwendung der von mir seit kurzem für solche Fälle eingeführten Induktionslichtbestrahler ein Modus ausbilden lassen, um auch die akute Gonorrhöe für die Lichtbehandlung zugängig zu machen, und werde ich über dieses Thema an anderer Stelle berichten. Die künstliche Lichtentzündung, deren Abheilung ohne Narbenbildung geschieht, hat sich als ausgezeichnetes Heilmittel erwiesen in allen Fällen, wo es sich um chronische Eiterungen handelte, und war diese Beobachtung auch der Grund zur Ausbildung meines Verfahrens. Da ferner bekannt ist, daß durch entzündliche Reaktion die im Gewebe eingebetteten Bakterien sekundär schädlich beeinflußt werden können, kam dieser Gedanke auch bei Behandlung der Gonorrhöe in Frage. Was den Einwurf anlangt, daß die zweifellosen Erfolge der Lichtbehandlung bei der Gonorrhöe durch eine Dilatationswirkung erzeugt werde, so ist derselbe hinfällig aus dem Grunde, weil bei Einführung der Instrumente die Dicke so gewählt wird, daß Dehnungserscheinungen überhaupt ausgeschlossen sind.

Da bei Verwendung des Glimmlichtbestrahlers das Rohr in seiner ganzen Länge aufleuchtet, so wird natürlich auch die ganze Urethra im Bereich des Lichtes entzündet werden. Dies hat einen Vorteil insoferne, als man dann sicher sein kann, daß auch alle im Bereich des Lichtes liegenden erkrankten Schleimhautstellen von der Lichtentzündung mitgetroffen werden. Will man jedoch keine allgemeine Entzündung haben und nur einzelne Schleimhautstellen von dem chemisch wirksamen Lichte treffen lassen, so muß man natürlich vor der Lichtapplikation die Urethra mittelst Endoskops durchsuchen. Dann wird man mittelst eines einfachen, schnell trocknenden Schellackfirnisses das Quarzrohr des Bestrahlers überziehen, weil dieser Firnis die chemischen Strahlen durch Absorption unwirksam macht. Es bleiben nur die Stellen von Firnis frei, welche mit den durch das Endoskop gefundenen korrespondieren sollen. Man kann sich auch so helfen, daß man ein kurzes Endoskop in der Urethra eingestellt liegen läßt und nun den Bestrahler ungefirnißt so weit vorschiebt, daß eben einige Zentimeter des leuchtenden Rohres das Ende des Endoskops überragen. Dies gilt auch für die Einführung des vorher beschriebenen Funkenbestrahlers, der überhaupt nur an seiner Spitze Licht ausgibt. Es wird also sozusagen unter Zuhilfenahme des Endoskops eine Art lokalisierter Lichtätzung vorgenommen.

Ich will nun einige kurze Krankengeschichten wiedergeben, um die Wirksamkeit meiner Methode zu beweisen. Der erste Fall betrifft einen Arzt, der mir einen Selbstbericht zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt hat. Ich lasse dessen Bericht im Original folgen:

„Sehr verehrter Herr Kollege! Da es mir voraussichtlich nicht möglich ist, in nächster Zeit nach München zu kommen, so erlaube ich mir, Ihnen auf diesem Wege nochmals meinen ergebensten Dank auszusprechen für die so erfolgreiche Behandlung. Die Raschheit und Promptheit des Erfolges hat alle meine Erwartungen übertroffen. Ich stelle Ihnen hiermit die Umrisse der Krankengeschichte zur Verfügung: Sommer 1897, gonorrhoische Infektion, Dauer der Sekretion trotz Behandlung mit Silberpräparaten und Adstringentien ca. 3 Monate, in den folgenden zwei Jahren mehrmals spontane Rezidive; seither nicht mehr Ausfluß, doch stets mehr oder weniger zahlreiche Filamente im Urin, Torsion bzw. Divergenz des Urinstrahls, zeitweise etwas Kitzeln beim Urinieren. Deshalb 1904 fast ein Jahr lang spezialistische Behandlung; endoskopischer Befund im Beginn derselben; Infiltration der ganzen vorderen Bahn der Urethralschleimhaut. Die Behandlung bestand in Einführung dicker Metallbougies, Ausspülungen mit Lösungen von Argentum nitricum, Albargin etc. und wurde konsequent durchgeführt. Erfolg vollkommen negativ. Dezember 1904 bei Beginn der Glimmlichtbehandlung Status idem. Im Dezember zwei Bestrahlungen von dreiviertelstündiger Dauer mit je einer Woche Pause. Reaktion: mäßige, schleimige Sekretion, leichtes Brennen beim Urinieren, Dauer je ca. drei Tage. Januar 1905 vier Sitzungen von je zwei Stunden Dauer mit einwöchentlichen Unterbrechungen. Reaktion: heftige Entzündung, starke eitrige Sekretion (im Sekret außer Leukozyten reichliche Epithelien, wenig Bazillen und Kokken, keine Gonokokken), intensive Schmerzen beim Urinieren, Dauer je 5 Tage, dann allmählicher Nachlaß. Nach der letzten Sitzung Pause von drei Wochen; nach Abklingen der Entzündung zeigte sich jetzt nur noch selten ein Fädchen mehr, subjektive Beschwerden ganz geschwunden, Urinstrahl nur noch wenig torquiert; nach Ablauf der drei Wochen endoskopischer Befund: Schleimhaut blaß, Infiltrat geschwunden. Da sich ab und zu doch noch ein Faden einstellte, Ende Februar noch einmalige Bestrahlung von einer Stunde Dauer, darauf mäßige Reaktion. Zur Zeit (12. Mai 1905! — dies gilt auch heute noch! d. V.) keinerlei Filamente mehr, Urinstrahl annähernd normal, vollkommene Heilung etc. etc. etc."

Fall II. Infektion vor 5 Jahren. Sofortige spezialistische Behandlung mit Silberpräparaten, Dauer der starken Sekretion 4 Monate, dann allmählich Rückgang der heftigen Erscheinungen, doch blieb der Morgentropfen ständig bestehen, die Urethralmündung immer verklebt, Flocken und Filamente massenhaft im Urin. Sehr häufig Tenesmen. Bei endoskopischer Untersuchung im Bereich des vorderen Teils der Pars posterior deutliche Zeichen einer chronischen Infiltration.

Da der Fall so gelagert war, daß mein Bestrahlungsinstrument im Bereich der Infiltration etabliert werden konnte, wurde diese Behandlung in Angriff genommen. Im Zeitraum vom 5. Januar 1905 bis 15. Februar 1905 wurden sechs Behandlungen mit je einer Woche Zwischenzeit gegeben, jeweils 45 Minuten Dauer. Jedesmal nur mäßige Entzündung, deutliche Sekretion und lebhafte Empfindung beim Urinieren. Dauer der Empfindung jeweils ca. 3 Tage. Nach der 7. Woche Flockenbildung nur mehr vereinzelt, die früher auffallenden Verklebungen der Urethra sowie der Morgentropfen fehlen ganz. Keine Rötung mehr an der Urethralmündung, auch endoskopischer Befund normal, Schleimhaut blaß. Es wurde zur Vorsicht in der zehnten Woche noch eine Behandlung von $1^1/_2$ Stunden gemacht, darauf heftige Reaktion, die etwa 8 Tage zur Abheilung brauchte, Retentionserscheinungen aber trotzdem nicht vorhanden, nur heftiges Brennen beim Urinieren. Heute, also mehrere Monate nach der Behandlung, keinerlei Beschwerden mehr, Befund auch objektiv normal.

Fall III. Gonorrhöe seit 3 Jahren, mit Sekret morgens und am Tage. Bisherige Behandlung bestand in Injektion mit Silberpräparaten, innerlich verschiedene Balsamika, später Einlegen von Urethralstäbchen. Als dies ein Jahr lang ohne sichtlichen Erfolg durchgeführt wurde, Bougierung mit dicken Sonden und gewaltsame Dehnungen in verschiedenen Pausen. Kein bleibender Erfolg.

Bei Antritt der Lichtbehandlung morgens und tagsüber Sekret, Mündung gerötet, leichtes Brennen. Endoskopisch zeigt sich in der Mitte der Pars pendula an verschiedenen Stellen die Schleimhaut geschwollen, gerötet, Falten verstrichen. Im Sekret zahlreiche Leukozyten und Epithelien, vereinzelte Gonokokken. Es wurden im ganzen fünf Sitzungen à $1^1/_2$ Stunden mit Glimmlichtbestrahlung vorgenommen, jedesmal trat sehr starke Reaktion auf. Wöchentlich je eine Sitzung. Einige Wochen nach Ablauf der fünf Wochen waren alle subjektiven Beschwerden verschwunden, ebenso die Sekretion; endoskopischer Befund normal. Urin klar ohne alle Fäden und Trübungen.

Ich begnüge mich mit Aufzählung vorgenannter drei Fälle aus einer Zahl von etwa 55 Fällen. Alle drei gehören zu den schweren Fällen, die vom Spezialisten vorher mit allen möglichen Mitteln bearbeitet worden waren. Die Beeinflussung dieser Fälle durch Licht ist eine so sichtliche, daß es sich wohl verlohnt, der von mir eingeführten Behandlungsmethode der Gonorrhöe mittelst chemisch wirksamem Licht die Aufmerksamkeit zuzuwenden. Ich kann sagen, daß in allen Fällen, die ich als für die Glimmlichtmethode wirklich geeignet ausgesucht habe, kein einziger Mißerfolg zu verzeichnen war. War ein solcher vorhanden, so war nur der Umstand schuld, daß es nicht gelingen wollte, die tiefgelegenen Teile der Pars posterior als Sitz der Affektion mit dem geraden Glimmlichtbestrahler zu treffen, respektive die bezügliche

Schleimhautstelle unter eine Lichtätzung zu setzen. Ich habe diesem Übelstand dadurch abzuhelfen gesucht, daß ich ein eigens gebautes Instrument für die hintere Urethra konstruierte, und bin jetzt in der Lage, alle Teile der Urethra mit gut wirksamem Licht zu behandeln.

Ich habe auch den Versuch gemacht, gewöhnliches elektrisches Glühlicht in Bergkristallglocken eingeschlossen zur Bestrahlung zu verwenden, aber der Gehalt des Glühlichtes selbst bei Weißglut des Drahtes (Kohle, Platin, Osmium, Thorium!) wirkt nicht genügend, um befriedigende Effekte zu erhalten. Bis jetzt bleibt das Glimmlicht und für spezielle Zwecke das Induktionsfunkenlicht oder der kondensierte Wechselstromfunke die für Urethralbestrahlung wirksamste Lichtquelle.

Aus der Abteilung für Syphilis- und Hautkranke des bosn.-herzeg. Landesspitales in Sarajevo.

Über die merkurielle Frühbehandlung der Syphilis.

Von **Primararzt Dr. Leopold Glück**, Landessanitätsrat etc.

III.

Wie schon aus der obigen, nichts weniger als vollständigen Literaturübersicht zu ersehen, ist die Frage nach dem Einflusse der allgemeinen frühzeitigen Quecksilberbehandlung auf den Primäraffekt als solchen noch lange nicht einheitlich beantwortet. Die Anhänger dieser Methode berichten selbstverständlich nur Günstiges; aber auch manche Gegner schreiben ihr im allgemeinen (Köbner, Heuss etc.) oder in besonderen Ausnahmsfällen (Neumann, Rosenthal etc.) einen heilenden Einfluß auf die initiale Syphilisläsion zu. Nach v. Sigmund hingegen ist dieser Einfluß ein direkt schädlicher, v. Zeissl schließlich schlägt ihn nur gering an.

Ich habe seit jeher und in den allermeisten Fällen von syphilitischem Primäraffekt die merkurielle Lokalbehandlung mit gutem Erfolge angewendet und kann demnach den auch von Pick (17) betonten günstigen Einfluß der örtlichen Anwendung des Quecksilbers auf die Initialsymptome vollinhaltlich bestätigen. Ebenso war ich auf Grund zahlreicher Beobachtungen in der Lage, die günstige Einwirkung des Merkurs, in Form von Einreibungen, Injektionen oder als Pulver und Pillen verabreicht, in allen jenen Fällen zu konstatieren, in denen die allgemeine Frühbehandlung aus besonderen klinischen Gründen angezeigt erschien. In den letzten fünf Jahren endlich, d. i. seit ich neben der lokalen auch die allgemeine Quecksilberbehandlung fast in allen Fällen sofort nach der Feststellung der Initialsklerose einleite, habe ich auf Grund hundertfältiger Beobachtungen nicht nur die Reinigung und die Überhäutung des Primäraffektes beschleunigt, sondern auch die Resorption der Sklerose wesentlich gefördert.

Da nun der initiale Syphilisaffekt ebenso ansteckend ist wie die späteren Allgemeinerscheinungen, und da es ferner keinem Zweifel unterliegt, daß die allgemeine Quecksilberbehandlung die Heilung desselben wesentlich beschleunigt, so ist es nicht nur im Interesse des Kranken, sondern auch aus prophylaktischen Gründen angezeigt, die bezeichnete Behandlung so früh als möglich einzuleiten; selbstverständlich immer unter der Voraussetzung, daß die Diagnose „Syphilis" festgestellt ist.

Die Anhänger der merkuriellen Frühbehandlung behaupten, daß sie, rechtzeitig eingeleitet und genug lange fortgesetzt, imstande sei, auf den Verlauf der Syphilis abortiv zu wirken, d. h. das Auftreten der allgemeinen Erscheinungen gänzlich zu verhüten. Diese mehr auf der Hypothese von der spezifischen antiluetischen Quecksilberwirkung als auf positiven Beobachtungsergebnissen basierte Behauptung ist nach meiner Erfahrung unrichtig und hat der merkuriellen Frühbehandlung die heftigste Gegnerschaft zugezogen.

Jeder erfahrene Arzt weiß aus eigener Praxis, daß es Fälle gibt, in denen zweifellose Initialsklerosen mit indolenter Lymphdrüsenschwellung die einzigen und einzig bleibenden Erscheinungen der Syphilis sind. Diese „Syphilis frustra" oder „Syphilis abortiva", von welcher die Bücher leider gar nicht sprechen, gehört wohl zu den Ausnahmen, sie bildet aber keinesfalls eine besondere Rarität.

Von meinen 111 frühbehandelten Patienten sind, wie bereits erwähnt, 59 nach der Heilung des Primäraffektes im Spitale nicht wieder erschienen. Einen Optimisten könnte dieser Umstand vielleicht zur Annahme verleiten, daß die merkurielle Frühbehandlung auf eine größere oder geringere Anzahl der ausgebliebenen Fälle von abortiver Wirkung war, ein Skeptiker wieder könnte möglicherweise behaupten, daß die Genitalaffekte bei diesen Kranken keine „Initialsklerosen", sondern venerische Geschwüre waren, die keine weiteren Erscheinungen zur Folge hatten.

Es ist nicht ausgeschlossen, daß auch unter den erwähnten 59 Fällen sich der eine oder der andere vorfand, bei dem die allgemeinen Syphiliserscheinungen ohne Rücksicht auf die durchgemachte Behandlung ausgeblieben sind, in der weitaus überwiegenden Mehrzahl sind jedoch — meiner Überzeugung nach — die Kranken aus dem Grunde nicht wieder gekommen, weil sie, den fluktuierenden Bevölkerungsklassen angehörend, die nachfolgenden Syphiliserscheinungen, insofern dieselben überhaupt erkannt und beachtet wurden, anderwärts behandeln ließen.

Tatsächlich waren die meisten dieser Patienten fremdländische Bahnarbeiter, sogenannte Baraber, welche bekanntlich ein Nomadenleben führen.

Die Differentialdiagnose zwischen hartem und weichem Schanker kann unter Umständen selbst dem geübtesten Arzte Schwierigkeiten bereiten. Da ich mich nun absolut nicht für unfehlbar halte, so greife ich in zweifelhaften Fällen seit jeher grundsätzlich zur Impflanzette. Fällt die Impfung am Träger des verdächtigen Geschwürs positiv aus, so lasse ich keine merkurielle Frühbehandlung einleiten. In der Weise glaube ich einerseits den Kranken vor einer meist überflüssigen Merkurialisation und mich vor einem diagnostischen Irrtum zu schützen. Übrigens wäre noch zu bemerken, daß venerische Geschwüre bekanntlich auf die lokale Anwendung des Quecksilbers gewöhnlich anders reagieren als syphilitische Primäraffekte.

Dem Gesagten zufolge müßte ich einen etwaigen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose bei den oberwähnten 59 Patienten ganz entschieden zurückweisen.

Die Anhänger behaupten und die Gegner geben fast durchwegs zu, daß die merkurielle Frühbehandlung das Auftreten der allgemeinen Syphiliserscheinungen aufzuschieben vermag. Nur in bezug auf die Dauer und die Bedeutung dieses „Aufschubes" gehen die Ansichten auseinander. Die einen, wie z. B. Kaposi, Heuss, v. Watraszewski (18) etc. erwähnen diese Tatsache nur in allgemeinen Worten, ohne Angabe eines Termines, v. Zeissl spricht von wenigen Tagen, Köbner von wenigen Wochen bis zu 5 Monaten; im gleichen Sinne äußert sich auch Pick. Den längsten Termin, den bis zu 6 Monaten, führt Hutchinson an.

Die Anhänger, zu denen ich auch Pick zähle, betrachten das verzögerte Auftreten der sekundären Erscheinungen „als den Ausdruck einer positiven, aber ungenügenden Heilwirkung, als ein Zeichen dafür, daß man die Behandlung nicht lange und nicht konsequent genug fortgesetzt hat", die Gegner hingegen sehen in ihr eine Verschleppung bzw. Verlängerung der Krankheitsdauer überhaupt, oder mindestens eine Verlängerung des tertiären auf Kosten des sekundären Stadiums der Syphilis.

Nach meinem Dafürhalten sind beide Ansichten unrichtig. Hutchinson z. B. leitet die merkurielle Frühbehandlung

so zeitlich als möglich ein und setzt sie möglichst konsequent durch sechs Monate fort. Man sollte nun glauben, daß eine halbjährige ununterbrochene Behandlung doch hinreichend sei, um das Auftreten der Allgemeinerscheinungen hintanhalten zu können. Leider ist dem nicht so, denn HUTCHINSON selbst führt an, daß er Fälle beobachtet habe, in denen gleich nach dem Aussetzen dieser langen Behandlung sekundäre Erscheinungen aufgetreten sind. Besonders instruktiv ist in dieser Beziehung der von BARTHÉLÉMY aus dem Hôpital St. Louis angeführte Fall. „Dort war ein Patient wegen ausgedehnter syphilitischer Ulzerationen etc. monatelang mit Quecksilber und Jod behandelt worden, ohne daß dadurch irgendwelche Besserung erzielt worden wäre. Noch während dieser antisyphilitischen Behandlung infizierte sich Patient wirklich syphilitisch! Die bisher als Äußerungen einer konstitutionellen Syphilis seit Monaten erfolglos behandelten Efflorescenzen und Geschwüre erwiesen sich bei nachträglicher genauer Untersuchung als ungewöhnliche Formen von Lupus vulgaris" (HEUSS). Eine mehrere Monate lange und energisch durchgeführte echte Präventivbehandlung mit Quecksilber war demnach nicht imstande, den Patienten vor der Infektion mit Syphilis und dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen zu schützen. Schließlich verdient noch die wenig berücksichtigte Tatsache hervorgehoben zu werden, daß sogar mit merkurieller Kachexie behaftete Quecksilbergrubenarbeiter an allgemeiner Syphilis erkranken können. Ich selbst habe seinerzeit in Bosnien mehrere derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Wenn nun eine echte präventive, energische Merkurialisation das Auftreten der Syphilis nicht zu verhüten vermag, so kann um so weniger die Verschiebung des Ausbruches der allgemeinen Lueserscheinungen als Ausdruck einer ungenügenden Wirkung bzw. als Folge einer unzureichenden Quecksilberbehandlung im Frühstadium der Krankheit aufgefaßt werden.

Von den 42 Fällen meiner Beobachtung, die überhaupt Sekundärerscheinungen dargeboten haben, sind diese letzteren bei 29 mehr minder rechtzeitig und nur bei 13 erst später aufgetreten. Da eine Verzögerung der Proruption bis zum Abschlusse von 10 Wochen nach der Ansteckung bekanntlich manchmal auch bei nicht Frühbehandelten vorkommt, so haben wir nur in solchen Fällen von einer Verschiebung gesprochen, bei denen sich die Allgemeinerscheinungen später als in dem genannten Termine gezeigt haben.

Die Frühbehandlung übt demnach tatsächlich nur bei einem Teile der Kranken (PICK gibt 35% an) eine aufschiebende Wirkung aus, bei der Mehrzahl derselben bleibt sie in dieser Beziehung ohne Einfluß.

Die Dauer dieser Verschiebung ist in den einzelnen Fällen eine sehr verschiedene, bei einem Kranken treten die sekundären Erscheinungen schon 11—12 Wochen nach der Ansteckung auf, in einem anderen Falle wieder vergehen bis dahin 8—10 Monate. Eine über 10 Monate dauernde Verschiebung des ersten Auftretens der Allgemeinerscheinungen wurde meines Wissens bisher nicht beobachtet.

Man könnte versucht sein, diese Differenzen im Erscheinen der Sekundärsymptome auf den größeren oder geringeren Verbrauch von Quecksilber zurückzuführen. Bei näherem Studium der Einzelbeobachtungen stellt sich jedoch heraus, daß diese Annahme unrichtig wäre, da sich gleich lang und gleich intensiv behandelte Fälle in bezug auf den Zeitpunkt, in welchem die Allgemeinerscheinungen auftreten, ganz verschieden verhalten können. Ja, es kommt sogar nicht selten vor, daß sich diese Erscheinungen bei einem kürzer und milder behandelten Kranken viel später als bei einem lang und energisch behandelten zeigen. Meiner Überzeugung nach spielt in dieser Richtung die Aktivität des Virus bzw. die größere oder geringere Widerstandskraft des Individuums gegen die Wirkung des Giftes die Hauptrolle.

Der Meinung der Gegner, wonach die Verschiebung des Auftretens allgemeiner Erscheinungen infolge der merkuriellen Frühbehandlung als Verlängerung der Krankheit aufzufassen sei, kann die mehr begründete Ansicht entgegen gehalten werden, daß diese Verschiebung in Anbetracht der klinischen Charaktere der auftretenden ersten sekundären Symptome als Beschleunigung bzw. Verkürzung des Krankheitsprozesses aufzufassen sei. Selbst manche gegnerische Autoren geben zu, daß die merkurielle Frühbehandlung die Dauer des sekundären Stadiums verkürzt. Unbegründet ist nur der Beisatz derselben, daß diese Verkürzung mit einer Verlängerung des tertiären Stadiums Hand in Hand gehe.

Diese Behauptung basiert augenscheinlich auf der Annahme, daß die tertiären Erscheinungen bei frühbehandelten Kranken zeitlicher auftreten sollen als bei spätbehandelten. Nun lehrt uns die Beobachtung, daß die bei den ersteren auftretenden Allgemeinerscheinungen manchmal schon von vornherein den Charakter von Rezidiven (Spärlichkeit des Exanthems, gruppierte Anordnung desselben, frühzeitige Psoriasis palmaris et plantaris, vorzeitige Alopecie etc.) an sich tragen, keinesfalls aber, daß in solchen Fällen der Tertiarismus früher als bei spätbehandelten Kranken auftrete.

Selbst angenommen, aber nicht zugegeben, daß die Erscheinungen der tertiären Syphilis bei frühbehandelten Patienten beschleunigter auftreten als bei nicht frühbehandelten, so folgt noch keinesfalls daraus, daß hierdurch das Spätstadium der Syphilis verlängert werde. Es ist ja gar nicht ausgeschlossen, daß in solchen Fällen dieses Stadium auch rascher zu Ende geht und die Kranken hierdurch früher syphilisfrei, d. i. vollständig geheilt werden.

Übrigens wäre schon die Abkürzung des sekundären, also des notorisch infektiösen und hereditären Stadiums der Syphilis allein, vom klinischen, hygienischen und sozialen Standpunkte betrachtet, eher als Vorteil, denn als Nachteil der so vielfach verpönten Behandlungsmethode zu betrachten.

Unsere eigenen Beobachtungen sprechen gleichfalls nicht für die Annahme eines frühzeitigen Auftretens des Tertiarismus. Der erste unserer 13 frühbehandelten Kranken, bei denen die sekundären Erscheinungen erst längere Zeit nach dem Abschlusse der Behandlung aufgetreten sind, hat vor nahezu fünf Jahren, der letzte vor einem Jahre das primäre Stadium durchgemacht, und dennoch haben wir bei keinem derselben bisher tertiäre Erscheinungen gesehen, wobei nicht vergessen werden darf, daß bei uns in Bosnien die Syphilis praecox viel häufiger als anderwärts vorzukommen pflegt.

Die weiteren Nachteile, welche die merkurielle Frühbehandlung nach der Ansicht der Gegner zur Folge haben soll, sind: eine vermehrte Rezidivität, eine erhöhte Frequenz und ein beschleunigtes Auftreten von Gummen des Haut- und Knochensystems, von Erkrankungen seitens des Zentralnervensystems sowie anderer Organe und eine Störung im typischen Verlaufe der Syphilis überhaupt.

Ob und welchen Einfluß die Frühbehandlung auf die Häufigkeit der Rezidive auszuüben vermag, dürfte vielleicht aus der folgenden Zusammenstellung zu ersehen sein. Von den zwischen dem 1. Januar 1901 bis Ende Dezember 1904 frühbehandelten 111 Kranken sind bis Ende Juni 1905 im ganzen 16, und zwar 14 je einmal und zwei je zweimal mit Rezidiven neuerlich ins Spital gekommen. In dem gleichen Zeitraume wurde bei 156 Patienten meiner Abteilung die Quecksilberkur erst nach dem Auftreten der ersten Allgemeinerscheinungen eingeleitet. Von diesen sind nun gleichfalls bis Ende Juni 1905 32 Kranke, und zwar 26 je einmal, 4 je zweimal und endlich 2 je dreimal mit Rezidiven zur Behandlung gelangt.

Die Rezidivität der Frühbehandelten betrug somit im ganzen 14·4% gegenüber 20·5% bei den Nichtfrühbehandelten; sie war demnach bei den ersteren überhaupt geringer als bei den letzteren. Ebenso war die zweifache und drei-

fache Rezidivität bei den letzteren häufiger als bei den Frühbehandelten.

Was nun die Schwere der bei merkuriell frühbehandelten Kranken auftretenden Allgemeinerscheinungen betrifft, so kann auf Grund objektiver Beobachtung gesagt werden, daß sie in bezug auf die Intensität und Extensität keineswegs von der Norm abweicht.

Welchen Wert die seinerzeitige Behauptung RUMPFs hat, wonach das vorzeitige Auftreten der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems eine Folge der von ihm als „antizipierte Behandlung" bezeichneten merkuriellen Frühbehandlung sei, kann man am besten auf Grund der neuesten Forschungsergebnisse nach dem chronologischen Auftreten der Nervensyphilis beurteilen. Früher war die Meinung allgemein verbreitet, daß das zentrale Nervensystem durch die Syphilis gewöhnlich erst spät in Mitleidenschaft gezogen werde. Nun haben aber die eingehenden Studien NAUNYNs und anderer Neurologen gezeigt, „daß" — wie OPPENHEIM (19) sagt — „die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems im ersten Jahre nach der Infektion am häufigsten auftreten und daß ihre Häufigkeit von Jahr zu Jahr abnimmt". Fügen wir noch hinzu, daß unter den Faktoren, welche eine ätiologische Bedeutung für die frühzeitige Nervensyphilis haben können, wohl der Mangel der merkuriellen Behandlung überhaupt, aber nicht die präventive Quecksilberbehandlung erwähnt wird, so sehen wir, wie wenig begründet die RUMPFsche Behauptung war.

Ebenso unbegründet ist die Behauptung, daß die merkurielle Frühbehandlung das vorzeitige Auftreten gummöser Neubildungen verursacht. Viel eher könnte auch hier die mangelnde oder ungenügende Merkurialisation als Erklärungsgrund des präzipitierten Auftretens des Tertiarismus herangezogen werden. Tatsächlich haben neben den Beobachtungen anderer auch meine Erfahrungen gezeigt, daß schlecht, gar nicht oder überhaupt ungenügend merkuriell behandelte Syphilitiker meist viel früher und viel häufiger tertiär werden als solche, die zur richtigen Zeit ein entsprechendes Quantum von Quecksilber verbraucht haben.

Übrigens soll noch auf die gewiß nicht unwichtige Tatsache hingewiesen werden, daß bisher keiner meiner frühbehandelten Kranken spätsyphilitische Veränderungen dargeboten hat.

Es wurde bereits erwähnt, daß die ersten Allgemeinerscheinungen, welche bei der frühen Quecksilberkur verspätet auftreten, manchmal den Charakter von Rezidiven an sich tragen, wodurch tatsächlich die typische Verlaufsweise der Syphilis in „Unordnung" geraten kann. Es fragt sich nun, ob diese „Unordnung" für den Kranken irgendwelche wesentliche Bedeutung hat? Es ist möglich, daß sie die Beurteilung der Krankheitsdauer erschwert, keinesfalls aber ist sie imstande, das ärztliche Urteil über das Wesen der Erscheinungen zu verwirren. Die auftretenden Erscheinungen entsprechen vielleicht nicht der Chronologie, aber sie tragen unter allen Umständen die unverwischbaren Charaktere der Spezifizität an sich. Hautexantheme, Schleimhautpapeln, Augen- und Kehlkopfaffektionen, gummöse Neubildungen der Haut und des Knochensystems werden von dem Arzte ebenso leicht oder schwer bei einem Frühbehandelten wie bei einem Nichtfrühbehandelten diagnostiziert werden.

Auch bei anderen Krankheiten, wie z. B. dem Abdominaltyphus, kann die Medikation den typischen Verlauf wesentlich stören, und doch klagen die Ärzte nicht über eine Verwirrung der objektiven Beobachtung und verwerfen nicht deswegen die diese Störung verursachende Behandlungsmethode. Im Gegenteil! Sie sehen in der erzielten „Unordnung" einen Erfolg der therapeutischen Maßnahmen.

Da nun die „Unordnung" auch bei der Syphilis als Beschleunigung bzw. Abkürzung des Krankheitsprozesses aufgefaßt werden muß, so erscheint es fast unbegreiflich, wie man sie als eines der Motive zur Verwerfung der merkuriellen Frühbehandlung hinstellen konnte.

Von den weiteren Nachteilen, die nach der Meinung der Gegner die merkurielle Frühbehandlung haben soll, wären noch die folgenden rein therapeutischen besonders zu erwähnen. Nach v. SIGMUND wirkt sie nicht allein langsamer und unvollständiger als die „erst in der späteren Periode vorgenommene, wohl angepaßte, allgemeine antisyphilitische Behandlung", sondern sie muß auch „länger ausgedehnt" und „oft wiederholt werden". KAPOSI fürchtete den Verlust der Kur, „da man bei dem retardierten Erscheinen der Symptome die Behandlung doch wieder von vorne beginnen muß". NEUMANN endlich, dem sich v. ZEISSL und HEUSS anschließen, hält die Frühbehandlung für irrationell, da wir bei ihr ohne „Kenntnis der In- und Extensität der Krankheitserscheinungen" vorgehen, da sie überdies eine Abschwächung, ja Aufhebung der Wirksamkeit des Quecksilbers bei den später notwendig werdenden Kuren verursacht und schließlich die nachteiligen Nebenwirkungen des Hg, wie z. B. die Stomatitis, Diarrhöen, Anämie etc., viel früher und stärker provoziert.

Alle diese Vorwürfe können unschwer widerlegt werden. Zunächst will ich, auf die eigene Erfahrung gestützt, konstatieren, daß die merkurielle Frühbehandlung in allen 111 Fällen meiner Beobachtung stets prompt und energisch gewirkt hat und daß die Kur in keinem Falle als verloren zu betrachten war. Mit Ausnahme des Zigeuners, dessen Krankengeschichte mitgeteilt wurde, blieb keiner meiner Patienten übermäßig lange im Spitale. Im Gegenteil mußte bei vielen derselben, da sie nach raschem Schwunde der Erscheinungen auf die Entlassung gedrungen haben, die Behandlung früher, als mir lieb war, abgeschlossen werden. Schließlich spielt auch der Umstand, daß das Auftreten der Allgemeinerscheinung bei einem Teil der Patienten auf 8—10 Monate herausgeschoben wurde, dafür, daß die Frühbehandlung energisch und nachhaltig zu wirken vermag.

Ebenso unstichhaltig ist die Behauptung, daß man bei der Frühbehandlung ohne Kenntnis der In- und Extensität der Erscheinungen vorgeht. Sind denn die Initialsklerosen und die Lymphdrüsenschwellungen nicht Erscheinungen, die in klinischer Beziehung zahlreiche Verschiedenheiten besitzen? Heute, wo selbst die Mehrzahl der Gegner den früher behaupteten schädlichen Einfluß des Quecksilbers auf den Primäraffekt negiert und manche derselben bei abnormen klinischen Verhältnissen der Initialläsion selbst zur Frühbehandlung greifen, wird kaum jemand daran zweifeln, daß der Merkur nicht nur in seiner topischen, sondern auch in allgemeiner Verwendung auf die Anfangssymptome der Syphilis einen günstigen Einfluß ausübt.

Selbstverständlich bezweckt die Frühbehandlung nicht allein die Übernarbung, sondern auch die tunlichste Rückbildung bzw. Erweichung der Sklerose und die möglichste Abschwellung der vergrößerten Lymphdrüsen. Hiermit sind neben den allgemeinen hygienisch-prophylaktischen auch die speziellen klinischen Indikationen in bezug auf das Quale und das Quantum des zu verwendenden Hg-Präparates gegeben. Für eine große, exulzerierte und sehr derbe Sklerose mit nachfolgender Phimose oder Paraphimose, oder für ein ausgedehntes induratives Ödem mit starker multipler Intumeszenz der Lymphdrüsen wird man zweifellos eine größere Menge eines energischer wirkenden Quecksilbermittels anordnen, als für eine oberflächliche Erosion mit geringer Drüsenschwellung.

Entgegen der Behauptung der Gegner hat ferner die Beobachtung gelehrt, daß die frühzeitig behandelten Syphilitiker eher weniger als mehr den Rezidiven der Krankheit ausgesetzt sind. Ebenso wissen wir aus der Erfahrung, daß die Häufigkeit und die Intensität der Rezidive keinesfalls von der Behandlung allein, sondern vielmehr von der Virulenz des Syphilisgiftes und von verschiedenen, teils ange-

borenen, teils erworbenen individuellen Eigentümlichkeiten des Kranken abhängen.

Dem Gesagten zufolge darf daher die an und für sich richtige Behauptung, wonach die Wirkung des Quecksilbers bei kurz nacheinander folgenden Kuren abgeschwächt oder aufgehoben sein kann, gleichfalls nicht mit der Frühbehandlung in Kausalnexus gebracht werden.

Bei objektiver Beurteilung aller in Betracht kommender Momente gelangt man bezüglich des Wertes der merkuriellen Frühbehandlung zu den folgenden Schlüssen:

1. Sie beschleunigt die Überhäutung und den Schwund der Initialsklerose und fördert die Verkleinerung der geschwellten Lymphdrüsen. Hierdurch entspricht sie nicht nur den allgemein geltenden Grundsätzen über die Notwendigkeit des tunlichst frühzeitigen therapeutischen Eingreifens in jedem Erkrankungsfalle, sondern auch den hygienisch-prophylaktischen Anforderungen in betreff der möglichst raschen und gründlichen Beseitigung vorhandener Infektionsherde.

2. Die von den Anhängern behauptete präventive bzw. abortive Wirkung der merkuriellen Frühbehandlung ist nicht erwiesen, es unterliegt jedoch keinem Zweifel, daß sie — rechtzeitig eingeleitet — das Auftreten der syphilitischen Allgemeinerscheinungen bis auf die Dauer von zehn Monaten aufzuschieben vermag. In letzteren Fällen können schon die ersten Allgemeinerscheinungen die bekannten Charaktere der Syphilisrezidive an sich tragen, was auf eine Beschleunigung des Krankheitsverlaufes hinweist.

3. Die der Quecksilber-Frühbehandlung von den Gegnern zugeschriebenen klinischen und therapeutischen Nachteile, insbesondere die Vermehrung und Erschwerung der Rezidiven, die Abschwächung der Hg-Wirkung bei später notwendig werdenden Kuren, sowie endlich das frühzeitige und schwerere Auftreten der schädlichen Nebenwirkungen des Merkurgebrauches werden durch die Praxis nicht bestätigt.

Die Beobachtung lehrt vielmehr, daß die in Rede stehende Behandlungsmethode in der Regel die Zahl und die Intensität der Syphilisrezidiven wesentlich vermindert, daß ferner die Wirkung des Quecksilbers sowohl gelegentlich der ersten als auch der etwa nachfolgenden Verwendungen eine gleich prompte, energische und andauernde ist, wie bei Kranken, die erst nach dem Auftreten der Sekundärerscheinungen einer allgemeinen Hg-Behandlung unterzogen wurden, und daß endlich die merkurielle Stomatitis, Diarrhöen, Anämie usw. bei Früh- und Spätbehandelten gleich häufig, bzw. selten vorzukommen pflegen.

Da demnach die merkurielle Frühbehandlung neben mehreren praktisch bedeutsamen Vorteilen keinerlei wesentliche Nachteile hat, so erscheint ihre weitere Anwendung nicht allein als zulässig, sondern geradezu empfehlenswert.

Literatur: 1. J. K. Proksch, Die Geschichte der venerischen Krankheiten. Zweiter Teil. Bonn 1895. — 2. F. Swediauer, Vollständige Abhandlung über die Zufälle, die Wirkungen, die Natur und die Behandlung der venerischen Krankheiten. Aus dem Französischen übersetzt von Josef Eyerel. Bd. 1. Wien 1798. — 3. A. C. J. Michaelis, Kompendium der Lehre von der Syphilis etc. Wien 1859. — 4. H. Hölder, Lehrbuch der venerischen Krankheiten etc. Stuttgart 1851. — 5. Prof. Chr. Bäumler, Syphilis. Dritte, umgearbeitete Auflage. Leipzig 1886. — 6. J. Hutchinson, Syphilis. Deutsche, autorisierte Ausgabe etc. von Artur Kollmann. Leipzig 1888. — 7. E. Schwimmer, Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie. Ergänzungshefte zu „Monatshefte für praktische Dermatologie". Hamburg 1888. — 8. C. Sigmund R. v. Ilanor, Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen der Syphilis. Zweite, vielfach vermehrte Auflage. Wien 1880. — 9. „Berliner klin. Wochenschr.", 1890, Nr. 54. — 10. M. Kaposi, Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart 1891. — 11. I. Neumann, Syphilis. Zweite Auflage. Wien 1899. — 12. E. Heuss, Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie. „Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte", 1901, Nr. 6. — 13. M. v. Zeissl, Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart 1902. — 14. O. Rosenthal, Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Wien u. Leipzig 1904. — 15. M. Möller, Merkuriolöl — ein neues Quecksilber-Injektionsmittel. „Arch. f. Dermat. u. Syphilis", Bd. 66, 1903. — 16. Galewsky, Über lösliches Kalomel (Kalomelol). Bericht über die Verhandlungen des VIII. Kongresses der D. D. G. in Sarajevo. Wien und Leipzig 1904. — 17. F. J. Pick, Behandlung und Prophylaxis der venerischen Helkose und der Syphilis. Aus „Handbuch der speziellen Therapie innerer Krankheiten", herausgegeben von F. Penzoldt und R. Stintzing. Jena 1895. — 18. v. Watraszewski, Über den Wert der präventiven Behandlungsmethoden in der Syphilis. „Archiv f. Dermatol. u. Syphilis", Bd. 23, Nr. 1, 1891. — 19. Prof. H. Oppenheim, Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Wien 1896.

Referate.

Principiis obsta! (Ein Mahnwort an die Berufsgenossen in der Frage der Krebstherapie von der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.[1])

Ärzten und Patienten mag vielleicht in einer nicht rasch genug herbeizusehnenden besseren Zukunft die Wohltat eines wirklichen Krebsheilmittels beschieden sein; zurzeit aber missen wir schmerzlich selbst die schwächsten dämmernden Anzeichen solch einer segensreichen Errungenschaft. Der Krebs ist aber in der großen Mehrzahl der Fälle heilbar; er ist dauernd heilbar in dem Stadium, wo er noch ein lokales Leiden darstellt, und das derzeit zuverlässigste Heilmittel ist das rechtzeitig und richtig angewendete Messer des Chirurgen. Das Ziel der vollständigen operativen Entfernung des Krebes und hiermit der radikalen und dauernden Heilung ist um so leichter und um so gewisser erreichbar, je mehr die Operation den Charakter einer Frühoperation trägt. Dann sind auch die hierbei notwendigen Operationen als solche unvergleichlich einfacher und weniger eingreifend. Hat einmal der Krebs über seinen primären Sitz hinaus die Lymphdrüsen ergriffen, sind mit seinem Zerfall entzündliche Komplikationen hinzugetreten, haben sich in seiner Umgebung Verwachsungen gebildet, die ihn fixieren und mit Nachbarorganen, zumal größeren Blutgefäßen und Nerven, in innige Verbindung gebracht haben, dann steht der Operateur vor komplizierten Aufgaben und der ehedem leichte Eingriff hat sich zu einem schwierigen gestaltet. Erfolgverheißend, das heißt zu dauernder Heilung führend ist und kann also die Karzinomoperation nur dann sein, wenn sie in dem Stadium der Krankheit durchgeführt wird, wo sie als rein lokales Leiden noch auf das befallene Organ und höchstens noch auf dessen regionäres Lymphgebiet beschränkt ist. Hierzu kommt dann der Vorteil der so ausgebildeten operativen Methodik bei den Karzinomoperationen unserer Tage. Daß es in vielen Fällen durch die Patienten selbst verschuldet wird, wenn der geeignete Moment für die Operation versäumt wird, lehrt die tägliche Erfahrung. Andrerseits darf man es sich nicht verhehlen, daß die Krebskranken häufig genug auch durch ärztliches Verschulden spät, manchmal zu spät zur Operation kommen. Auch hier ist es die häufige Unscheinbarkeit der Krankheitserscheinungen, welche den Arzt verleitet, auf eine gründliche Untersuchung zu verzichten und die Diagnose eines benignen Leidens anzunehmen. Namentlich die vorgefaßte Meinung, daß zu den legitimen Krankheitserscheinungen des Krebses eine charakteristische Kachexie gehöre, hat schon manche unheilvolle Verzögerung der richtigen Diagnose verschuldet. Gerade in jenem Stadium, welches das für die Operation geeignetste ist, werden die Erscheinungen der Kachexie durchaus vermißt. Außer der infolge unterlassener gründlicher Untersuchung verspäteten Diagnose werden die Kranken vielfach auch deswegen dem Operateur so spät zugeführt, weil die Ärzte über die tatsächlich erreichbaren und schon erreichten Dauererfolge der Operation nicht richtig informiert sind und sie mit der Diagnose des Karzinoms den Begriff der Unheilbarkeit verbinden. Ein Rückblick auf die diesbezügliche Literatur zeigt das Unhaltbare einer solchen Meinung. (Die einschlägige, lehrreiche Literatur ist im Originale einzusehen.) Aus den angeführten Zahlen wird es jedenfalls unzweifelhaft, daß durch rechtzeitige chirurgische Hilfe in einer nicht kleinen Zahl Dauerheilung des Krebses erzielt werden kann! Unser Bestreben muß daher dahin gerichtet sein, in jedem einzelnen Falle durch gewissenhafteste Ausnutzung aller diagnostischen Behelfe

[1]) Dieses Elaborat ist von einem zum Studium der Karzinomfrage eingesetzten Komitee, bestehend aus den Gesellschaftsmitgliedern Breuer, Chrobak, v. Eiselsberg, Escherich, A. Fränkel, v. Frisch, Hochenegg, v. Neusser, Nothnagel, Riehl, Schauta, v. Schrötter, Teleky und Wertheim, verfaßt worden und wird in Form einer Broschüre an alle Ärzte versendet werden. Wir sind durch das Entgegenkommen des Präsidiums der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien in der Lage, den wesentlichen Inhalt dieses Elaborats schon heute mitteilen zu können.



zur Frühdiagnose des Karzinoms zu gelangen, um die Krebskranken in jenem Stadium der operativen Behandlung zuzuführen, in dem der Eingriff zur dauernden Heilung führen kann. Hierfür ist es notwendig, den Frühsymptomen des Krebses in den einzelnen Organen seine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. — Es folgen nun die markantesten diesbezüglichen Anhaltspunkte bei den verschiedenen Formen von Karzinom der Haut, der Lippe, der Zunge, des Mundbodens, der Wangenschleimhaut, des Kehlkopfes, der Brustdrüse, des Magens, des Darmes, der Harnwege, der weiblichen Genitalien in leichtfaßlicher Form dargestellt und daher sicherlich geeignet, einerseits aufklärend und andrerseits ermunternd zu wirken im Kampfe gegen den Würgengel der Menschheit, das Karzinom. B.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel (Geheimrat Siemerling).

WASSERMEYER: Beitrag zur Wirkung des Schlafmittels Isopral.

Verf. hat das Mittel entweder in Lösung — es löst sich sehr leicht —, und zwar meist in Wasser oder in Substanz in Oblaten gegeben. Auch ohne den Zusatz von Geschmackskorrigentien hat er bei der Verabreichung keine Schwierigkeiten gehabt. Unangenehme Nebenerscheinungen bei dieser Art der Darreichung wurden nicht bemerkt; das Mittel wurde stets nach der Mahlzeit verabfolgt. Verbraucht wurden im ganzen 185 *g* in 163 Dosen von 0·5 bis 2·5 *g* bei 24 Kranken („Berliner klin. Wochenschr.", 1905, Nr. 37). Bei einfacher Schlaflosigkeit ohne besondere Erregung oder stärkere Affekte war mit 0·5—1 *g* Isopral im allgemeinen ein guter Erfolg zu verzeichnen. Bei unruhigen Kranken, paralytischen und katatonischen Erregungszuständen, schwerer Melancholie und einem Fall von Dementia senilis versagten Dosen von 0·5 *g* gänzlich. Man mußte steigen bis zu 2·5 *g*, ohne jedoch auch hiermit immer einen sicheren Erfolg zu erzielen, wobei aber zu bemerken ist, daß andere Mittel wie Veronal 1·0 *g*, Trional 2·0 *g*, Paraldehyd 8·0 *g*, Chlorhydrat 2·5 *g* ebenfalls zuweilen im Stich ließen. Bei einem Katatoniker mit lebhaften Sinnestäuschungen und ängstlichem Affekt war 0·5 *g* Isopral wirkungslos, von befriedigender Wirkung war 1 *g*. Bei einem andern nachts sehr unruhigen Katatoniker erzeugte 1 *g* Isopral leidlichen Schlaf. In einem Falle von Dementia senilis wurde 0·5 *g* Isopral ohne, 1 *g* mit ziemlich guter Wirkung verabreicht. Bei einem Delirium tremens mit sehr großem Bewegungsdrang und heftiger Angst gelang es einmal, mit 2 *g* Isopral einen 3½stündigen Schlaf zu erzielen, ferner blieb der Kranke nach dem Erwachen noch mehrere Stunden verhältnismäßig ruhig. In der folgenden Nacht, während das Delirium noch in voller Stärke bestand, schlief er mit 2 *g* Isopral mit kurzen Unterbrechungen. Bei einer schweren Melancholie mit lebhaftem Angstaffekt und hartnäckiger Schlaflosigkeit war 0·5—1 *g* Isopral ziemlich machtlos; 1·5—2 *g* blieben von unsicherer Wirkung, mit 2·5 *g* schlief der Kranke ziemlich gut. Die von FÖRSTER in Vorschlag gebrachte äußerliche Anwendung des Mittels schien bei den Fällen WASSERMEYERS im allgemeinen nicht zweckmäßig. Objektiv sind von WASSERMEYER ebensowenig unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet worden wie von ESCHLE, MENDL, MONTAGNINI, MUTHMANN, RANSOHOFF und URSTEIN. Mit anderen gebräuchlichen Schlafmitteln verglichen, hat Verf. den Eindruck gewonnen, daß es dem Veronal in gleicher Menge etwas nachsteht, dem Trional gleich zu achten ist. Es besitzt eine entschieden stärkere Wirksamkeit als Chloralhydrat, was auch IMPENS erwähnt. Dosen von 1·0—1·5 *g* scheinen etwa 6·0—8·0 *g* Paraldehyd gleich zu kommen, letztere aber an Wirkungsdauer zu übertreffen und ihm an Schnelligkeit des Eintritts der Wirkung nicht viel nachzugeben. G.

PELNÁŘ (Prag): Über orthostatische Albuminurie.

Verf. beobachtete 16 Fälle von orthostatischer Albuminurie d. i. jener Albuminurie, für deren Entstehung der Übergang aus der horizontalen Körperlage in die vertikale die einzige nötige und genügende Bedingung war. Es handelte sich um junge Leute (12—13 Jahre), von welchen 9 neuropathisch belastet waren; alle zeigten morphologische Störungen und degenerative Merkmale. Es waren zartgebaute, blasse Individuen mit einer ausgesprochenen kardio-vaskulären Überreizbarkeit; bei 9 Kranken wurden in den Antezedenzien akute Infektionskrankheiten konstatiert (7mal Scharlach). In 6 Fällen wurden im Harnbodensatze hyaline und sogar auch granulierte Zylinder vorgefunden. Daneben bestanden keine klinischen Symptome einer Nierenkrankheit („Sbornik klinický", Bd. 6, H. 5 und 6). Die Albuminurie überstieg im allgemeinen nicht 2‰. Verf. glaubt folgende Erklärung annehmen zu dürfen: Es handelt sich um ein neuropathisches, in der Domäne der Vasomotoren besonders akzentuiertes Syndrom, auf degenerativ nervöser Basis erzeugt, da es im Verlaufe der gewöhnlichen Neurasthenie, in der Konvaleszenz, nach Infektionskrankheiten, bei Kindern und in der Periode der sexuellen Entwicklung beobachtet wird (Irritable heart, Neurasthenia vasomotoria ROSENBACH u. a.). Die Bluterniedrigung und frequenter kleiner, dikrotischer Puls sind Zeichen einer Blutstauung in der Domäne der abdominalen Blutgefäße, unmittelbar durch eine Verzögerung der renalen Blutzirkulation verursacht. Die Zirkulationsstörungen in aufrechter Stellung würden bei Individuen mit gesunden Nieren eine Oligurie verursachen (KREHL); in Verf.s Fällen, wo eine gleichzeitige anatomische Läsion des Nierenparenchyms höchstwahrscheinlich ist, verursachen diese Blutlaufstörungen neben der Oligurie eine Albuminurie; die Durchgängigkeit der Niere ist durch die partielle und oberflächliche Destruktion so gering, daß in horizontaler Lage die Albuminurie nicht vorgefunden wird, d. h. wenn die renale Zirkulation ungestört ist; dagegen ist die Durchgängigkeit genug groß, um während einer Zirkulationsstörung eine Albuminurie hervorrufen zu können. Es gibt also (abgesehen von den toxischen Nephritiden) keine Albuminurie ohne wenigstens minimale anatomische Veränderungen, aber diese minimalen Veränderungen allein sind ohne die besprochene Zirkulationsstörung nicht imstande, eine durch unsere Untersuchungsmittel entdeckbare Albuminurie zu erzeugen. STOCK.

Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität in Halle (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Harnack).

ERNST VAHLEN: Über einen neuen, wirksamen, wasserlöslichen Bestandteil des Mutterkorns.

Es ist Verf. gelungen („Deutsche med. Wochenschr.", 1905, Nr. 32), aus dem Mutterkorn einen Stoff zu isolieren, der im Tierexperiment die Eigenschaft aufwies, kräftige Wehen hervorzurufen, und ferner 1. weder Gangrän noch Krämpfe erzeugt und 2. in Wasser löslich ist. Er nennt diesen Stoff Clavin. Wäre dieses Clavin auch keine reine Substanz, so würde gleichwohl durch seine Existenz in einwandfreier Weise bewiesen sein, daß die Wirkung des Mutterkorns auf den Uterus nicht notwendig geknüpft ist an die Gegenwart des gangrän- und des krampfmachenden Giftes. Zugleich rechtfertigt das Clavin, mag man seine einheitliche Natur anerkennen oder nicht, durch seine Wasserlöslichkeit die seit langem geübte Anwendung wässeriger Mutterkornauszüge und daraus dargestellter Präparate. Das Clavin weist so untrügliche Eigenschaften eines einheitlichen Stoffes auf, daß an seiner chemischen Individualität nicht gezweifelt werden darf. Es ist somit der einzige mit irgend einer Wirkung des Mutterkorns in Beziehung gebrachte Bestandteil dieser Droge, dessen Charakterisierung als chemisches Individuum vollkommen gelungen ist. Clavin ist in Wasser löslich. Eine solche Lösung hinterläßt beim Verdunsten das Clavin meist als mikrokristallinisches Pulver. Aus heißer konzentrierter Lösung in Weingeist scheidet sich das Clavin in makroskopischen Prismen aus. In kaltem, absolutem Alkohol ist das Clavin unlöslich, in Weingeist nach Maßgabe des Wassergehaltes und der Temperatur löslich. In Äther, Essigäther und Petroläther ist es unlöslich. Auf Grund von Elementaranalysen und von Molekulargewichtsbestimmungen kommt dem Clavin die empirische Formel zu: $C_{11}H_{22}N_2O_4$. Das Clavin ist nach allen zur Zeit vorliegenden Versuchen eine ziemlich harmlose Substanz. Es konnte Hunden, Katzen und Kaninchen zu mehreren Dezigrammen direkt in die Blutbahn injiziert werden, ohne daß sogleich oder später auffällige Vergiftungssymptome zur Beobachtung

kamen. Die Wirkung auf den Uterus kam schon nach Zentigrammen zur Geltung und konnte am schönsten an trächtigen Tieren wahrgenommen werden, denen im warmen Kochsalzbade das Abdomen geöffnet war, so daß sich der Uterus unmittelbar den Blicken darbot. Die Ergebnisse der Tierexperimente sowie seine übrigen Eigenschaften ließen therapeutische Versuche mit dem Clavin am Menschen durchaus gerechtfertigt erscheinen. Über die spezifische Wirkung des Clavins auf den Uterus kann nach diesen Versuchen kein Zweifel mehr obwalten. Das Clavin, das jeder lokal reizenden Wirkung entbehrt, kann ohne Besorgnis subkutan appliziert werden. Doch müssen die dazu benutzten wässerigen Lösungen stets frisch angefertigt werden. In trocknem Zustande ist es in Pulverform sehr lange haltbar und auch seine wässerige Lösung wird weder durch längeres Aufkochen verändert, noch sonst durch Reagenzien gerade leicht zersetzt. Verf. hat das Clavin von E. Merck in Darmstadt in Tablettenform bringen lassen. Es sind zwei Sorten solcher Clavintabletten angefertigt worden: 1. Kochsalzclavintabletten. Jede von diesen besteht aus 0·02 Clavin und 0·08 Kochsalz und löst sich in 1 cm^3 Wasser. Sie sind für die subkutane Injektion bestimmt. Man beginnt mit 1 cm^3. 2. Clavintabletten aus Zucker, von denen auch eine jede 0·02 Clavin enthält. Sie sind für innerliche Verabreichung bestimmt. G.

L. Einis (Ekaterinodar, Kaukasus): **Über die ableitende Bedeutung spontaner und symptomatischer Erkrankungen der Hautdecken.**

Verf. führt an der Hand einiger treffender Beispiele aus („Die Medizinische Woche", 1905, Nr. 39), daß die Vis medicatrix naturae unter gewissen Umständen ganz und gar im Sinne der ärztlichen Kunst vorgeht, indem sie, ebenso wie diese letztere, zur ableitenden Therapie greift und als Angriffspunkte die äußeren Hautdecken wählt. Das Wesen der ableitenden Behandlung, führt Verf. ferner aus, der künstlichen sowohl wie der natürlichen, besteht hauptsächlich darin, daß ein Teil der Blutflüssigkeit, die zur Erzeugung des entzündlichen Prozesses an der Haut herangezogen wird, dem früher erkrankten Organe entzogen wird, wobei ein gewisser Teil des pathogenen Prinzipes, resp. der spezifischen Mikroben fortgeschwemmt wird. Eo ipso wird dem erkrankten Organ der Kampf mit den Mikroben erleichtert. Indem sich Verf. eine Reihe von einschlägigen Fällen vom Standpunkte des natürlichen ableitenden Vorganges erklärt hat, ist er ferner auf den Gedanken gekommen, daß man eventuell diese Ansicht auch auf diejenigen Hautexantheme ausdehnen kann, die im Verlaufe von akuten exanthematösen Erkrankungen, wie Masern, Scharlach etc. auftreten, d. h. auf diejenigen Exantheme, die im allgemeinen als integrierende Bestandteile des pathologischen Gesamtprozesses betrachtet werden; mit anderen Worten, dem Verf. schwebte die Frage vor, ob man nicht berechtigt wäre, anzunehmen, daß die bei den erwähnten Infektionskrankheiten auftretenden Exantheme keine Manifestationen der Erkrankungen selbst, sondern im Gegenteil Manifestationen des Kampfes mit diesen Krankheiten sind, und zwar im Sinne einer ableitenden Wirkung. Diese Annahme fand in der Tat Bestätigung in einer Reihe von zum Teil sehr interessanten Beobachtungen. Von dieser Ansicht über die ableitende Bedeutung der Hautexantheme ausgehend, verfährt Verf. in der Praxis folgendermaßen: Sobald er eine mutmaßliche Infektion an irgend einer akuten exanthematösen Erkrankung vor sich hat, überwacht er sorgfältig den Zustand der Hautdecken, und sobald es sich ergibt, daß die erwartete Eruption sich mit Verspätung oder mangelhaft entwickelt, namentlich wenn Erscheinungen von Hyperämie der inneren Organe, resp. des Zentralnervensystems vorhanden sind, so sucht er durch entsprechende Maßnahmen eine Hyperämie der Haut hervorzurufen, um die Eruption zu beschleunigen, wobei er von den in Betracht kommenden Maßnahmen warmen Bädern mit nachfolgender Einpackung in wollene Decken den Vorzug gibt. L—y.

Kleine Mitteilungen.

— Ein **Serum gegen Schlangenbiß** hat Lamb hergestellt („Lancet", 1905, November), u. zw. durch Immunisieren eines Pferdes für das Gift der Kobra. Es handelt sich bei diesen Antischlangengiftseren um sehr hoch spezifische, wenn auch nicht unbedingt spezifische Sera, wie die Versuche in vitro und im Tierexperiment erweisen. Die Tatsache, daß nur das spezifische Antiserum in jedem Falle von Schlangengift-Intoxikation am Platze ist, erschwert die Serumtherapie der Schlangenbisse. Für Indien allein würden mindestens sechs verschiedene Antiseren notwendig sein. Die Schwierigkeiten, die Gifte aller verschiedenen Schlangen in den zur Immunisation großer Tiere erforderlichen Quantitäten zu beschaffen, sind erheblich, noch schwieriger ist es, die stets rasch einzuleitende Therapie im einzelnen Falle zu bestimmen, da bei Kranken mit Schlangenbiß die Gattung des Tieres, von dem die Wunde herrührt, nicht immer bekannt ist. So sind praktisch bislang nur die Antikobraseren zur Verwendung gekommen; da deren neutralisierende Wirkung jedoch keine sehr große ist und die Kobra, wie die mitgeteilten Untersuchungen ergeben, eine erhebliche Menge Gift beim Biß injizieren kann, sind große Quantitäten, bei intravenöser Einbringung 300—400 cm^3, erforderlich, bei subkutaner Injektion selbst das Zehnbis Zwanzigfache.

— In drei Fällen von **Mykosis fungoides** hat Hodara („Monatsh. f. prakt. Dermat.", Bd. 38) von der innerlichen Darreichung von Ichthyol vorzügliche Resultate gesehen. Der erste Fall betraf eine 60jährige Frau, die seit sechs Jahren an einer schweren Form des Leidens erkrankt war, der zweite einen 40jährigen, der dritte einen 60jährigen Mann. Bei sämtlichen Kranken wurde Ichthyolbehandlung (0·5 bis 1·0 täglich) mit dem nämlichen günstigen Erfolg eingeleitet; nach zwei Monaten trat bedeutende Besserung ein, Rückbildung der Herde, Nachlaß des Juckens. Es ist bekannt, daß bei der Mykosis fungoides zuweilen von selber Besserungen und Heilungen vorkommen. Allein die günstigen Ergebnisse, die in den obigen drei Fällen mit Ichthyol erzielt wurden, verdienen jedenfalls, unterstrichen zu werden. Besonders beachtenswert erscheint der erste Fall, bei dem eine recht schwere Mykosis fungoides generalisata fünf Jahre lang erfolgreich mit Ichthyol bekämpft wurde.

— Über die **Wirkungsweise des Radiums bei Karzinom** berichtet Neuberg („Zeitschr. f. Krebsforschung", Bd. 2). Das Radium wirkt auf gekochtes, abgetötetes Krebsgewebe chemisch nicht ein. Frisches, überlebendes Krebsmaterial zerfällt bei Radiumbestrahlung schneller als ohne diese, bei Bestrahlung geht in der gleichen Zeit eine doppelt so große Menge N (am Ende des Versuches vierfache Menge) in Lösung über als ohne diese. Diese Radiumwirkung ist fermentativer Art, analog den autolytischen Vorgängen, z. B. bei der fibrinösen Pneumonie. Daß im Karzinomgewebe und überhaupt in jedem anderen Gewebe durch Radiumbestrahlung diese Autolyse ganz besonders rasch und ausgedehnt eintritt, beruht darauf, daß das Radium alle andern Zellfermente, Oxydations- und Reduktionsenzyme, zerlegende und synthetisierende Fermente tötet, d. h. alle ihren Stoffwechsel bewirkenden, lebenserhaltenden Kräfte vernichtet, worauf durch nichts gehemmt das autolytische Ferment in Wirkung tritt.

— Bei akuter **Urethritis** hat Franceschini („Gazz. d. Osp. e d. Cliniche", 1905, Nr. 64) das Helmitol mit größtem Vorteil in mehreren Fällen verwendet, in denen starke Entzündung und Empfindlichkeit der Schleimhaut eine lokale Behandlung nicht zuließen. Nach Gebrauch von 4 g Helmitol täglich trat wieder Schlaf ein, die Schmerzen wurden gelindert und verschwanden fast gänzlich. In vielen Fällen von milder Blennorrhoea anterior acuta ließ sich ein Übergreifen der Gonokokkeninfektion auf die Pars posterior verhindern. Verf. glaubt dies dem Umstand zuschreiben zu können, daß das Helmitol den Urin stark sauer macht, die Diurese erleichtert und die tiefer gelegenen Teile der Urethra aseptisch erhält. Auch bei Urethritis anterior chronica zeigte das Helmitol Heilwirkung. Ebenso bei Urethritis posterior acuta und chronica. Am allerbesten bewährte sich Helmitol bei Behandlung der einfachen katarrhalischen Zystitis, die als die eigentliche Domäne des Mittels zu gelten hat und bei der der desinfektorische Wert des Helmitols am ausgeprägtesten zutage trat.

— Über **Helminthenprophylaxe** berichtet Galli-Valerio („Ther. Monatsh.", 1905, Nr. 7): Ein Weg, auf welchem die Helminthen in den Organismus eindringen, ist der Verdauungsapparat durch als Zwischenträger dienende Tiere oder durch gelegentliche Einführung von wirbellosen Tieren oder gewissen Gemüsen oder

Früchten, auf welchen Eier oder Larven sich befinden, oder durch Verunreinigung des Wassers. Ein anderer Weg ist die Haut infolge Stiches von Insekten, Auftragen von Schlamm auf die Hautoberfläche. Prophylaktisch kommt in erster Linie eine größere Ausdehnung der Fleischbeschau in Betracht mit der Auferlegung der Vernichtung der mit Beschlag belegten Teile, um zu verhüten, daß sie nicht auf Misthaufen geworfen, daß die Eier durch Hunde, welche die Blasen fressen, auf Gras, Gemüse und im Wasser zerstreut werden. Die Speisen sind gegen Fliegen zu schützen. Der Gebrauch, Fruchtpflanzungen (Erdbeeren, Gemüse, Salat) mit dem Inhalte von Abtritten zu begießen, ist abzuschaffen, und der ausschließliche Gebrauch gargekochter Gemüse und Fleisch, besonders der Fische, in Gegenden, wo Bothriocephalus latus vorkommt, zu empfehlen. Von dem Gebrauche verunreinigten Wassers ohne vorherige Abkochung oder Filtrierung ist abzuraten. Kinder und Arbeiter an Bergwerken, Tunnels, Ziegelfabriken usw. sollen Speisen nur mit sauber gewaschenen Händen berühren. Zur Verhütung des Eindringens von Larven durch die Haut ist häufiges Baden anzuraten. Wohnungen und Leute sind gegen Mücken zu schützen in Gegenden, wo Filaria Bancrofti existiert, und die Larven und Puppen von Culiciden in den Sümpfen zu vernichten.

— Über **Collargol** berichtet GRON („Pharmacia, Tidskrift for Kemi og Farmaci", 1905, Nr. 1—6). Verf. gibt in einer längeren Artikelserie eine ausführliche Übersicht über die gesamte Collargolliteratur und bespricht zirka 20 von ihm selbst mit täglichen Einreibungen von 2 *g* Unguentum Credé behandelte Fälle. Neben einer Bestätigung der bekannten Tatsache, daß fertig gebildete eitrige Exsudate und Abszesse (Parametritis, Prostataabszesse, fluktuierende Bubonen) einer Collargolwirkung nicht mehr zugänglich sind, finden wir durchwegs günstige Resultate bei der Behandlung mehrerer Fälle von gonorrhoischer Allgemeininfektion, zum Teil mit Komplikationen (Phlebitis, Phlegmone). Diese Resultate stehen im Einklang mit einem an der Heidelberger Universitätsklinik beobachteten Fall von Gonokokkensepsis mit Gelenk- und Hauterscheinungen, der durch eine intravenöse Collargolinjektion geheilt wurde. Bei verschiedenen Bubonen nach Ulcus molle hat Verf. durch frühzeitige Collargolanwendung die Abszedierung verhüten können.

— Als **Ersatzpräparat des Extr. filicis maris** erscheint nach dem Berichte BRIEGERS („Ther. d. Gegenw.", 1905, Nr. 10) das Filmaron, ein Präparat von C. F. Böhringer empfehlenswert. Dasselbe vereinigt sichere Wirkung mit dem Fehlen unangenehmer Nebenwirkungen. Es gelang BRIEGER, in 74% der behandelten Fälle ein positives Resultat zu erzielen, ohne daß außer Leibschmerzen, die ja ebensogut auf Rechnung des gleichzeitig gegebenen Rizinusöls gesetzt werden dürfen, eine Nebenwirkung zu beobachten war. Das Mittel wird entweder in 10%iger Rizinuslösung oder in Form des fertigen Filmaron-Bandwurmmittels gegeben.

Literarische Anzeigen.

Handbuch der praktischen Medizin. Herausgegeben von **Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. Ebstein** in Göttingen. 2. Auflage. 2. Band. Stuttgart 1905, F. Enke.

Dieser Band enthält Krankheiten der Lippen, der Mundhöhle und der Speiseröhre (G. STICKER), Krankheiten des Magens (H. LORENZ), Krankheiten des Darms (A. PRIBRAM), Verdauungsstörungen im Säuglingsalter (A. EPSTEIN), Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Gallengänge sowie der Pfortader, Krankheiten des Pankreas, Diffuse Erkrankungen des Bauchfells (W. EPSTEIN), Krankheiten der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters (J. ROSENSTEIN), Krankheiten der Harnblase (H. KÜMMELL), Krankheiten der Prostata, des Penis, des Hodens, Nebenhodens, Samenstrangs, der Samenblase, Venerische Krankheiten (J. JADASSOHN), Funktionelle Störungen des männlichen Geschlechtsapparates (P. FÜRBRINGER). Die Namen der Mitarbeiter an diesem großen Sammelwerke sprechen demselben das beste Lob. Es erscheint wohl überflüssig, ein weiteres hinzuzufügen. Ganz vorzüglich sind die Illustrationen in dem von JADASSOHN bearbeiteten Kapitel „Die venerischen Krankheiten" und in PRIBRAMS „Krankheiten des Darms". BR.

Zellularpathologie, Konstitutionspathologie oder Betriebspathologie? Von **Dr. F. C. R. Eschle.** München 1905, Verlag der „Ärztlichen Rundschau" (Otto Gmelin).

Das vorliegende Schriftchen, das eine Sammlung einzelner in der „Ärztlichen Rundschau" erschienener Aufsätze darstellt, soll nach der Absicht des Verf.s eine Einführung in die Energetopathologie ROSENBACHS darstellen. Die Darstellung des Stoffes ist ziemlich schwer verständlich, der Inhalt der Schrift zu kurzem Referat nicht geeignet. Zur Erläuterung des Titels sei bemerkt, daß Verf. im Einklang mit ROSENBACH „alles mit Maß und an richtiger Stelle Geschehende" als physiologisch, alles andere als pathologisch bezeichnet. Zur Beurteilung des Zustandes des Individuums ist der „ganze Betrieb und die Erfüllung seiner Zwecke" maßgebend. Von den krankhaften Vorgängen sind die abnormen grundsätzlich zu trennen, von den Betriebsstörungen die Veränderungen der Betriebsform prinzipiell zu scheiden. Dr. S.

Neuere Forschungen über den Marquis DE SADE und seine Zeit. Mit besonderer Berücksichtigung der Sexualphilosophie DE SADEs auf Grund der neuentdeckten Originalmanuskripte seines Hauptwerkes „Die 120 Tage von Sodom". Von **Dr. Eugen Dühren.** Berlin 1904, Harrwitz. 488 S.

„Nur für Ärzte, Juristen, Bibliothekare, Kulturhistoriker" hat sein „inhaltlich absolut neues Werk" — hoffentlich — der Verleger bestimmt. Es sei aber anerkannt, daß an dem Ernst des Buches nicht zu zweifeln ist. Es ist gleichzeitig so reichhaltig, daß es kaum überboten werden kann und weitere Publikationen über diesen Marquis überflüssig macht. Die Reichhaltigkeit ist zugleich eine Mannigfaltigkeit. So bildet den Anfang „Geist und Wesen der Aufklärung", den Schluß „Soziologische und politische Anschauungen des Marquis DE SADE". Dazwischen liegt manches, unter anderem ein ziemlich reichhaltiges Verzeichnis der Pariser Prostituierten des 18. und des beginnenden 19. Jahrhunderts und ähnliches. In diesem historischen Serail fehlt es auch nicht an Eunuchen, das sind die Asexualitäts-Apostel. So ist der Vergleich zwischen WEININGER und DE SADE nicht uninteressant. INFELD.

Verhandlungen ärztlicher Vereine.

Aus den Allgemeinen und Abteilungssitzungen der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Meran, 24.—30. September 1905.

(Koll.-Ber. der „Freien Vereinigung der Deutschen med. Fachpresse".)

XIII.

Abteilung für Kinderheilkunde.

LANGSTEIN (Berlin): **Die klinische Bedeutung der orthotischen Albuminurie.**

Die Differentialdiagnose zwischen echter Nephritis und aus anderen Ursachen hervorgerufenen Albuminurien ist oft sehr schwierig. Unter 87 behandelten Fällen betraf die orthotische Albuminurie 66 Mädchen; also ist die Affektion ziemlich häufig. Ein Fall bot besonderes Interesse. Ein 10jähriges Mädchen, dessen Halsdrüsen geschwollen waren, klagte fortwährend über Kopfschmerzen. Die durch viele Wochen hindurch täglich angestellte Urinuntersuchung ergab den Typus orthotischer Albuminurie; Harnzylinder waren nie zu entdecken; die Eiweißausscheidung bestand fortwährend. Nun wurde durch einen Ophthalmologen Retinitis albuminurica und zugleich Tumor cerebri diagnostiziert. Die Albuminurie in diesem Falle erklärt LANGSTEIN als Innervationserscheinung, vielleicht infolge angiospastischer Störungen. Der Harn der anämischen und chlorotischen Kinder zeigte nie Zylinder, aber stets Eiweiß, das ist kein Beweis für Nephritis. 17 Kinder wurden durch Eisentherapie ausgeheilt.

Escherich fragt an, ob der Vortragende das vorübergehende Erscheinen hyaliner Zylinder in derartigen Fällen für genügend halte, dieselben von der Diagnose der orthotischen Albuminurie auszuschließen. Er selbst hat vorübergehend auch Zylindrurie dabei beobachtet.




Langstein: Die Fälle, in denen Zylinder zu sehen waren, hat Vertr. ausgeschlossen; sie sind noch kein Beweis für Nephritis.

HECKER (München): **Alkohol und Schulkind.**

Im Prinzip ist der Alkohol ein scharfes Gift für die Kinder. Nach KRAEPELIN wird dadurch ihre geistige Arbeitsfähigkeit herabgesetzt. Von Menge und Form des Alkoholgenusses hängt die Schulqualifikation der Kinder ab. HECKER hat über 6000 Kinder in vier Schulen untersucht, und zwar mit Hilfe von Fragebogen, auf denen die Schüler selbst einzutragen hätten, was für Getränke sie zu Hause erhielten. Das Ergebnis bildeten fünf Kategorien: Abstinente, zuweilen trinkende, prinzipiell zweimal täglich trinkende, kranke Kinder und eigentliche Trinker. Redner demonstriert eine Reihe von Tabellen, die auf Grund verschiedener Beziehungen des Alkohols zu Körperlänge, Geschlecht, Fleiß, Intelligenz, Beruf der Eltern etc. angelegt sind. Es ergab sich, daß manche Kinder nicht nur täglich ein Quart Bier, sondern auch Schnaps bekommen. 13% waren abstinent, 55% täglich Trinker. Der Fleiß und Aufmerksamkeit war bei den Abstinenten größer als bei den Trinkern. Interessant waren die Beziehungen aus Alkohol und Längenwachstum: Bis zum 11. Lebensjahre tritt Hemmung des Wachstums ein, nach diesem mit Zunahme des Alkoholgenusses eine solche der Körperlänge. Diese tabellarischen Resultate sollen für den Schularzt maßgebend werden.

Biedert: Befriedigende Erfolge hat die Schulhygiene noch nicht gezeitigt; man darf von den Behörden nicht zuviel verlangen. Dringend sind: Vermehrung der Schulärzte, Ernährung armer Kinder, Ferienkolonien etc.

Ganghofer (Prag) schließt sich diesem an. Die Leistungsfähigkeit des Schularztes hängt von seiner Person ab; auch muß er mit den Lehrern in Fühlung treten. Offene Tuberkulose ist selten bei Schülern, meist latent; daher ist die Infektionsgefahr gering.

Rey: Für die Mittelschulen kann statt eines Schularztes der Hausarzt die Untersuchung vornehmen. Die Schüler sind mit Arbeit überbürdet; die orthopädischen Erkrankungen haben in der Schule oft ihre Quelle.

Langenbühl: Die Schulärzte können sich nicht ihrer Tätigkeit so eingehend widmen, weil sie auf Schreibereien zuviel Zeit verwenden müssen. Andrerseits darf der Schularzt den Schüler nicht behandeln.

Trumpp: Die Überbürdung liegt im Schulplane; die Kinder müßten eigentlich wöchentlich einmal untersucht werden.

Schlesinger: Die Untersuchung der Schulkinder nimmt nicht viel Zeit in Anspruch, denn sie sind im allgemeinen gesund. Es wird viel zu viel Statistik gemacht und das eigentlich Praktische ganz übersehen.

Fehr: Die Schulhygiene muß Lehrfach werden. Der Lehrer kann einerseits auf die Schüler einwirken, andrerseits mit dem Schularzt sich besser verständigen.

Flachs: Die statistischen Verhältnisse sind noch zu verschieden, um wissenschaftlich verwertet zu werden. Wenn der Schularzt etwas leisten soll, muß er besser bezahlt werden.

Hecker: Wenn der Schularzt regelmäßig Untersuchungen vornehmen soll, um die Schäden seitens der Schule darzulegen, braucht er Assistenz; allein ist er zu sehr überlastet.

Gutzmann (Berlin): Die Sprachstörungen bilden ein wichtiges Kapitel in der Pädiatrie. Nur der Arzt kann helfend eingreifen, der Schullehrer ist dazu nicht befähigt. Dem Schul- und Kinderarzt unterstehen besonders die Imbezillen. In den Vorschulen namentlich lernen manche taube Kinder nichts, bis man ihre Taubheit erkennt. Gehörprüfungen sind demnach sehr wesentlich.

Heubner (Berlin): Der Alkohol ist für die Kinder gar nicht so gefährlich als angegeben wurde.

Selter: Das bisherige System der Schulhygiene hat bewiesen, daß der Schule ein pädiatrisch und pädagogisch gebildeter Arzt als Organ angegliedert werden muß, also nicht im Nebenamte. Er muß täglich die Schule visitieren; freilich gehört dazu eine entsprechende Besoldung.

Göppert: Der Schularzt muß im Hauptamte als solcher wirken und kann dann behandelnder Arzt sein und sich überhaupt der Schulverhältnisse mehr annehmen.

VOIGT (Hamburg): **Die Verwendung der Kaninchenlymphe zur Menschenimpfung.**

Er demonstriert zwei Kaninchen, auf deren rasiertem Rücken sich nach Impfung mit Kuhlymphe innerhalb 24 bzw. 72 Stunden gerötete Papeln gebildet haben. Der aus diesen durch Abkratzen des Materials, Versetzen mit physiologischer Kochsalzlösung und Glyzerin und Auspressen gewonnene Impfstoff heißt Lapina. Für Deutschland ist gesetzlich bisher nur die Lymphe von Kälbern und jungen Rindern, nicht aber die von anderen Tieren oder im Auslande gestattet. Die Lapina stammt aus Frankreich. Sie unterscheidet sich nicht von der Vakzine, nur wirkt sie, wie die Versuche am Rinde beweisen, viel milder; hinzu kommt die schnellere Entwicklung der Pusteln und die Billigkeit und leichte Beschaffung der Tiere, denn Kaninchen sind auf der ganzen Erde verbreitet. Es zeigte sich ein Impferfolg von 96%. Die Kokzidiose als häufig auftretende Krankheit bei den Kaninchen muß beobachtet werden. Die Kokzidien gehen aber bei der Präparation des Materiales im Glyzerin zugrunde; ferner können sie an Lues erkranken, weshalb man gegen die Lapine berechtigten Einwand erheben kann. Es empfiehlt sich indessen als sehr guten Ersatz für Vakzine.

SCHLOSSMANN (Dresden): **Die Entstehung der Tuberkulose im Säuglingsalter.**

Die Hauptfrage, wo die Infektion mit Tuberkelbazillen stattfinde, ist noch lange nicht geklärt. Die BEHRINGsche Auffassung einer intestinalen Infektion wurde geleugnet und auch Redner hat seine Ansicht geändert und nimmt, wie jetzt allgemein, eine Infektion durch die Luftwege an. Auch die alte, längst verlassene Theorie von BAUMGARTEN einer hereditären Tuberkulose ist wieder aufgenommen. SCHMOLL und GEIPEL haben wiederholt bei tuberkulösen Gebärenden eine Plazentatuberkulose gefunden; man kann daher an eine latente Tuberkulose der Säuglinge denken, die unter gewissen Bedingungen aktiv werden kann. Die an solchen Säuglingen angestellten Versuche mit Tuberkulin haben oft ein negatives Resultat ergeben, und doch erkrankten sie später an Tuberkulose, wenn sie von der Mutter getrennt waren. Nimmt man eine intestinale Entstehungsweise an, dann müssen die Mesenterialdrüsen zuerst erkranken. Dies ist aber keineswegs der Fall. In denselben findet ein großer Saftstrom statt, so daß selbst Fett durch die Drüsen wandert, um so mehr ein Bazillus. Ohne sie also zu schädigen, gelangt er durch den Ductus thoracicus in die Blutbahn und etabliert sich eigentümlicherweise in den peribronchialen Lymphdrüsen. Die Verfütterung von tuberkulösem Material an junge Schweine hat diese Behauptung bestätigt. Die Milch spielt bei der Infektion der Säuglinge keine Rolle. Es ist ganz unerklärlich, warum bei Säuglingen, im Gegensatze zu Erwachsenen, die Heilung der Tuberkulose zo unmöglich ist. Der Organismus muß wohl im Säuglingsalter anders geartet sein (Demonstration einer Säuglingslunge mit käsigen Herden).

Heubner: Als man BEHRING opponierte, wurde er falsch verstan :: Als er sagte, die Tuberkulose gehe vom Darm aus, meinte er, sie gehe durch den Darm hindurch. WEICHSELBAUM bewies, daß Drüsenskrofulose bestehen kann ohne allgemeine Tuberkulose. Der Bazillus kann durch den Darm gehen und sich lokalisieren in Bronchialdrüsen und Lungenspitzen. Man muß tuberkulöse Erkrankung von tuberkulöser Infektion unterscheiden.

Trumpp: Die Erklärung SCHLOSSMANNS ist nicht einwandfrei. Es kann bei Aufnahme tuberkulösen Materials ein Teil im Rachen bleiben und der Bazillus dann in die Luftwege geraten.

Uffenheimer hat sich eingehend mit den BEHRINGschen Versuchen beschäftigt. Er hat genuine Eiweißstoffe und Bazillen an Meerschweinchen verfüttert und erzielte durch Reinkulturen in Emulsion Tuberkulose; jedoch trat sie nicht ein bei trockener Verabreichung. Der schnelle Übergang der Tuberkelbazillen in das Lymphgefäßsystem ist nicht sicher; Rückschlüsse auf den Menschen sind nur mit Vorsicht erlaubt.

Fehr: Man soll die jetzige Ansicht nicht ändern. Er berichtet von einem Missionsarzt, welcher Tausende von Negern untersuchte und Tuberkulose konstatierte, trotzdem in jenen Ländern keine Kuhmilchnahrung vorhanden ist. Die Neger spucken viel und durch den Staub werden die Bazillen von ihnen eingeatmet. Die aerogene Infektion ist plausibel.

Siegert: Sowohl bei trockener wie feuchter Verfütterung gelangen die Bazillen an einen toten Punkt, zu den peritrachealen Drüsen. Um den intestinalen Charakter zu beweisen, muß die Verfütterung mit der Schlundsonde geschehen. Da, wo der Milchkonsum am größten ist, sagt BIEDERT, ist auch die Tuberkulose am größten.

Ibrahim: Die Durchlässigkeit der Drüsen ist beim Säugling nicht gleich der bei Erwachsenen.

Moro: Bei Verfütterung mit tuberkulösem Material spielen Disposition, Alter und Menge der verfütterten Bazillen eine wichtige Rolle. Der Darm des Säuglings ist an sich bakterienfrei, d. h. es besteht eine natürliche Schutzwehr desselben gegen bazilläre Infektion. Diese Fähigkeit geht ihm verloren bei Erkrankung des Darmes.

Schlossmann: Es besteht eine Durchlässigkeit der Darmdrüsen. Von der oralen bis zur analen Öffnung kann eine Eintrittspforte für Tuberkulose entstehen.

CAMERER jun. (Stuttgart): **Das Längenwachstum und sein Verhältnis zum Gewichtswachstum bei chronischer Unterernährung.**

Verf. berichtet über ein Kind, das bei der Geburt 2500 *g* wog und 50 *cm* lang war, in den ersten 70 Tagen gestillt, nachher künstlich ernährt wurde. Am 9. November erkrankte es an Landkartenzunge. Wurden Speisen zugeführt, so traten heftige Schmerzen im Munde auf. Infolge der Ernährungsstörung blieb es an Gewicht, nicht aber verhältnismäßig an Wachstum zurück. Dieses unbeeinflußte Fortschreiten des Längenwachstums trotz Unterernährung beweist, daß die Wachstumsprozesse im Körper selbständig sind. Muskulatur und Skelett wachsen gemeinsam, das Längenwachstum ist an das Skelett gebunden.

Epstein: Nach CAMERER ist Längenwachstum unabhängig vom Massenwachstum. Ein Kind von 50 *cm* Länge und 2500 *g* Schwere ist aber von Haus

aus atrophisch, also abnormal. Er hat 1000 Kinder auf diese Erscheinung beobachtet, es zeigte sich das Längenwachstum abhängig von der ursprünglichen Körperlänge. Der Durchschnitt zeigte, daß ein fortschreitendes Verhältnis besteht. Es gibt Atrophien mit Zwergwuchs, ein andermal sieht man atrophische Kinder wachsen, ja sogar Riesenwuchs an ihnen.

Camerer: Sein Fall ist der erste in der Literatur. Kinder mit Geburtsgewicht von 2600 *g* sind später doch zurückgeblieben. Sein Fall hat sich nicht abnormal, sondern ganz normal entwickelt.

Ganghofer (Prag): **Über die therapeutische Verwendung des Tuberkulins im Kindesalter.**

Es ist ein sehr differentes Mittel, das im Kindesalter nur mit kleinen Dosen verwendet werden darf. Er hat 12 Kinder mit Injektionen von 0·001—0·005 *mg* Tuberkulin behandelt. Die Resultate waren sehr gut. Die Temperaturen stiegen nicht sehr hoch und die Kinder fühlten sich auch während der Kurzeit sehr wohl. Sein Urteil über den Wert der Behandlungsweise ist noch nicht abgeschlossen. Er wollte bloß eine Anregung bieten.

Neuvney hält die Tuberkulinbehandlung durchaus für wertlos.

Aus französischen Gesellschaften.

(Originalbericht der „Wiener Med. Presse.")

Société de chirurgie.

Guinard: Über die Giftigkeit des Naphtholkampfers.

Calot sieht in Einspritzungen des Naphtholkampfers ein ausgezeichnetes Verfahren bei der Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose, welche die Auskratzung mit dem scharfen Löffel ersetzt. Vortr. verwirft aber dasselbe wegen der hohen Giftigkeit des Mittels, das bereits 12 Todesfälle verschuldet habe. In einem Falle erfolgte der Tod 10 Minuten nach der Injektion von 3 cm^3 Naphtholkampfer in eine Fistel, in einem zweiten eine Viertelstunde nach der Injektion von 10 cm^3 des Mittels in eine tuberkulöse Halslymphdrüse. Da andere, weniger gefährliche Verfahren zumindest ebenso wertvoll sind, erscheinen diese empfehlenswerter.

Legueu: Die Abtragung tuberkulöser Samenbläschen.

Legueu hat 6 Fälle operiert. Einen auf inguinalem Wege, die andern auf perinealem, den er für besser hält, dabei in Gegensatz zu Villeneuve tretend. Wenn keine Perivesikulitis besteht, ist die Operation leicht. Im andern Fall ist die Schwierigkeit oft so groß, daß von einer völligen Entfernung Abstand genommen werden muß. Bei zwei Operierten kam es zur Entstehung von Harnfisteln, die aber spontan nach 7 resp. 8 Wochen heilten. Tuberkulöse Erkrankungen der Lunge oder Harnwege kontraindizieren die Operation.

Claude: Über den unmittelbaren Effekt der Dekapsulation bei Nephritis.

Claude hat 2 Fälle beobachtet, bei denen die Dekapsulation einer Niere unternommen worden war. Unmittelbar nach der Operation erfuhr die Harnausscheidung eine beträchtliche Vermehrung und der Blutdruck sank. Die Operation hat also eine vermehrte Funktion der Niere bei gleichzeitiger Herabsetzung der Herzarbeit zur Folge. Die Dekapsulation erscheint besonders bei Fällen von chronischer interstitieller Nephritis angezeigt, wenn Ödeme eingetreten und die Nieren fast impermeabel geworden sind. Die Operation schafft günstigere Zirkulationsbedingungen und erleichtert die Funktion der Niere.

Bernard glaubt, daß die Besserungen nur vorübergehender Natur sind und in gleichem Maße durch den Aderlaß erzielt werden können.

Claude weist darauf hin, daß die durch die Dekapsulation verursachten Veränderungen im Blutkreislauf viel eingreifender sind als jene durch den Aderlaß, weshalb die Wirkung auch viel anhaltender sei.

Société médicale des hôpitaux.

Ménétrier: Die Behandlung der Sklerodermie mit Schilddrüsensubstanz.

Ménétrier stellt eine Kranke vor, die an Sklerodermie litt und durch Schilddrüsensubstanz geheilt wurde. Sie litt an einer Herzaffektion mit Beteiligung der Mitralklappe. Dennoch vertrug sie die Schilddrüsenmedikation beschwerdefrei. Es trat nur eine Erhöhung der Pulsfrequenz auf 130 pro Minute ein.

Achard und Grenet: Pneumonia recidivans.

Achard und Grenet beobachteten einen 17jährigen Menschen, der an einer Pneumonie erkrankte, bei welchem am 7. Tag mit einem beträchtlichen Temperaturabfall (bis 34·5°) die Entfieberung eintrat. Aber nach 7 Tagen trat ein neuerliches Rezidiv auf. Dieses Rezidiv währte 5 Tage, worauf der Kranke genas. Aber es kam abermals ein Rezidiv, das allerdings nur 3 Tage dauerte. Die Gesamtdauer der Krankheit betrug 37 Tage. Alle 3 Anfälle betrafen die rechte Basis. Bei beiden Rezidiven wurde eine Probepunktion gemacht: sie förderte virulente Pneumokokken zutage.

Widal und Faure-Beaulieu: Endocarditis blennorrhagica. Nachweis von Gonokokken im Blute während des Lebens und auf den Klappen post mortem.

Widal hat im Vereine mit Faure-Beaulieu eine Endocarditis blennorrhagica beobachtet, welche dadurch interessant war, daß in vivo Gonokokken im Blute konstatiert wurden und ebenso auf den Herzklappen nach dem Tode. Es handelte sich um einen 17jährigen Jüngling, der an einer im Gefolge eines Rheumatismus aufgetretenen Aorteninsuffizienz litt. Im Anschluß an eine akute Gonorrhöe traten Arthropathien an beiden Knien auf, die schon früher der Sitz von rheumatischen Gelenkentzündungen gewesen waren. 34 Tage nach Auftreten des Trippers, als gerade der Ausfluß aufhörte, stellten sich Anzeichen einer akuten Endokarditis ein: Herzklopfen und Atemnot an der Spitze und über der Auskultationsstelle der Aorta. Das Fieber hatte während der Dauer der Endokarditis deutlich intermittierenden Charakter und stieg bis auf 41°. Eine Embolie der linken Arteria poplitea komplizierte das Krankheitsbild. 24 Tage nach Beginn der Endokarditis starb der Kranke. Am 16. Krankheitstag war eine Blutentnahme vorgenommen worden. Der kulturelle Gonokokkennachweis gelang völlig eindeutig. Bei der Autopsie fand man eine alte Aorteninsuffizienz und eine frische Vegetation an der Mitralis. Die Untersuchung derselben ergab ebenfalls positiven Gonokokkenbefund, so daß die Deutung des Falles als einer gonorrhoischen Septikämie keinen Zweifel zuläßt.

Hirtz erinnert sich an einen ähnlichen Fall. Bei einem 19jähr. Tripperkranken trat blennorrhagischer Rheumatismus der linken Schulter auf. Plötzlich gesellte sich eine heftige Endokarditis mit Atemnot, Schüttelfrost und Milzvergrößerung hinzu. Der Pat. starb am 12. Tage.

Notizen.

Wien, 30. Dezember 1905.

Die Tätigkeit des Wiener Stadtphysikates in den Jahren 1900—1902.

In unseren Vertretungskörpern, sowohl in der Gemeindestube als auch im Landtage und im Reichsparlamente, hören wir nicht selten Aussprüche, die schon mehr als eine bloße Unterschätzung der ärztlichen Wissenschaft und des ärztlichen Standes bedeuten. Sie verraten nicht nur den Mangel jedes einschlägigen Fachwissens, das ja der Volksvertreter nicht mit seiner Wahl „eingeimpft" erhält, sondern sie lassen vor allem erkennen, wie wenig unseren Erwählten jene Fülle von Arbeit und Verantwortlichkeit bekannt ist, welche heute auf den Schultern der ärztlichen Beamten und der Ärzteschaft überhaupt ruht. Können ja die ersteren der Mitwirkung des gesamten Standes heute nicht mehr entraten, stellt ja die Gemeinschaft aller Ärzte heute fast eine unbesoldete Behörde dar, die trotz aufopfernder Tätigkeit nur Schmähungen als Dank zu ernten gewohnt ist.

Und es gibt heute kaum ein Gebiet öffentlicher Fürsorge, bei welchem nicht die ärztliche Mitarbeit erwünscht wird. Wie vielfältig diese Tätigkeit, insbesondere die unserer städtischen Gesundheitsbehörde ist, darüber wird schon ein flüchtiger Blick in den soeben erschienenen, fast 600 Seiten starken Bericht des Stadtphysikates auch den nicht sachverständigen Leser unterrichten; beträgt ja schon allein die Zahl der in Behandlung genommenen Geschäftsstücke die stattliche Ziffer von 317.522. Und zu dieser die extensive Tätigkeit andeutenden Zahl kommt die intensive Arbeit, welche eine große Reihe von Agenden teils mit Bezug auf Neuschaffung, teils mit Bezug auf Reformen erforderte.

Nur ganz kursorisch kann bei der Fülle von Arbeitsleistung, die der vorliegende Bericht ausweist, im folgenden die Tätigkeit des Stadtphysikates betrachtet werden.

Der Eruierung und Abstellung sanitärer Übelstände wurde in zahlreichen Revisionen (74.035) und Kommissionen (1549) Rechnung getragen. Bei gewerblichen Anlagen haben die städtischen

Bezirksärzte in 1921 Fällen interveniert und hierbei an einer Reihe von wertvollen Regulativen mitgearbeitet; chemische und mikroskopische Untersuchungen betreffen Wasserproben, Lebensmittel, Medikamente usw. Ganz imposante Zahlen weisen die konfiszierten Waren auf, z. B. 128.933 *kg* Obst, 107.909 *kg* Kalbfleisch. Zahlreiche neue Bestimmungen betreffen das Leichenwesen und den Verkehr mit Giften; aus dem Gebiet der Schulhygiene sei die Eingabe des Stadtphysikates bezüglich der Erweiterung des schulärztlichen Dienstes der städtischen Bezirksärzte hervorgehoben. Die Zahl der Wohnungsdesinfektionen betrug 79.001. Der Wasserversorgung, der Kanalisation, der Straßenreinigung und Kehrichtabfuhr und anderen einschlägigen Fragen der öffentlichen Hygiene mußte andauernde und intensive Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Im Status der städtischen Ärzte wurden 35 Neuernennungen vollzogen, während 22 Amtsärzte ausschieden. Eine neue ärztliche Stelle wurde im Jahre 1900 für die Behandlung der Arbeiter der städtischen Gaswerke, im Jahre 1902 für den Rettungsdienst im Schlachthause zu St. Marx geschaffen.

Das Stadtphysikat, in dem die Stelle des Ober-Stadtphysikus seit 1901 nicht besetzt wurde, versah die Oberaufsicht über den gesamten Sanitätsdienst und im speziellen durch seine Amtsärzte den Dienst bei der magistratischen Abteilung des Polizeigefangenhauses und bei der städtischen Berufsfeuerwehr. Die Tätigkeit der städtischen Bezirksärzte und städtischen Ärzte wird in ausführlichen Tabellen illustriert.

Die Zahl der praktischen Ärzte zeigt noch immer eine stetige Zunahme sowohl absolut als auch im Vergleiche zur Zunahme der Bevölkerung. Die Aufhebung der Reziprozität mit Ungarn, die Bekämpfung der Kurpfuscherei, der Zahntechnikerfrage, die Überwachung des Hebammenwesens und die Ammenvermittlungsinstitute bilden interessante Abschnitte des Berichtes.

Den Leistungen auf dem Gebiete des Rettungsdienstes, des Krankentransportes sowie der Tätigkeit der Wiener Sanitätsanstalten und Wohlfahrtseinrichtungen ist eine ausführliche Darstellung gewidmet, wobei eine vielfache Mitarbeit des Stadtphysikates durch Überwachung, gutachtliche Äußerungen, Schaffung von Statuten, Hausordnungen und Dienstinstruktionen notwendig war.

Der Bericht gibt ferner eine Übersicht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse der drei Berichtsjahre, wobei die Mortalität sowohl nach Todesursachen als auch nach Altersperioden, nach Monaten und Wochen sowie nach Bezirken gruppiert erscheint. Weitere spezielle Ausführungen sind der Morbidität und der Mortalität der einzelnen anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten gewidmet. Zum Schlusse werden die Maßnahmen zur Hintanhaltung des Auftretens, bzw. der Verbreitung von Volkskrankheiten in einheitlicher Zusammenfassung mitgeteilt und wird über die normale und behördliche Totenbeschau berichtet.

Wir sehen schon aus dieser kurzen Inhaltsangabe, wie umfangreich und von Jahr zu Jahr stetig wachsend der Wirkungsbereich unseres Stadtphysikates sich gestaltet. Fast alle Fragen der öffentlichen und privaten Hygiene, der Krankenpflege und Krankenbehandlung werden zum mindesten gestreift. Dadurch wird die Bedeutung des Werkes weit über die eines bloß lokalen oder zeitlichen Berichtes gehoben. Es kann zugleich in vielen Fällen eine Quelle der Belehrung, insbesondere für die beamteten Ärzte, darstellen. F.

(Universitätsnachrichten.) Am 14. Dezember hat der große Physiologe Prof. Dr. EDUARD PFLÜGER sein 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert. Er steht, obwohl bereits 76 Jahre alt, noch immer inmitten jugendlicher Tätigkeit und rastlosen Schaffens. — Der Privatdozent für Physiologie in Heidelberg Dr. HERMANN STEUDEL ist als Professor an die Universität St. Louis berufen worden. — Ein Denkmal für JOHANNES V. MIKULICZ soll in Breslau errichtet werden. — Der Ob.-Med.-Rat Dr. LORENZ in Darmstadt hat den Professortitel, der Ordinarius an der Universität in Budapest Dr. LUDWIG V. THANHOFFER den Hofratstitel erhalten.

(Personalien.) An die neue Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf sind u. a. AUGUST HOFFMANN für innere Medizin, SCHLOSSMANN für Pädiatrie, SELLHEIM für Geburtshilfe und Gynäkologie, WITZEL für Chirurgie, WENDELSTADT für Hygiene, KEIMER für Laryngologie berufen worden. — Professor HIRSCHBERG in Berlin ist zum Ehrenmitgliede der augenärztlichen Gesellschaft in Colorado und korrespondierenden Mitgliede der Gesellschaft für Medizin und Chirurgie in Rio de Janeiro gewählt worden.

(Wiener med. Doktorenkollegium.) In den wissenschaftlichen Versammlungen dieses Kollegiums haben in den letzten Wochen vorgetragen: Doz. Dr. SCHUR „Die Bedeutung der Harnsäure in der Pathologie des Stoffwechsels", Prof. M. KASSOWITZ „Der Kampf gegen den Alkohol und die Ärzte", Prim. Doz. Dr. K. EWALD „Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit", Doz. Dr. M. HERZ „Licht und Luft in der Therapie" und Hofrat Prof. V. MOSETIG-MOORHOF „Über Koxitis". Die Vorträge werden fast ausnahmslos in dieser Wochenschrift zur Publikation gelangen.

(Die materielle Lage der Gemeindeärzte Niederösterreichs.) Über dieses traurige Kapitel aus dem Leben der n.-ö. Ärzte berichtet JANECZEK in der „Ärztl. Vereinszeitung" u. a. folgendes: Von den gesamten 449 Gemeindeärzten können 339 einen standesgemäßen Unterhalt aus den Erträgnissen ihrer Praxis bestreiten und von diesen 339 leben 145 standesgemäß, weil sie in der Lage sind, Zuschüsse aus eigenem Vermögen oder dem der Frau zu machen. Es bleiben somit eigentlich nur 194 mit „standesgemäßem" Leben aus den Einkünften der Praxis übrig. Von den 449 Gemeindeärzten können sich nur 60 einen jährlichen Urlaub gönnen; daneben gibt es solche, die innerhalb einer 44jährigen ununterbrochenen Tätigkeit krankheitshalber einmal Urlaub genommen haben. „Ein Kommentar ist überflüssig." Von der Gesamtzahl der n.-ö. Ärzte können derzeit nur 90 für das eigene Alter, 64 für ihre Hinterbliebenen sorgen. Den hinterbliebenen Frauen und Töchtern bleibt es dann zumeist offen, als Näherinnen, Kinderpflegerinnen usw. sich die kümmerlichen Mittel zu beschaffen, die ihnen ihr Vater trotz mühseliger Arbeit eines ganzen Lebens nicht hat zusichern können.

(Das neue Landessanitätsgesetz von Tirol) dürfte der Voraussicht nach in kurzer Zeit im Landtage zur Annahme gelangen. Für die Ärzte Tirols knüpft sich daran die langerwartete Pensionsnorm. Tatsächlich ist das neue Gesetz in der letzten Session bereits beraten, dem Gemeindekomitee zugewiesen und dort mit unwesentlichen Änderungen angenommen worden. Es ist das unleugbare Verdienst des Vorstandes der Deutschtirolischen Ärztekammer, daß manche Härte des Gesetzentwurfes gemildert und die Beratung im Budgetausschusse beschleunigt worden ist.

(Organisatorisches.) Die böhmische Statthalterei hat die Bildung des Gauverbandes Aussig der Ärzte Deutschböhmens zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, dessen Tendenzen wir kürzlich skizziert haben, auf Grund der vorgelegten Satzungen untersagt. Eine Delegiertenversammlung des Gauverbandes hat nun das Statut bereits abgeändert; dasselbe soll schon in den nächsten Tagen der behördlichen Prüfung unterbreitet werden. Der hierdurch bedingte Aufschub wird — wie uns berichtet wird — von den Ärzten des Verbandes für eine überaus lebhafte Agitation zugunsten der neuen Organisation benützt.

(Forensisches.) Eine forensisch wichtige Frage ist kürzlich vom deutschen Reichsversicherungsamte zugunsten der Familie des vom Unfalle Betroffenen entschieden worden. Wir lesen darüber in der „Deutschen Med.-Ztg." folgendes: Ein Arbeiter, welcher am Tage im Betriebe tätig gewesen war, brach auf dem Wege nach seiner Wohnung gegen 6 Uhr abends im Hochsommer zusammen und starb. Die Berufsgenossenschaft lehnte jede Rentenzahlung an die Hinterbliebenen des Verstorbenen ab, da dieser infolge eines Herzfehlers verstorben sei, mag auch die Hitze die Herzlähmung begünstigt haben. Das Schiedsgericht erachtete aber einen Betriebsunfall für vorliegend und sprach den Hinterbliebenen eine Rente zu, da nach den angestellten Erhebungen der Tod nicht eingetreten wäre, wenn nicht besondere Umstände, die mit dem Betrieb im Zusammenhang stehen, hinzugekommen wären. Der Verunglückte habe während der heißesten Tageszeit eine über den Rahmen der üblichen Betriebsarbeit hinausgehende Tätigkeit auszuüben gehabt; auch habe der Wind die Betriebsstätte nicht berühren können. Das Reichsversicherungsamt bestätigte diese Entscheidung, indem es in Betracht

zog, daß die Herzlähmung offenbar durch die Hitze begünstigt worden sei, die mehr als 30° C betragen habe. Voraussetzung eines Betriebsunfalls sei, daß der Betrieb die Überhitzung des Körpers, die den Tod wesentlich verursachte, durch Umstände erheblich gefördert habe, die im Betriebe liegen. Dies müsse aber hier angenommen werden.

(Freie Arztwahl.) Für die allgemeine Würdigung, deren sich das Prinzip der freien Arztwahl erfreut, ist nichts bezeichnender als die Tatsache, daß sich selbst solche Institutionen ihrer zu Reklamezwecken bedienen, die sie in praxi nicht anerkennen oder sogar bekämpfen. Die „Med. Ref." berichtet: Eine Firma in B. überreicht ihren Kunden als Weihnachtsgabe ein Album, in dessen Text es u. a. heißt: „Es befindet sich dort auch das Zimmer des Arztes, den die Firma für ihr Personal angestellt hat und der dort täglich seine Ordination abhält, trotzdem eine von der Firma selbst gegründete Krankenkasse es jedem Angestellten freistellt, einen beliebigen Arzt zur Behandlung aufzusuchen." Tatsächlich aber hat diese Firma eine Anzahl Zwangsärzte für ihre Angestellten ausgewählt und ist der dort ordinierende Arzt als Vertrauensarzt der Firma berufen, einzig und allein die Interessen dieser wahrzunehmen.

(Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes.) Ein Landarzt operierte, wie die „Ärztl. Sachverst.-Ztg." nach „Journ. méd. de Bruxelles" berichtet, eine Hydrokele genau nach der Vorschrift, die Prof. TILLAUX in der zweiten Ausgabe seiner Chirurgie von 1891 macht: mit Injektion von 30 *g* einer 5%igen Kokainlösung, nach deren Entfernung nach 3 Minuten die folgende Injektion von Jodtinktur schmerzlos verlaufen sollte. Unmittelbar nach der Einspritzung des Kokains kollabierte der Kranke und starb. Anklage auf fahrlässige Tötung war die Folge. Vom Richter wurde betont, daß Dr. X. sich nicht auf der Höhe seiner Wissenschaft gehalten habe, denn TILLAUX habe in der 3. Auflage seines Werkes, 1894, die Kokaininjektion ausdrücklich verworfen, und zwar ebenfalls nach einem plötzlichen Todesfalle. In unserem Falle war bei der Autopsie Arteriosklerose der Aorta festgestellt worden, außerdem alte pleuritische Adhäsionen. Die Verteidigung stützte sich nach einem Gutachten von BROUARDEL in Paris und LÉPINE in Lyon auf diesen Befund und hielt den Tod für ein Ereignis, welches den gelegentlichen unvermeidlichen Unglücksfällen beim Chloroformieren gleichgestellt werden müsse. Die Kokaininjektion könne nicht angeschuldigt werden, da Prof. TILLAUX sie nach hundertfacher günstiger Erfahrung empfohlen habe. Außerdem könne vom praktischen Arzt nicht verlangt werden, daß er jede Änderung verfolge, die in den häufigen neuen Auflagen der Lehrbücher angegeben werde. Das Gericht trat dem nicht bei, sondern verurteilte Dr. X. zu 500 Fr. Strafe und den Kosten. Der Appellhof zu Lyon sprach ihn jedoch frei und begründete das Urteil damit, daß X., indem er den Vorschriften des einzigen ihm bekannten neueren Lehrbuches eines berühmten Verfassers folgte, kein strafbares Vergehen, keinen schweren Kunstfehler begangen haben könne, zumal durch den Sektionsbefund nicht festgestellt sei, welchen Anteil die Kokaineinspritzung an dem üblen Ausgange hatte.

(Todesfälle.) Gestorben sind: In Basel der Extraordinarius für Augenheilkunde Dr. FRIEDRICH HOSCH; in Berlin der Geheime San.-Rat Dr. LEOPOLD BARSCHALL, 83 Jahre alt, und der Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. RABL-RÜCKHARD; in Praschno-Aujezd Dr. JOACHIM SEIDEMANN im 80. Lebensjahre; in Frankfurt a. M. die Assistenzärztin Dr. KAROLINE KNUR, 39 Jahre alt; in Leiden der Tropenpathologe Dr. CORNELIS LAENDERT VAN DER BURG, im Alter von 65 Jahren; in Coimbra der Professor der Medizin Dr. SOUSA REFOIOS, als Opfer eines Revolverattentats durch einen im Examen gefallenen Studenten.

(Statistik.) Vom 16. bis inklusive 23. Dezember 1905 wurden in den Zivilspitälern Wiens 7688 Personen behandelt. Hiervon wurden 1583 entlassen, 177 sind gestorben (10% des Abganges). In diesem Zeitraume wurden aus der Zivilbevölkerung Wiens in- und außerhalb der Spitäler bei der k. k. Statthalterei als erkrankt gemeldet: An Diphtheritis 119, ägypt. Augenentzündung 1, Cholera —, Flecktyphus —, Abdominaltyphus 11, Dysenterie —, Blattern —, Varizellen 138, Scharlach 61, Masern 157, Keuchhusten 84, Rotlauf 25, Wochenbettfieber 4, Röteln 21, Mumps 7, Influenza —, Cholera nostra —, Genickstarre 1, Rotz —, follikul. Bindehaut-Entzündung —, Milzbrand —, Lyssa —. In der abgelaufenen Jahreswoche sind in Wien 598 Personen gestorben (+ 2 gegen die Vorwoche).

Eingesendet.

Die Enquete betreffend die Arbeiterversicherung.*)

Geehrter Herr Redakteur!

Entgegen den Ausführungen des Herrn Dr. GLATTAUER in Nr. 52 der „Wiener Med. Presse" stelle ich nachfolgendes fest: Für den 5. November hatte der geschäftsführende Ausschuß der österreichischen Ärztekammern die sämtlichen Experten zu einer Versammlung geladen, um ein Einvernehmen und einheitliches Vorgehen zu erzielen. Nach einigen einleitenden Worten des Vorsitzenden Dr. BRENNER erhob sich Dr. GRUSS, wandte sich an Dr. GLATTAUER und sagte zu ihm: „Erlauben Sie, Kollega GLATTAUER, daß ich das, was Sie mir eben sagten, der Versammlung mitteile?" Und als Dr. GLATTAUER bejahend nickte, erklärte Dr. GRUSS, Dr. GLATTAUER habe ihm mitgeteilt, jene Kassenärzte, welche sich in gewissen Fragen, speziell freie Ärztewahl, der Anschauung der Majorität der Kollegen nicht anschließen können, würden sich der öffentlichen Stellungnahme in diesen Fragen enthalten und es vermeiden, sich mit ihren Kollegen in Gegensatz zu bringen.

Ob diese von lebhaften Beifallsäußerungen der Anwesenden gefolgte Erklärung eine „bindende Vereinbarung" oder nur ein schlichtes „Versprechen" war: Dr. GLATTAUER bekämpfte 2 Tage später in der Enquete als engagierter Gegner die Forderung der Ärzte nach freier Ärztewahl.

Als Zeugen für die Richtigkeit meiner Darstellung führe ich mit ihrer ausdrücklichen Zustimmung die Herren:

Primarius Dr. EWALD, Präsident der Wiener Ärztekammer.
Dr. ADOLF GRUSS, Vertreter des Wiener Ärztevereins.
Dr. EMIL BERGMANN, Vertreter der niederösterreichischen Landgemeinden.
Wien, 24. Dezember 1905.

Dr. LAMBERGER.

*) Damit ist diese Angelegenheit für die „Wiener Med. Presse" erledigt. — Red.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

O. Binswanger, Über den moralischen Schwachsinn. Berlin 1905, Reuther & Reichard. — M. 1·—.
O. Kluge, Das Wesen und die Behandlung der geistig abnormen Fürsorgezöglinge. Berlin 1905, Reuther & Reichard. — M. —·50.
F. Kornfeld, Ätiologie und Klinik der Bakteriurie. Leipzig und Wien 1906, F. Deuticke. — K 2·40.
Ebstein u. Schwalbe, Handbuch der prakt. Medizin. 2. Aufl., 3. Bd., 1. Hälfte. Stuttgart 1905, F. Enke. — M. 10·—.
F. Maack, Polarchemiatrie. Leipzig 1905, Max Altmann. — M. 1·20.
M. Takayama, Beitr. zur Toxikologie. Stuttgart 1905, F. Enke. — 7·—.
Dagron, Massage des membres. Paris 1905, G. Steinheil. — Fr. 12·—.
Emmerich u. Wolter, Die Entstehungsursachen der Gelsenkirchener Typhusepidemie von 1901. München 1905, J. F. Lehmann.
F. Pietschmann, Die gebräuchlichsten Reagenzien. Wien und Leipzig 1906, W. Braumüller.

Verantwortlicher Redakteur: Priv.-Doz. Dr. Ludwig Braun.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08260 3534




Google